

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00529 vom 6. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00529

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00529 du 6 décembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00529 del 6 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1967 geborene X._____

erlitt am 22. April 2001 während der Arbeit mit einem Reinigungsgerät einen Unfall und zog sich eine Handverletzung sowie eine Beckenkontusion zu (Urk. 8/11/22). Aufgrund der psychischen Folgen dieses Unfalles bezieht er seit April 2002 eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Urk. 8/48). Im September 2010 leitete die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, eine ordentliche Rentenrevision

ein. In Zusammenhang mit der Anordnung einer Begutachtung in der MEDAS Y._____

kam es zu zwei Gerichtsverfahren (mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 13. November 2012 erledigte Prozesse IV.2011.01133 und IV.2012.00107 ; Urk. 8/100).

In der Folge erteilte die IV Stelle einen neuen Auftrag für eine polydisziplinäre Begutachtung an die gleiche MEDAS, welche über die inzwischen geschaffene Plattform SuisseMED@P

nach dem Zufallsprinzip ausgewählt worden war (Urk. 8/119, Urk. 8/124, Urk. 8/125, Urk. 8/131, Urk. 8/133). Gestützt auf das MEDAS Gutachten vom 21. Oktober 2014 (Urk. 8/150) stellte sie mit Vorbescheid vom 22. Dezember 2014 die Aufhebung der Rente in Aussicht (Urk. 8/157).

Nach Eingang der Stellungnahme des Versicherten vom 11. Februar 2015 (Urk. 8/163) verfügte sie am 2. April 2015 im angekündigten Sinne (Urk. 2).

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). 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 1. 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. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.2

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).

E. 1.3

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet 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).

E. 2

Die Beschwerdegegnerin begründet die Rentenaufhebung gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 21. Oktober 2014 (Urk. 8/150) damit, dass

sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers massiv verbessert habe und er in seinem angestammten Beruf als Officemitarbeiter im Service seit Juni 2014 wieder zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 2 S. 2 f.).

Demgegenüber bestreitet der Beschwerdeführer eine relevante Besserung seines Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprechung am 27. März 2006 (Urk. 1 S. 4 f., S. 8). Ausserdem brachte er verschiedene Gründe vor, weshalb auf das MEDAS-Gutachten vom 21. Oktober 2014 nicht abgestellt werden dürfe (Urk. 1 S. 5-8).

E. 3

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchrelevanten Änderung des Sachverhaltes bildet die rentenzusprechende Verfügung vom 27. März 2006 (Urk. 8/48). Diese beruht auf den Schlussfolgerungen im Gutachten der Psychiatrischen Klinik Z. _____ vom 25. Juli 2005 (Urk. 8/41; vgl. Urk. 8/42 S. 4). Die Gutachter attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und begründeten diese mit einem ausgeprägten Schmerzerleben und dem damit verbundenen Schonverhalten, was auf folgende Diagnosen zurückgeführt wurde (Urk. 8/41 S. 18): - Chronische Schmerzstörung in Verbindung mit sowohl psychischen

Faktoren als auch einem medizinischen Krankheitsfaktor (DSM IV 307.89/ ICD-10 F45.4) - Chronische posttraumatische Belastungsstörung (DSM IV 309.81/ ICD-10 F43.1) - Mittelgradige depressive Episode in Teilremission (DSM IV 296.25/ ICD-10 F32.10)

Weiter führten die Gutachter aus, zum Zeitpunkt der Untersuchung sei beim Beschwerdeführer immer noch ein starkes Unbehagen bei der Thematisierung des Unfallgeschehens bemerkbar, ebenso Konzentrationsstörungen und eine erhöhte Schreckhaftigkeit. Ferner habe der Beschwerdeführer über wiederkehrende Alpträume und Flashbacks berichtet, auch wenn sich diese im Verlauf des letzten Jahres etwas gebessert hätten. Die vorhandenen Angaben legten nahe, dass der Proband eine posttraumatische Belastungsstörung entwickelt habe, welche zum Zeitpunkt der Untersuchung jedoch nicht im Vordergrund der Beschwerden gestanden habe (Urk. 8/41 S. 13).

