

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00449 vom 21. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00449

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00449 du 21 novembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00449 del 21 novembre 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

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. 1.3

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.4

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die leistungsabweisende Verfügung vom 10. März 2015 (Urk. 2) im Wesentlichen

damit, dass es sich bei der vom Gutachter Dr. A. ___ diagnostizierten leichten depressiven Episode mit somatischen Symptomen um

kein invalidisierenden Gesundheitsschaden handle. Unter einer adäquaten Behandlung könne in absehbarer Zeit eine volle Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt werden. Weitere medizinische Abklärungen würden sich deshalb erübrigen, zumal medizinische Massnahmen bereits empfohlen und dem Beschwerdeführer im Rahmen von schadenmindernden Massnahmen auferlegt worden seien. 2.2

Dagegen wendet der Beschwerdeführer ein, er sei gemäss den Feststellungen des Gutachters und

der behandelnden Ärzte sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit seit September 2013 vollumfänglich arbeitsunfähig.

Dies werde auch im Bericht der Z. ___ bestätigt, wonach er im Rahmen der Abklärung aufgrund der gesundheitlich bedingten Absenzen, des erhöhten Pausenbedarfs sowie der Notwendigkeit, sich oft hin zu legen, lediglich eine Leistungsfähigkeit von 20 % erreicht habe. Entsprechend sei ihm ab September 2014 eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 5-6).

E. 3

Dr. med. H. ___ , Spezialarzt FMH für Rheumatologie und Physikalische Medizin, stellte in seinem Bericht vom 18. September 2013 (Urk. 7/43/9-10) folgende Diagnosen (S. 1) : -

chronisches Schmerzsyndrom bei/mit - chronische m

myofaszialem Syndrom nuchal und interscapulär - chronische n Analschmerzen bei/mit -
Status nach Analfissur

Der Arzt

führte aus, beim Beschwerdeführer seien bereits vor ungefähr acht Jahren Schulter- und Nackenschmerzen aufgetreten, welche sich nach der Ein nahme von Analgetika und Physiotherapie weitgehend gebessert hätten. Vor zwei Jahren seien die interscapulären und nuchalen Schmerzen ohne auslösen des Ereignis wieder aufgetreten , wobei es im letzten Jahr zu einer deutlichen Zunahme der Schmerzen gekommen sei . Es bestünden Dauerschmerzen, und bei längerer Halswirbelextension Kribbelparästhesien im Bereich beider Hände, die Nachtruhe sei indessen nicht gestört. Gesamthaft betrachtet, bestehe ein chro nische s Schmerzsyndrom, aktuell in zwei Lokalisationen (nuchal / interscapulä r und chronische Analschmerzen). Eine sekundäre Ursache für das myofasziale Syndrom sei nicht eruierbar . Möglicherweise spiele die schwierige soziale Situ ation des Beschwerdeführers (geschieden, seit knapp einem Jahr arbeitsunfähig, geplante Umschulung) eine schmerzverstärkende Rolle. Verschiedenste Medika mente wie auch die aktuell laufende physikalische Therapie führten, wenn überhaupt, nur zu einer kurzfristigen Linderung.

E. 3.1

Dr. med. C.____ vom

D.____ wies in seinem Beric ht vom 11. Juni 2013 (Urk. 7/11/ 16-17)

darauf hin , dass die Ursache der vom Be schwerdeführer b eklagten Analschmerzen unklar sei. Die Schmerzlokalisierung liege nicht im distalen Analkanal und der Schmerz

basiere

nicht

auf der Fissur. Differentialdiagnostisch sei eine Mukosapathologie (Entzündung?) oder eine Neuropathie denkbar.

E. 3.2

In ihrem Bericht vom 5. August 2013 (Urk. 7/12) führten

Dr. med. E.____ , Chef arzt und Facharzt FMH für Neurologie , und Dr. med. F.____ , Leitende Ärztin und Fachärztin FMH für Neurologie am G.____ , aus, der Be schwerdeführer leide seit der Operation im Analbereich im Dezember 2012 an einem Dauerschmerz von stechendem Charakter, wobei die durchschnittliche Schmerzintensität bei einer S kala von 10 bei 5-6 liege. Aufgrund der Anamnese und des aktuellen Untersuchungsbefundes leide der Beschwerdeführer nicht an einer neurologischen Erkrankung als mögliche Ursache für die angegebenen chronischen Schmerzen. Da es sich um eine Reizsymptomatik handle, könne eine neurophysiologische Diagnostik nicht weiterhelfen. Unter Hinweis auf ein chronisches Schmerzleiden empfahlen die Ärzte eine psychologische respektive psychiatrische Unterstützung.

