

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00699 vom 12. Dezember 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00699](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00699)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00699 du 12 décembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00699 del 12 dicembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

September 2011 bis 28. Februar 2013 eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 15/70).

#### **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**

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. 1.3**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

#### **E. 1.4**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen

nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

## **E. 1.5**

Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98). 2. 2 .1

### **2.1.1**

Im Bericht vom 5. April 2011 führte Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, die Diagnosen Knie-distorsionsstrauma am 20. August 2010 mit vorderer Kreuzband-Ruptur, Partialruptur des medialen Seitenbandes, mediale Meniskusläsion und chronisches rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom an (Urk. 15/13/5). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Die schweren körperlichen Tätigkeiten seien im Moment aufgrund der Rücken- und Knieproblematik nicht möglich (Urk. 15/13/5).

### **2.1.2**

SUVA-Kreisarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, hielt im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 26. November 2012 fest, dass der Beschwerdeführer zahlreiche Beschwerden, auch unfallfremde, angegeben habe. Bezüglich der unfallfremden Beschwerden sei aufzuführen, dass wohl eine nicht unerhebliche Gastritis und wohl auch eine chronische Bronchitis vorliegen würden. Sodann würden seitens des Beschwerdeführers über Augenprobleme, Hörverlust und Rückenbeschwerden berichtet (Urk. 15/34/53).

Am linken Kniegelenk, das sich der Beschwerdeführer beim Treppensturz vom 2

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 23. Juni 2015 Beschwerde (Urk. 1) und liess mit Eingabe seiner Rechtsvertreterin vom 29. Juni 2015 beantragen (Urk.

## **E. 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 Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern,

ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (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. 3.1**

Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und/oder dessen erwerbliche Auswirkung seit der Verfügung vom 15. Januar 2013, mit welcher dem Beschwerdeführer mit Wirkung vom 1. September 20

#### **E. 3.2.1**

Die A.\_\_\_\_-Gutachter erstellten ihr Gutachten vom 21. Oktober 2014 in Kenntnis der IV-Akten (vgl. Urk.

#### **E. 3.2.2**

In somatischer Hinsicht erweist sich das A.\_\_\_\_-Gutachten als schlüssig und überzeugend. Nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. Juni 2015 liess der Beschwerdeführer Arztberichte seiner behandelnden Ärzte einreichen. Dem ärztlichen Zeugnis von Dr. med. I.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin, vom 15. Mai 2015 (Urk. 15/126)

sind keine Befunde zu entnehmen, welche bei der A.\_\_\_\_-Begutachtung unberücksichtigt geblieben wären. Dr. J.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, beurteilt in seinem Bericht vom 3. Juni 2015 die den A.\_\_\_\_-Gutachtern bereits bekannten MRI-Bilder. Gemäss Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie, vom 7. Dezember 2015 hätten sich im MRI der LWS vom 1. Dezember 2015 mittelschwere bis schwere degenerative Veränderungen gezeigt, welche „zusätzlich“ zur 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht beitragen würden. Dr. K.\_\_\_\_ nimmt jedoch keinen Bezug auf die früheren bildgebenden Untersuchungen, so dass seine Beurteilung nicht nachvollzogen werden kann. Im folgenden Bericht vom 19. Februar 2016 attestierte er dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen (Urk. 26 S. 2) und äussert sich damit fachfremd. Was schliesslich die neueren Gesundheitsstörungen (vgl. Urk. 40/2) in den vom Beschwerdeführer nachgereichten Arztberichten betrifft, so gehören diese nicht zum massgebenden Sachverhalt (E. 1.5 vorstehend).

#### **E. 3.2.3**

In psychischer Hinsicht lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe. Die Beschwerdegegnerin habe nicht berücksichtigt, dass die Ärzte der L.\_\_\_\_ - vgl. deren Bericht vom 23. Oktober 2013 (Urk. 15/85) - eine Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten. Auch die A.\_\_\_\_-Gutachter hätten eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischer Sicht von 50 % festgestellt, was mindestens zu einem Anspruch auf eine „Teilinvalidenrente von 50 %“ führen müsse (Urk. 1 S. 10). Dabei kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden. Zwar trifft es zu, dass die A.\_\_\_\_-Gutachter davon ausgehen, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Beginn des Jahres 2013 verschlechtert hat (E.