Der Beschwerdeführer habe über anhaltende Schmerzen im Rücken, in den Beinen, den Armen und am Hinterkopf berichtet. Bei der körperlichen Untersuchung habe sich eine globale schmerzbedingte Verlangsamung und Bewegungseinschränkung v.a. der rechten oberen Extremität, eine generalisierte Erhöhung des Muskeltonus, eine Druckschmerzhaftigkeit der gesamten Wirbelsäule sowie eine Hypästhesie für Vibration, Lagesinn und Schmerz an beiden Beinen bis auf Höhe der Oberschenkel gezeigt. Die Schmerzen könnten angesichts ihrer Ausdehnung, ihrer Intensität und ihrer mehrjährigen Dauer sicher nicht mehr allein durch die unfallbedingten Verletzungen erklärt werden. Vielmehr müsse aufgrund des gegenwärtigen Krankheitsbildes von einer chronifizierten somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden, an deren Zustandekommen psychologische Faktoren einen erheblichen Anteil hätten. Die Schmerzen nähmen im Leben des Probanden eine zentrale Rolle ein. Sie würden verstärkt und unterhalten durch die auf sie gerichtete Aufmerksamkeit, die intensive Zuwendung und Entlastung, die der Proband ihrerwegen von Seiten seines Umfeldes erfahre, und sein ausgeprägtes Schonverhalten. Als weiterer psychologischer Faktor, welcher zur Entstehung beziehungsweise Aufrechterhaltung der Schmerzstörung beigetragen habe, sei die Kränkung des Probanden durch das Verhalten seines Arbeitgebers nach dem Unfall und durch die schmerzbedingte Beeinträchtigung seines Sexuallebens zu nennen. Weitere, mit dem Unfall nicht in Zusammenhang stehende Belastungsfaktoren seien die Entwurzelung des Probanden sowie sein lange Zeit schwebendes und schliesslich mit einem abschlägigen Bescheid ausgegangenes Asylverfahren (Urk. 8/41 S. 14 f.).

Bei der Untersuchung habe der Proband depressive Beschwerden in Form von Traurigkeit, Freudlosigkeit, Insuffizienzgefühlen, Gefühlen der Sinnlosigkeit, einer Antriebsminderung, einer verminderten Libido und eines gesteigerten Schlafbedürfnisses angegeben. Lege man dessen Angaben im SCL-90-R zugrunde, so hätten zum Zeitpunkt der Untersuchung subjektiv die körperlichen Beschwerden und danach phobische Ängste beziehungsweise eine allgemeine Ängstlichkeit im Vordergrund der Beschwerden gestanden, während die depressiven Beschwerden erst an vierter Stelle gefolgt seien. Fasse man diese Befunde zusammen, so liege zum gegenwärtigen Zeitpunkt ein leichtes bis höchstens mittelgradiges depressives Syndrom vor. Die depressive Störung könne als Folge der Traumatisierung und der schmerzbedingten Beeinträchtigungen aufgefasst werden und trage zugleich zur Aufrechterhaltung der Schmerzstörung bei, indem sie aktive Bewältigungsversuche erschwere (S. 16).

E. 4

Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80) - anamnestisch Status nach Rückenkontusion am 22.04.2001

E. 4.1

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, berichtete am 21. Juni 2011 (Urk. 8/74), den Beschwerdeführer am 14. Januar 2011 zum ersten Mal und danach am 9. Februar, 15. März und 30. Mai 2011 behandelt zu haben. Bei der Erstkonsultation habe sich der Beschwerdeführer über Schmerzen im Unterbauch, lumbale Schmerzen, Kopfweh, Schmerzen an der Radialseite der rechten Hand, Wadenkrämpfe sowie Durchschlafstörungen und Tagesmüdigkeit beklagt. Die körperliche Untersuchung habe sich schwierig gestaltet, da der Patient aus Angst vor Schmerzen gewisse Bewegungen vermieden habe. Die Paroxetin-Konzentration im Serum sei aus unerfindlichen Gründen mehrmals nicht messbar gewesen, obwohl der Patient versichert habe, das Medikament (ein Antidepressivum) regelmässig zu nehmen.

Aufgrund folgender Diagnosen attestierte Dr. A.____ eine volle Arbeitsunfähigkeit: - Mittelgradige Depression - Posttraumatische Verarbeitungsstörung eines Unfalls vom April 2001 - Andauerndes Schmerzsyndrom lumbal im Rahmen eines Facettengelenksyndroms - Posttraumatische Schmerzen im Radialbereich der rechten Hand - Rezidivierendes Zervikovertebralsyndrom

E. 4.2

).

E. 5

Status nach Transversalisplastik beidseits ohne Hinweise auf Hernienrezidiv (ICD-10 K40.20)

E. 5.1.1

Gegen den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens vom 21. Oktober 2014 (E. 4.2) macht der Beschwerdeführer zunächst die Abhängigkeit der MEDAS von der Invalidenversicherung geltend. Sodann rügt er das Vorgehen bei der Zuteilung der Gutachtensstelle über SuisseMED@P

(Urk. 1 S. 6).