E. 4

Dr. med. I.____ , Leitende Ärztin a m Institut für Anästhesiologie und Schmerztherapie am G.____ ,

nannte in ihrem Bericht vom 16. Juni 2014 (Urk. 7/49/1-5) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - unklare anale Schmerzen - Status nach Analfissurrezidiv bei 6 Uhr in Steinschnittlage - Status nach Botoxinjektion - Verdacht auf Sphinkterdysfunktion, Anismus - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach Nephrolithiasis links - myofasziale Schmerzen nuchal und interscapulär gemäss Zuweisung, nicht thematisiert im Schmerzzentrum

Die Ärztin führte aus, der Beschwerdeführer leide seit ungefähr fünf bis sechs Jahren unter Analbeschwerden, wobei diverse Abklärungen und Beurteilungen stattgefunden hätten und im Dezember 2012 eine Analfissur operativ angegangen worden sei. Präoperativ sei der Schmerz pulsierend und brennend gewesen. Postoperativ sei das Brennen verschwunden und ein stechender Schmerz aufgetreten, der durch die Sitzposition beeinflussbar sei.

Der Beschwerdeführer finde keine Position, in welcher er so schmerzarm sei, dass er sich konzentrieren könne. Sitzen gehe maximal 30-45 Minuten, Stehen für 30 Minuten und Spazieren für maximal eine Stunde (S. 4 Ziff. 1.7). Betreffend die Arbeitsfähigkeit wies die Ärztin darauf hin, dass eine entsprechende Einschätzung im Rahmen des Schmerzzentrums nicht möglich sei (S. 3 Ziff. 1.6). 3.

E. 4.1

Der Beschwerdeführer hat sich unter Hinweis auf eine Analfissur bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 7/3).

Seitens der Hausärztin des Beschwerdeführers wurde sodann auf Rücken- und Nackenbeschwerden hingewiesen (Urk. 7/43/1-3 S. 1 Ziff. 1.1). Für die besagten somatischen Beschwerden

konnte trotz gastroenterologischer, neurologischer und rheumatologischer Abklärung keine organische Ursache gefunden werden. Entsprechend empfohlen die

Drs. E.____, F.____ und H.____ im Zusammenhang mit den vom Beschwerdeführer im Anal-, Rücken- und Nackenbereich geklagten Schmerzen

eine psychologische/psychiatrische Unterstützung respektive wiesen auf die schwierige soziale Situation des Beschwerdeführers als mögliche Teilsache

hin (vgl. E. 3.1-3.4).

Vor diesem Hintergrund

erscheinen weitere Abklärungen – insbesondere eine wie vom Beschwerdeführer beantragte polydisziplinäre Begutachtung (Urk. 1 S. 2) - in somatischer Hinsicht nicht als zielführend beziehungsweise nötig (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3) und es

ist nachfolgend somit einzig die Frage nach der invalidisierenden Wirkung der psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers zu prüfen.

E. 4.2

Vorwegzuschicken ist, dass das Gutachten von Dr. A.____

bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes umfassend ist und auf den erforderlichen Untersuchungen beruht. Besagtes Gutachten wurde auch in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben (Urk. 7/55 S. 2-4) und leuchtet in der Darstellung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind auch die Schlussfolgerungen des

Gutachters in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann. Der Gutachter setzte sich insbesondere mit den von Dr. J. ____ gestellten abweichenden Diagnosen auseinander (S. 10 und S. 11) und würdigte diese in einleuchtender Weise. Er legte zudem schlüssig dar, dass der Beschwerdeführer mit Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit an einer leichten depressiven Episode mit somatischen Symptomen

leidet. Das Gutachten erfüllt demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. 4.3.4.3.1

Es gilt

regelmässig zu beachten, dass ein Gutachten zwar zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen hat und diese Ausführungen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bilden, es jedoch letztlich der rechtsanwendenden Behörde - der Verwaltung oder, im Streitfall, dem Gericht - obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im Rechtssinne, bejahen denfalls eine solche rentenbegründender Art, eingetreten ist. Weil die Arbeitsfähigkeit somit keine rein medizinische, sondern letztlich auch eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der in einem medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliere (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1-2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014