2.2.2 vorstehend). Sie diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode (E.

2.2.1 vorstehend). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung fallen leicht bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur allerdings einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind. Nur in dieser - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut anheubar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (Urteil des Bundesgerichts 9C\_901/2015 vom 8. Juli 2016 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Die Therapieoptionen waren beim Beschwerdeführer

gemäss den Feststellungen des psychiatrischen Gutachters jedoch noch nicht ausgeschöpft. So könnte die psychopharmakologische Medikation möglicherweise noch erhöht werden. Zudem empfiehlt der Gutachter eine Psychotherapie in der Muttersprache des Beschwerdeführers und kritisiert, dass bislang die Therapie auf Deutsch durchgeführt worden sei, obwohl der Beschwerdeführer in dieser Sprache Verständigungsschwierigkeiten habe (Urk. 15/102/19). Von einer Therapieresistenz kann mithin nicht gesprochen werden, weshalb die von den A.\_\_\_\_-Gutachtern diagnostizierte mittelgradige depressive Episode keine invalidisierende Wirkung haben kann. Im Übrigen diagnostizierten auch die Ärzte der L.\_\_\_\_ vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. Juni 2015 (Urk. 2) eine mittelgradige depressive Episode (Urk.

15/85/2) und gingen von einer Verbesserung durch eine ambulante psychotherapeutische ressourcenorientierte Behandlung und gegebenenfalls Optimierung der medikamentösen Therapie aus (Urk. 15/85/4).

Soweit die Ärzte der L.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer ab 6. Juli 2015 eine schwere depressive Episode diagnostizieren (Urk. 16, Urk. 20, Urk. 23/2, Urk. 29/1, Urk. 32), gehört dies nicht mehr zum massgebenden Sachverhalt (E.

1.5). Schliesslich ist festzuhalten, dass - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 12) und der Beschwerdegegnerin (Urk. 2) - beim Beschwerdeführer eine Erkrankung aus dem somatoformen Kreis gemäss dem psychiatrischen A.\_\_\_\_-Gutachter auszuschliessen ist (Urk. 15/102/17).

#### **E. 3.2.4**

Eine iv-relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 15. Januar 2013 (Urk. 15/70) ist mithin nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Dies gilt auch für die Auswirkungen in erwerblicher Hinsicht.

4.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. 5.

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 auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Kristina Herenda - 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 Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstHübscher

## **E. 6**

Juli 2011 verdreht habe ( Urk. 15/34/49), stelle sich eine Veränderung am medialen Meniskushinterhorn dar, wobei hier möglicherweise ein Riss vorhanden sei (Urk. 15/34/53). Es sei indes nicht vorstellbar, dass diese Veränderungen die ausgeprägten Reaktionen bei der klinischen Untersuchung verursachen würden. Es sei bisher keine Operationsindikation gesehen worden und es sei zu absoluter Zurückhaltung zu raten, da das Beschwerdebild nicht mit den Veränderungen im MRI korreliere und wahrscheinlich mit einer Verschlechterung der Gesamtsituation durch einen operativen Eingriff auch am linken Kniegelenk gerechnet werden müsse (Urk. 15/34/54-55).

Am rechten Kniegelenk, welches sich der Beschwerdeführer am 20. August 2010 verdreht habe ( Urk. 15/34/47), zeige sich vom MRI her ein sehr schöner Befund nach OATS-Plastik, das Knie sei sowohl bei der MRI-Untersuchung als auch bei der klinischen Untersuchung ohne relevanten Erguss. Es dürfe eine leichte vorere Instabilität vorliegen. Ob zusätzlich eine laterale Instabilität vorliege, könne bei der Untersuchung nicht geprüft werden, weil der Beschwerdeführer eine aussagekräftige Untersuchung nicht zulasse. Da initial nur eine mediale Bandläsion vorgelegen habe, müsse davon ausgegangen werden, dass diese, wie im Regelfall üblich, ausreichend vernarbt und stabilisiert sei. Das aktuelle MRI des rechten Kniegelenks zeige im Bereich der Seitenbänder keine relevanten Pathologien. Auffällig sei, dass noch eine gewisse muskuläre Schwäche vorliegen könne (anhand der Umfangmessungen). Die demonstrierten Kräfteinbussen mit fast völligem Fehlen jeder Kraft bei Extension und Flexion im rechten Kniegelenk sei von den übrigen klinischen Befunden her nicht nachvollziehbar und als Inkonsistenz zu bewerten. Zudem sei eine deutliche Symptomausweitung vorhanden (Urk. 15/34/55).