E. 5.1.2

Dem ist zunächst zu entgegnen, dass der regelmässige Beizug eines Experten, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen keine als Ausstandsgrund zu qualifizierende Abhängigkeit von den IV-Stellen schafft (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_793/2015 vom 19. August 2016 E.

E. 5.1.3

Polydisziplinäre Gutachten, das heisst solche, an denen drei oder mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, haben bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) eine Vereinbarung getroffen hat. Gemeint sind die medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) im Sinne von Art. 59 Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG). Die Vergabe der Aufträge erfolgt gemäss Art. 72 bis Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) nach dem

Zufallsprinzip (vgl. BGE 139 V 349 E. 2.2). Das Verfahren für die Auftragsvergabe von polydisziplinären Gutachten durch die IV-Stellen ist im Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI; Stand 1. Januar 2015) detailliert geregelt (Rz 2075-2082). Das Verfahren der Auftragsvergabe für polydisziplinäre Gutachten via SuisseMED@P richtet sich nach dem Handbuch für Gutachter- und IV-Stellen in Anhang V zum KSVI, wobei das Bestätigungsmail der Plattform SuisseMED@P über die erfolgreiche Vergabe des Gutachtenauftrags im Versichertenossier zu erfassen ist (Rz 2077 KSVI).

Vorliegend wurde der Beschwerdeführer am 17. Juni 2013, wie in Rz 2076 KSVI vorgesehen, über die vorgesehene Begutachtung, die Fachrichtungen, den Fachkatalog sowie über die Wahl der Gutachterstelle nach dem Zufallsprinzip informiert, und es wurde ihm Gelegenheit gegeben, Zusatzfragen zu stellen (Urk. 8/119). In seiner Stellungnahme vom 18. Juni 2013 ersuchte der Beschwerdeführer um Durchführung eines Einigungsversuchs vor der Vergabe der Begutachtung nach dem Zufallsprinzip (Urk. 8/122). Dass die Beschwerdegegnerin in der Folge auf diesen Antrag nicht einging, ist nicht zu beanstanden, denn die Gutachterwahl bei polydisziplinären Gutachten hat immer nach dem Zufallsprinzip zu erfolgen, womit für eine einvernehmliche Benennung der Experten kein Raum mehr bleibt (BGE 140 V 507 E. 3.2.1).

Entsprechend dem Handbuch für Gutachter- und IV-Stellen in Anhang V zum KSVI erfasst die Beschwerdegegnerin den Auftrag auf der Plattform SuisseMED@P mit den notwendigen Angaben, worauf SuisseMED@P

am 2. Juli 2013 über die Auftragsvergabe an die MEDAS Y._____

per E-Mail informiert wurde (Urk. 8/125). Daraufhin überliess die Beschwerdegegnerin der MEDAS ihre Akten (Urk. 8/124). Mit E-Mail vom 16. Oktober 2013 teilte die SuisseMED@P der Beschwerdegegnerin auch die beteiligten Gutachter mit (Urk. 8/131), worauf die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer entsprechend orientierte und Frist für triftige Einwendungen gegen die Gutachter ansetzte (Urk. 8/132). In seiner Stellungnahme vom 28. Oktober 2013 wiederholte der Beschwerdeführer seine Einwände gegen die zugewiesene MEDAS, verzichtete jedoch unter Hinweis auf die derzeitige Gerichtspraxis auf Erlass einer anfechtbaren Verfügung (Urk. 8/133).

Vorgehen und Dokumentation der Vergabe des Gutachtenauftrags über SuisseMED@P entsprechen den vorerwähnten Weisungen des BSV. Eine weiter gehende (physische) Dokumentation über die ausschliesslich elektronisch abgewickelte Auftragsvergabe ist nicht vorgesehen. Es bestehen somit keine Anhaltspunkte, dass dem Beschwerdeführer Akten vorenthalten wurden oder dass die Auftragsvergabe über SuisseMED@P nicht gemäss den Weisungen des BSV erfolgt wäre.

E. 5.2.1

Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 21. Oktober 2014 (E. 4.2) entspricht den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise vollumfänglich. So ist das Gutachten für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es beruht sodann auf den notwendigen allseitigen Untersuchungen in psychiatrischer, orthopädischer, neurologischer, neuropsychologischer, viszeralchirurgischer und internistischer Hinsicht und berücksichtigt die klagten Beschwerden. Die Gutachter schilderten ausführlich die vom Beschwerdeführer erwähnten Leiden und Einschränkungen und

setzten sich detailliert damit auseinander. Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten

insbesondere des der Rentenzsprache zugrundeliegenden Gutachtens der Psychiatrischen Privatklinik Z.____ (Urk. 8/41) abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In diesem Sinne erscheinen die Schlussfolgerungen als begründet.