E. 5.1 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung

stellen leichte bis mittelgradige depressive Episoden grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar, die es der betroffenen Person verunmöglichte, eine angepasste Tätigkeit auszuüben. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur gelten grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteil des Bundesgerichts 8C_68/2013 vom 14. Mai 2013 E. 3.5 mit Hinweisen). Dies hat auch dann Geltung, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_195/2014 vom 12. Juni 2014 E. 4.4 mit Hinweisen). Auch wenn eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen ist, bedingt deren Annahme jedoch, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit Hinweisen). 4.3.2

Der Beschwerdeführer leidet gemäss dem Gutachten unter einer leichten depressiven Episode mit somatischen Symptomen (vgl. E. 4.2), welcher recht sprechungsgemäss grundsätzlich keine invalidisierende Wirkung zukommt (vgl. E. 4.3.1). Im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung gab der Beschwerdeführer sodann an, seit dem 14. Lebensjahr ein bis zwei Gramm Cannabis respektive

fünf bis sechs Joints pro Tag zu rauchen (Urk. 7/55 S. 5 und S. 6). Gemäss Dr. A. ____ kann der Konsum von Cannabis zu einem Verlust der Affekt- und Impulskontrolle führen. Falls – so Dr. A. ____ - die beruflichen Massnahmen aufgrund einer instabilen psychischen Verfassung des Beschwerdeführers zu scheitern drohten, wären Massnahmen der

Schadenminderungspflicht im Sinne einer Drogenabstinenz zu empfehlen. Eine Drogenabstinenz führe zu einer Verbesserung und nicht zu einer Verschlechterung der psychischen Verfassung einer betroffenen Person (S.11).

Deshalb und weil der Gutachter auch von einer „eher günstigen“ Prognose bezüglich Wiederherstellung und Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit ausging (S. 10) und klar die Frage bejahte, ob es dem Beschwerdeführer möglich sei, eingetretene Beschwerden willentlich zu überwinden und dadurch eine höhere Arbeitsfähigkeit zu erzielen (S. 11), kommt der depressiven Störung rechtsprechungsgemäss (E.4.3.1) keine versicherungsrechtliche Relevanz zu und die Annahme einer entsprechenden Arbeitsunfähigkeit fällt ausser Betracht. Dass die zusätzliche Akzentuierung der Persönlichkeitszüge die psychische Belastbarkeit des Beschwerdeführers nach Meinung von Dr. A.____ zusätzlich einschränkt (S.9), vermag daran nichts zu ändern, handelt es sich doch bei dieser Diagnose (S. 8) lediglich um eine Z-Kodierung. Dabei geht es gemäss Rechtsprechung zwar um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen.

Die Kategorien Z00-99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ an gegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A-Y klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichts 8C_663/2010 vom 15. November 2010 E. 5.2.4 mit weiteren Hinweisen).

E. 4.3

3

Was die vom behandelnden Psychiater Dr. J.____ diagnostizierte rezidivierende depressive Störung in einem mittelgradigen Ausmass (Urk. 7/50 S. 1 Ziff. 1.1) betrifft, so gilt diese gemäss der erwähnten bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. Erw. 4.3.1) als therapeutisch angebar. Zur weiteren Diagnose (und Differentialdiagnose) aus dem somatoformen Formenkreis ist festzuhalten, dass diese gutachterseits mit überzeugender Begründung verneint wurde(n) (vgl. E. 3.6).

Gleiches gilt mit Bezug auf den Bericht der B.____

vom 8. April 2015 (Urk. 3/3, vgl. E. 4.3.1). Im Übrigen wurde nicht schlüssig dargelegt, inwiefern die psychischen Beschwerden die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers konkret beeinträchtigen und es ist

lediglich von einer „anfänglichen“ Arbeitsunfähigkeit die Rede und die Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit wird als möglich erachtet.

Nichts anderes folgt aus den Berichten der Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. K.____, Innere Medizin/Pneumologie, vom 7. Mai und 2. August 2013 (Urk. 7/11/1-4 und Urk. 7/43/1-4), welche sich zu den psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers gar nicht äusserte.

Was schliesslich den Bericht der Z.____ vom 9. April 2014 (Urk. 7/37) betrifft, in welchem unter Hinweis auf starke Schmerzen eine Tätigkeit im geschützten sowie im ersten Arbeitsmarkt verneint und von einer Leistungsfähigkeit von ungefähr 20 % ausgegangen wurde (S. 6 und S. 7) ist Folgendes zu bemerken:

Abgesehen vom Umstand, dass diese Einschätzung nicht durch eine (Fach-) Arztperson erfolgte, sondern auf den Angaben des Beschwerdeführers beruhte, wurde die beschränkte Leistungsfähigkeit mit starken Schmerzen aufgrund der Analfissur (und der

neu aufgenommenen Beckenphysiotherapie)

sowie mit Fusschmerzen begründet (S. 6 und S. 3). Ersteren liegt jedoch kein somatisches Substrat zu grunde (vgl. E. 4.2) und letztere wurden in keinem der vorliegenden Arztberichte

jemals

thematisiert .