Die angestammte Tätigkeit als Flachdachisoleur könne dem Beschwerdeführer auf Dauer unfallbedingt nicht mehr zu 100 % zugemutet werden (Urk. 15/34/55) . Ihm seien indes unfallbedingt mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Tragen von Lasten über 15 kg über Treppen, ohne regelmässiges oder länger dauerndes Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne repetitives oder länger andauerndes Einnehmen einer knien den oder hockenden Position ganz tags zumutbar (Urk. 15/34/55) . 2 .1. 3

In seiner Stellungnahme vom 14. Dezember 2012 führte RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Hämatologie , aus, dass als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Kniearthrose rechts mit Ruptur des vorderen Kreuzbandes (Unfall vom 20. August 2010), operativ und arthroskopisch behandelt, zuletzt am 1. November 2012 operiert, sowie eine mediale Meniskusläsion am linken Knie mit Hinterhornriss (Unfall vom 26. Juli 2011) bestünden. In seiner bisherigen Tätigkeit als Flachdachisoleur sei der Beschwerdeführer unfallbedingt seit 20. August 2010 zu 100% arbeitsunfähig (Urk. 15/42/4). In einer angepassten Tätigkeit gemäss dem von Dr. D.\_\_\_\_ formulierten Belastungsprofil bestehe seit dem 26. November 2012 (Datum der kreisärztlichen Untersuchung) keine Arbeitsunfähigkeit mehr. In diesem Zeitpunkt sei der unfallbedingte Rehabilitationsprozess als abgeschlossen anzusehen. Es würden ausschliesslich Unfallfolgen vorliegen (Urk. 15/42/5). 2 .2

#### 2 .2.1

Am A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 21.

Oktober 2014 waren med. pract . F.\_\_\_\_ , Arbeitsmedizin FMH, MAS Versicherungsmedizin, Arbeitsmedizinische Zusammenhangesbegutachtung (D), Fallführender Oberarzt A.\_\_\_\_/Begutachtungen , und die Dres . med. G.\_\_\_\_ , Chefarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und H.\_\_\_\_ , Rheumatologie FMH, Physikalische Medizin/

Rehabilitation FMH , beteiligt (Urk. 15/102/25). Sie stellten die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 15/102/22): - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits (ICD-10 M54.4) - laut Akten Diskushernie Lendenwirbelkörper (LWK) 5/S1, Osteochondrosen LWK4/5 und LWK5/S1 und Spondylarthrosen distal-lum bal (Röntgenbilder und MRI der Lendenwirbelsäule [ LWS ] von Februar 2013) - Status nach Hospitalisationen wegen Radikulärsymptomatik L5 rechts bei Diskushernie LWK4/5 2003 und Radikulärsymptomatik links bei Diskushernie LWK4/5 1991 - Chronische Knieschmerzen beidseits (ICD-10 M23.9) - Status nach Distorsion des rechten Knies am 20. August 2010 mit Ruptur des vorderen Kreuzbandes, medialer Meniskus-Hinterhornläsion und Teilruptur des lateralen Seitenbandes - Status nach arthroskopischer Resektion des Kreuzbandstummels, Plica -Resektion, medialer Teilmenisektomie am Hinterhorn am 29. November 2010 - Status nach diagnostischer Kniearthroskopie und Durchführen eines Knorpel-Knochenzylinder-Transfers (OATS 10 mm) bei umschriebener medialer Chondropathie - vollständige Integration des Knorpelknochenzylinders gemäss MRI rechtes Knie vom 30. Juli 2012 - Status nach Distorsion des linken Knies am 26. Juli 2011 mit fraglicher Läsion des medialen Meniskushinterhorns gemäss MRI linkes Knie vom 14. September 2011

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten sie an (Urk. 15/102/22): - Status nach Osteosynthese einer Basisfraktur metacarpale V rechts am 19. Juni 2003 - Beginnende Fingergelenksarthrosen - Spreizfüsse - Hallux

valgus links - Deutliche Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung mit Funktionseinschränkung, pseudoneurologische Störungen und organisch nicht begründbaren Schmerzen, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend - Arterielle Hypertonie, Adipositas (BMI 34.1 kg/m<sup>2</sup>) 2.2.2