Die Gutachter würdigten namentlich die Diskrepanz zwischen den diskreten organisch nachweisbaren Beeinträchtigungen und den subjektiv geklagten Beschwerden sowie dem gezeigten demonstrativen Verhalten des Exploranden während der Untersuchung und mit Bezug auf dessen Compliance.

E. 5.2.2

Der Beschwerdeführer rügt die kurze Untersuchungsdauer und die mangelnde Detaillierung des psychiatrischen Teilgutachtens (Urk. 1 S. 5). Dem ist zu entgegnen, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens nicht auf die Untersuchungsdauer ankommt. Zwar muss der zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung der zu beurteilenden Pathologie angemessen sein; zuvorderst hängt der Aussagegehalt einer Expertise aber davon ab, ob sie inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_662/2014 vom 12. November 2014 E. 8). Dies trifft hier zu. Insbesondere setzte sich der psychiatrische Gutachter eingehend mit den sich aus den Vorakten ergebenden Diagnosen auseinander und begründete seine Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise (vgl. dazu auch E. 5.3-4 nachfolgend).

E. 5.3

In psychiatrischer Hinsicht ist eine Besserung der depressiven Störung auszumachen. Während sie 2005 noch einen mittleren Grad

aufwies, liegt aktuell gemäss der Einschätzung der MEDAS-Gutachter lediglich noch eine leichte depressive Episode vor. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Dazu

kommt, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Nach Lage der Akten ist der Beschwerdeführer seit mehreren Jahren nicht mehr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Zwar gab er auf dem Revisionsfragebogen vom 18. September 2010 an, bei med. pract. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung zu sein.

Als Datum der letzten Kontrolle wurde der 20. September 2010 angegeben (Urk. 8/60). Jedoch teilte med. pract. B.____

der Beschwerdegegnerin am 23. Dezember 2010 mit, dass der Beschwerdeführer nur einmal bei ihm gewesen sei (Urk. 8/65). Weitere behandelnde Ärzte nannte der Beschwerdeführer nicht .

Bei Einleitung der Revision war der Beschwerdeführer offenbar auch nicht in hausärztlicher Behandlung , gab er doch auf dem Revisionsfragebogen keinen Hausarzt an (Urk. 8/60). In Dr. A. ___ Behandlung begab er sich erstmals am 14. Januar 2011 (Urk. 8/73, Urk. 8/74) .

In der Folge stellte der Hausarzt fest, dass der antidepressive Wirkstoff Paroxetin im Serum des Beschwerdeführers mehrmals nicht messbar war , obwohl dieser versicherte, das Medikament regelmässig einzunehmen (Urk. 8/74 S. 1). Auf Unstimmigkeiten bei der Medikamenteneinnahme

wies ebenfalls der psychiatrische Gutachter der MEDAS hin (vgl. Urk. 8/150 S. 11). Von einer konsequenten fachärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung kann somit keine Rede sein. Die beschriebene Unbeständigkeit der Behandlung kann zudem auch auf einen nunmehr geringeren Leidensdruck nach erheblicher Besserung der sich bereits 2005 in Teilremission befundenen Symptomatik zurückgeführt werden.

E. 6

Verdacht auf gastroösophagealen Reflux (ICD-10 K21.9)

E. 7

Arterielle Hypertonie (ICD-10 I 10) - unter medikamentöser Behandlung ungenügend eingestellt

Weiter führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer klagte über Schmerzen im linken Bein, im rechten Arm, im Rücken, im Unterleib und am Hals rechts. An diesen Stellen sei er nach dem Unfall operiert worden (S. 5 f.) .

Die psychiatrische Untersuchung ergab, dass sich der Beschwerdeführer wegen Schmerzen, die er auf das Unfallereignis zurückführe, nicht mehr arbeitsfähig fühle. Das Ausmass der Beschwerden und die Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, liessen sich durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Diagnostisch handle es sich um eine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung . Es bestünden psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren mit einem Migrationshintergrund beziehungsweise einem auch in den Akten dokumentierten Flüchtlingsschicksal, einer chronischen Beschwerdesymptomatik nach einem Unfallereignis, die sich bis heute nicht gebessert habe, einer frühen in der Schweiz angelernten Tätigkeit im Reinigungsdienst und einer nun angespannten finanziellen Situation durch die Abhängigkeit vom Sozialamt. Er lebe nun alleine, getrennt von der Familie in einem Zimmer vom Sozialamt. Die Belastungsfaktoren seien deutlich ausgeprägt und drückten sich im Sinne der Abwehr auch in den Schmerzen aus. Zusätzlich bestehe diagnostisch eine leichte depressive Episode . Diese sei gekennzeichnet durch die Kriterien gemäss ICD-10 der leichten depressiven Verstimmungen, erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen. Die depressiven Verstimmungen zeigt er sich beim Beschwerdeführer vor allem auch in rascher aggressiver Gemüthsstimmung, was bei Männern mit Depressionen nicht selten sei. Es bestehe ein chronischer Verlauf, aber auch

eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Die Prognose sei deshalb ungünstig (S.10).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die leichte depressive Episode wirke sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Der Explorand sei nicht suizidal und leide nicht unter schweren Konzentrationsstörungen, die eine körperlich angepasste und seinen Fähigkeiten entsprechende praktische Tätigkeit, wie auch die angestammte Tätigkeit im Reinigungsdienst nicht zumutbar erscheinen liessen. Es bestehe ein chronischer Verlauf, aber keine schwere chronische somatische Erkrankung. Es bestehe auch kein schweres psychisches Leiden, das theoretisch therapeutisch nicht günstig beeinflusst werden könne, wie eine psychotische Störung oder eine schwere Persönlichkeitsstörung. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf bei einer zwar entlastenden, aber missglückten Konfliktbewältigung

sei nicht erwiesen. Ein schwerer sozialer Rückzug bestehe nicht. Die therapeutischen Möglichkeiten seien theoretisch nicht ausgeschöpft. Deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden nicht und gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Daher könne es dem Exploranden trotz der geklagten Beschwerden aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten und seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit ganztags und ohne Leistungseinschränkung nachzugehen (S. 10 f.).

Der Explorand fühle sich überhaupt nicht mehr arbeitsfähig und begründe dies vor allem mit seinen Schmerzen, die er auf das Unfallereignis zurückführe. Dazu müsse vor allem auch aus somatischer Sicht Stellung genommen werden. Im Untersuchungsgespräch habe er aber ruhig sitzenbleiben können und die Anamneseerhebung sei möglich gewesen. Er habe die lebensgeschichtlichen Ereignisse in der zeitlichen Abfolge richtig angegeben, wenn er sich auch an die Lebensdaten oft nicht genau erinnern könne. Er habe gute Kontakte in seinem Umfeld angegeben. Er sei sonst bezüglich der Lebensführung selbständig, finanziell aber vom Sozialamt abhängig. Er habe auch angegeben, seit dem Unfallereignis 2001 unter sexuellen Funktionsstörungen zu leiden. Er habe aber Kinder, die nach den Akten 2008 und 2010 geboren seien, somit könnten diese Störungen nicht schwer ausgeprägt sein. Es bestehe eine hausärztliche Behandlung, auch mit antidepressiver Medikation. Er habe angegeben, Medikamente einnehmen zu müssen. Am Untersuchungstag habe er diese aber nicht bei sich gehabt.

Er habe also darauf auch verzichten können (S. 11).

Der behandelnde Hausarzt, Dr.

A.____, habe eine mittelgradige Depression, eine posttraumatische Verarbeitungsstörung wegen eines Unfalls vom 04/01, ein andauerndes Schmerzsyndrom lumbal im Rahmen eines Facettengelenksyndroms, posttraumatische Schmerzen im radialen Bereich der rechten Hand und ein rezidivierendes Zervikovertebralsyndrom diagnostiziert. Die angegebene 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei wahrscheinlich auch aus gesamtmedizinischer Sicht erfolgt und könne ausschliesslich aus psychiatrischer Sicht nicht bestätigt werden. Aufgrund der heutigen Untersuchung bestehe neben der Schmerzstörung eine leichte depressive Episode. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10

könne nicht bestätigt werden. Dafür sei die entsprechende Symptomatik mit wiederkehrenden traumatischen Erinnerungen und zwar so, als ob das traumatische Ereignis unmittelbar stattfinde, mit auch einer emotionalen Abstumpfung der Umgebung gegenüber und mit Phasen von Erregtheit zu

wenig ausgeprägt. Auch handele es sich beim Unfallereignis, auf das die Beschwerden zurückgeführt würden, nicht um ein deutlich schweres Ereignis, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Die ICD

E. 10

Kriterien nicht mehr bestätigt werden. Aufgrund der angegebenen mittelgradigen depressiven Symptomatik sei damals die 100%ige Arbeitsunfähigkeit hoch angesetzt gewesen (S. 24) . 5.

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