E. 4.4

Nach dem Gesagten liegt zusammengefasst kein versicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung vor. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens 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 zu gestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubSchleiffer Marais

E. 5

Der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 16. Juli 2014 (Urk. 7/50)

folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1) seit mindestens September 2013 - chronisches Schmerzsyndrom (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-

E. 10

F45.41) , Differentialdiagnose : somatoforme Schmerzstörung

Dr. J.____

hielt fest , dass eine depressive Episode vor ungefähr drei Jahren mit Antidepressiva und Psychotherapie habe behandelt werden können. Aktuell fühle sich der Beschwerdeführer seiner gesundheitlichen und sozialen Situation hilflos ausgeliefert mit Stimmungstief, Antriebsarmut, Konzentrationsstörungen und Gereiztheit . Im bisherigen Verlauf zeigten sich ausgeprägte Schwierigkeiten im Bereich der Selbstregulation mit emotionaler Instabilität und Impulsivität sowie mangelnden Ressourcen im Bereich der Selbstberuhigung. In der Biographie fänden sich zahlreiche Traumatisierungen und es besteht wenig Tagesstruktur, der Beschwerdeführer lebe sozial eher zurückgezogen . Jedes zweite Wochenende sei die siebenjährige Tochter bei ihm , die Beziehung zur Ex-Frau sei sehr konfliktbeladen und der Kontakt zu Eltern und Geschwistern werde aufrecht gehalten . Zum Abbrechen des Arbeitstrainings bei der Z.____

führte er aus, dies habe zu einem krisenhaften sekundären Leiden mit Enttäuschung und Hoffnungslosigkeit geführt, wobei tiefer sitzende Ängste und Traumatisierungen aktualisiert worden seien. Dr. J.____ ging schliesslich davon aus, dass die berufliche Massnahme nach Überwindung dieser Krise und Stabilisierung

Anfang 2015 weitergeführt werden könne (S. 1 Ziff. 1.4).

In der angestammten Tätigkeit als Koch attestierte Dr. J.____

eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 12. September 2013 (S. 2 Ziff. 1.6). Bei kontinuierlicher Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung erachtete er

in einer angepassten Tätigkeit die Wiedererlangung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit voraussichtlich bis Anfang 2015 als möglich (S. 3 Ziff. 1.8 und Ziff. 1.11). 3. 6

In seinem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten vom 2. Oktober 2014 (Urk. 7/55) führte Dr. A.____ folgende Diagnosen auf (S. 8): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen, ICD-10 F32.01 - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Akzentuierung der passiv-aggressiven Persönlichkeitszüge, ICD-10 Z73.1 - Cannabisabhängigkeit, ICD-10 F12.25 - Nikotinabhängigkeit, ICD-10 F17.25 - Morphin-Gebrauch, iatrogen, ICD-10 F11.25 In seiner Beurteilung kam Dr. A.____ zum Schluss, aufgrund der anamnestischen Angaben bestünden beim Beschwerdeführer keine Hinweise auf eine genetische Vulnerabilität und auf Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen, und – die frühe Kindheit sei ohne gravierende traumatische Ereignisse verlaufen – auch ohne Hinweise auf die Bildung einer Persönlichkeitsstörung. Weiter legte er dar, dass aus seiner Sicht mehrere Konflikt- und Demütigungssituationen in der Primarschule zu einer Akzentuierung der passiv-aggressiven Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers in der Kindheit geführt hätten, dass – seit

dieser 14-jährig mit Suchtmitteln in Kontakt gekommen sei – von einem anhaltenden schädlichen Gebrauch bzw. einer Canna bis- und Nikotinabhängigkeit ausgegangen werden könne und dass er gegen Ende des Militärdienstes wegen Drogenkonsum ausgemustert worden sei. Der über längere Zeit absolvierte Militärdienst (auch einige Wiederholungskurse) schloss seiner Meinung nach allerdings psychische Probleme mit Krankheitswert, abgesehen von der Drogensucht im früheren Erwachsenenalter, aus, und bis 2009 sei der Beschwerdeführer auch den sozialen Anforderungen ohne Probleme gewachsen gewesen. Somit könnten bei diesem im Erwachsenenalter prämorbid Probleme mit Krankheitswert (ausserhalb der Suchtproblematik) ebenfalls klar ausgeschlossen werden. Nach der Trennung von der Ehefrau und seiner