Der Gesamtbeurteilung der A.\_\_\_\_-Gutachter ist zu entnehmen, dass aus Sicht des Bewegungsapparates die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für die körperlich schwere Arbeit als Dachisoleur mit notwendigem Einnehmen von Zwangshaltungen und Lastenhandhabung von mehr als 20 kg seit dem Unfall vom August 2010 dauerhaft nicht mehr möglich sei. Aus somatischer Sicht sei davon auszugehen, dass spätestens seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 26. November 2012 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für körperlich angepasste, leicht bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten vorhanden sei. Zu Beginn des Jahres 2013 sei es aus psychiatrischer Sicht zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Weitere gesundheitliche Veränderungen liessen sich im Verlauf nicht feststellen (Urk. 15/102/23). 2.2.3

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielten die A.\_\_\_\_-Gutachter fest, dass die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Dachisoleur auch weiterhin aufgehoben sei (Urk. 15/102/23).

In einer körperlichen leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit ohne regelmässiges oder dauerndes Besteigen von Treppen, Leitern oder Gerüsten und ohne repetitives oder länger andauerndes Einnehmen einer knien- oder hockenden Position sowie auch ohne Tätigkeiten mit spezifischer Belastung der LWS bestehe aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Diese sei allerdings eingeschränkt aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode, welche vor allem zu einer eingeschränkten Durchhaltbarkeit mit erhöhtem Pausenbedarf führe. So sei der Beschwerdeführer darauf angewiesen, im Abstand von zwei Stunden eine zusätzliche Kurzpause einzulegen. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrage 40-50%, abhängig von den konkreten Anforderungen. Es bestehe ein Verbesserungspotential durch die Behandlung der depressiven Erkrankung. Zusätzlich zu den aufgeführten Krankheitsbildern liege eine ausgeprägte Krankheitsüberzeugung vor, welche als iv-fremd zu werten sei, jedoch die konkrete berufliche Eingliederung beeinträchtige (Urk. 15/102/24). 3.

#### **E. 11**

bis 28. Februar 2013 eine befristete ganze Rente zugesprochen worden war (Urk. 15/158), derart wesentlich verändert haben, dass er nunmehr erneut Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

#### **E. 15**

(102/34 ff.) Die am Gutachten beteiligten Ärzte erhoben jeweils eine ausführliche Anamnese und gingen auch in ihren Beurteilungen auf die Beschwerden des Beschwerdeführers ein. Mit ihrem Gutachten werden die vorliegend interessierenden Fragen nach einer allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers umfassend beantwortet.

Dem Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach das

A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 21. Oktober 2014 ( Urk. 15/102) deswegen mangelhaft sei, weil die Gutachter keine neuen MRI -Untersuchungen veranlasst

hätten (Urk. 1 S. 13), ist entgegenzuhalten, dass nach der bundes ge richtlichen Rechtsprechung die Gutachter zu beurteilen haben, ob weitere bild gebenden Untersuchungen durchgeführt werden müssen (Urteil des Bundes gerichts 9C\_575/2011 vom 1 2. Oktober 2011 E. 3.3 ). Dass die A.\_\_\_\_ -Gutachter keine MRI-Untersuchungen durchführen liessen , ist nicht zu beanstanden, wobei namentlich zu berücksichtigen ist, dass der rheumatologische Gutachter den Beschwerdeführer am 1 6. Juli 2014 untersuchte und er aufgrund der Akten Kenntnis von den Röntgenbilder n und dem MRI vom Februar 2013 hatte (vgl. Urk. 15/102/19).

Dementsprechend lag auch die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit ( vgl. Urk. 1 S. 13) im Ermessen der Gut achter. Aufgrund deren Ausführungen im Gutachten vom 21. Oktober 2014 bezüglich Diskrepanzen zwischen den Bewegungen des Beschwerdeführers während der Untersuchung im Spontanverhalten ( Urk. 15/102/20) ist zudem nicht davon auszugehen, dass durch eine solche Untersuchung weitere Auf schlüsse hätten erzielt werden können.

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