Tochter sei es nach initialer Akzentuierung der passiv-aggressiven Persönlichkeitszüge zum Ausbruch einer ersten depressiven Episode gekommen

- die auch zu einer Einschränkung der Leistungs- beziehungsweise Arbeitsfähigkeit geführt habe - und die nach einjähriger ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung wieder vollständig remittiert sei. Der Ausbruch der zweiten respektive gegenwärtigen Episode habe sich im Rahmen chronischer Schmerzen bei bereits akzentuierten passiv-aggressiven Persönlichkeitszügen im Verlauf des Jahres 2013 angebahnt.

Der Gutachter wies weiter darauf hin, dass trotz der

von Dr. J. ___ postulierten nur leichten bis mittelgradigen depressiven Symptomatik die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden könne, da beim Beschwerdeführer von einer zusätzlichen Akzentuierung der Persönlichkeitszüge ausgegangen werden müsse. Diese schränke seine psychische Belastbarkeit zusätzlich ein und

verunmögliche eine Wiederaufnahme einer Tätigkeit auf dem freien Wirtschaftsmarkt. Gleichzeitig sei es beim Beschwerdeführer sehr glaubhaft zu einer intermittierenden Akzentuierung seiner Schmerzen im Analbereich gekommen, welche vorübergehend auch seine allgemeine Belastbarkeit zusätzlich eingeschränkt hätten, weshalb die geplante berufliche Abklärung vom 22. Januar bis 28. März 2014 Anfang März 2014 gescheitert sei. Der Beschwerdeführer habe im Rahmen der Untersuchung als auch testpsychologisch leichte depressive Symptome gezeigt, weshalb von einer Teilremission der depressiven Episode ausgegangen werden könne. Der von ihm beschriebene Tagesablauf deute auf eine weitgehende Verbesserung der sozialen Fertigkeiten mit allerdings immer noch häufigen Stimmungseinbrüchen hin, weshalb immer noch eine instabile psychische Verfassung vorliege. Die eingeleitete psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe aber sowohl subjektiv als auch objektiv zu einer Verbesserung geführt, weshalb mit einer weiteren positiven Entwicklung des psychischen Zustands zu rechnen sei (S. 9). Da es sich gegenwärtig erst um die zweite depressive Episode handle, könne in diagnostischer Hinsicht fachgerecht noch nicht von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden. Eine Teilchronifizierung des psychischen Leidens könne jedoch nicht ausgeschlossen werden, weshalb auch mittelfristig von einer reduzierten psychischen Belastbarkeit ausgegangen werden müsse (S. 10).

Die angestammte Tätigkeit als Koch sei bekanntlich mit sehr hohen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit, geistige Flexibilität und körperliche Geschicklichkeit verbunden, was beim Beschwerdeführer mindestens mit mittelfristig eine psychische Überforderung bedeuten würde. Entsprechend könne ihm auch nach der Remission der depressiven

Störung keine Arbeitsfähigkeit als Koch attestiert werden. Unter „Beurteilung der Arbeitsfähigkeit“ hielt Dr. A. ___ zusammengefasst fest, aus rein psychiatrischer Sicht könne seit September 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen (angestammten) Tätigkeit bestätigt werden, ebenso in anderen (adaptierten) Tätigkeiten, wobei die Frage nach dem Leiden ideal angepassten Tätigkeiten erst nach der beruflichen Eingliederung beantwortet werden könne (S. 10). Die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit führte er ausschliesslich auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurück (S. 11).

Der Gutachter verneinte weiter bei fehlenden

Hinweisen

auf

schwerwiegende bewusste/unbewusste emotionale Konflikte oder eine schwerwiegende belastende psychosoziale Situation trotz geklagter chronischer Schmerzen eine Diagnose aus dem somatoformen Formenkreis. Er empfahl zudem eine Cannabis-Abstinenz, da der entsprechende Konsum zu einem Verlust der Affekt- und Impulskontrolle führen könne. Und er wies schliesslich darauf hin, dass die Frage, ob es dem Beschwerdeführer möglich sei, die entsprechenden Beschwerden willentlich zu überwinden und dadurch eine höhere Arbeitsfähigkeit zu erzielen, aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers zu bejahen sei (S. 11). 4.

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