

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00789 vom 23. August 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00789](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00789)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00789 du 23 août 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00789 del 23 agosto 2017

## **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). 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**

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung reicht die analoge Anwendbarkeit der in BGE 109 V 262 E. 4a dargelegten Rechtsprechung auf das Neuanmelungsverfahren nur so weit, als auch hier von Amtes wegen zu prüfen ist, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzu stellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgehen lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

### **E. 1.3**

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 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 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, Beweismwürdigung 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. 1.4**

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**

Der Versicherte erhob am 7. Juli 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Juni 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Sache sei zur Neuurteilung an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. September 2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 7. Oktober 2016 zu Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, nach erneuter Prüfung seien keine Veränderungen des Gesundheitszustandes ausgemacht, es bestünden weiterhin keine Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Das psychische Zustandsbild betreffend sei kein neuer medizinischer Sachverhalt dargelegt worden, im Vordergrund stünden psychosoziale Faktoren (Urk. 2 S. 1).

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), gemäss den Berichten über den Rehabilitationsaufenthalt im Frühjahr 2015 und des behandelnden Psychiaters sei unter anderem von Diagnosen auszugehen, deren Auswirkungen nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu prüfen seien, was gestützt auf die vorliegenden Berichte nicht möglich sei (S. 9 Ziff. 8).

#### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob im Vergleich zum Sachverhalt, welcher der Verfügung vom September 2014 zugrunde lag, eine revisionsrelevante Veränderung eingetreten ist, und ob zur Beantwortung dieser Frage die vorhandenen ärztlichen Beurteilungen ausreichen.

### **E. 3.1**

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 17. August 2011 (Urk. 6/51/1-2) aus, dass er den Beschwerdeführer seit dem 10. Juni 2011 vierzehntäglich behandle (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnose (Ziff. 1.1): - schweres depressives Syndrom, Schmerzstörung, seit 2009 Die Prognose sei unklar. Zurzeit bestehe eine 100% ige

Arbeitsunfähigkeit

so wohl im freien als auch im geschützten Rahmen. Es sei eine mögliche Verbesserung durch die aktuell aggressiv optimierte antidepressive Therapie denkbar. In vier Monaten sollte klarer sein, ob eine partielle Wiedereingliederung möglich sei (Ziff. 1.6-7).

In seinem Bericht vom 9. November 2011 (Urk. 6/52) nannte Dr. Y.\_\_\_\_ folgende Diagnose (S.1): - mittelschwere Depression, Schmerzstörung, seit 2009

Er führte aus, es sei eine Diagnoseänderung im Verlauf eingetreten. Seit November 2011 sei eine Verbesserung dahingehend eingetreten, dass nunmehr

eine mittelschwere Depression und eine Schmerzstörung vorlägen. Der Beschwerdeführer präsentiere sich gelassener als im August, habe jedoch immer noch ein starkes Gedankenkreisen und starke Gefühle von Sinn- und Wertlosigkeit (S. 1). Der psychische Befund sei - so wie er sei

- stationär, eine weitere Verbesserung sei nicht zu erwarten. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 50 %

arbeitsunfähig, auch in somatisch angepassten Tätigkeiten (S. 2).

### **E. 3.2**

Die Ärzte der MEDAS Z.\_\_\_\_ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 6. Dezember 2012 (Urk. 6/63/1-27) gestützt auf die Akten sowie die eigene Befragung und Untersuchung des Beschwerdeführers vom 30. bis 31. Juli und 2. August 2012. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 4.1): - unerwünschte Arzneimittelwirkungen von verschiedenen Medikamenten bei Verdacht auf Arzneimittelinteraktionen - sekundäre Opioidabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F11.25) - mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - chronifizierte bilaterale Zervikobrachialgien bei ossärer Einengung des Foramens C3/4 rechts mit möglicher Nervenwurzelbeeinträchtigung C4 rechts und intraforaminale Diskusprotrusion C6/7 rechts mit leichter Nervenwurzelkompression C7 rechts, Intervertebralgelenksarthrosen der unteren Halswirbelsäule - hochsitzende thorakale Hyperkyphose, Status nach thorakalem Morbus Scheuermann und verstärkte lumbale Lordosierung L4 bis S1

Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Marktfahrer zu 50 % arbeitsfähig. In einer körperlich leichten bis mittelschweren manuellen Berufstätigkeit, die in Wechselstellungen durchgeführt werden könne, welche nicht mit häufig vorkommender vorübergeneigter Körperhaltung ausgeführt werden müsse

und bei der nicht regelmässig oder häufig schwere Gewichte über 10 kg ohne Hilfsmittel gehoben werden müssten, sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (S. 19 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht könne im Moment nicht eindeutig geklärt werden, welche Symptome zur zugrundeliegenden depressiven Störung und welche zu den unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Interaktionen gehörten, daher sei eine verlässliche Einschätzung des anhaltenden Gesundheitsschadens und der Arbeitsfähigkeit aus psychischer

Sicht kaum möglich. Die Arbeitsfähigkeit könne erst nach einer Anpassung der Medikation zuverlässig eingeschätzt werden (Urk. 6/63/38-46 S. 7). Zusammenfassend befanden die Gutachter, sie seien bei der Beurteilung der gesundheitlichen Situation vor allem wegen der Fehlmedikation des Beschwerdeführers vor grosse Herausforderungen gestellt. Es bestehe einerseits eine Opioidabhängigkeit, welche umso einschneidender sei, als überhaupt keine Langzeitindikation für ein Opioid gegeben sei. Sodann komme die Kombination mit den Antidepressiva /Neuroleptika hinzu, welche sehr gefährlich sei und nur bei schwerwiegenden und klar indizierten Fällen vorgenommen werden dürfe. Gemäss psychiatrischem Gutachter sei diese Medikation absurd und nicht vertretbar (S. 20).

Der Beschwerdeführer sei als reiner Marktverkäufer ohne schwere Lade- und Aufstellarbeiten und mit gelegentlichem Heben einer schweren Last aktuell zu 60 % arbeitsfähig. In einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit sei der Beschwerdeführer auch zu 60 % arbeitsfähig (S. 25 unten), dies seit dem Jahr 2011 (S. 26 unten).

### **E. 3.3**

Dr. Y.\_\_\_\_ führte am 23. Mai 2013 (Urk. 6/83) aus, seit November 2013 (richtig: 2011) sei eine kontinuierliche Verschlechterung eingetreten. Aktuell liege ein schweres depressives Syndrom vor mit schwerstem Gedankenkreisen, schwerster Oppressions-Symptomatik und schwersten Schlafstörungen. Der Beschwerdeführer sei hoch suizidal. Das MEDAS-Gutachten sei grundsätzlich sorgfältig verfasst worden, enthalte jedoch kleine Missverständnisse im psychiatrischen Bereich.

Dr. Y.\_\_\_\_ berichtete sodann am 10. Juni 2013 (Urk. 6/92 = Urk. 6/96 = Urk. 6/98), wobei er als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte Depression, mittelschweres bis schweres Zustandsbild (ICD-10 F32.2) nannte (S. 1 Ziff. 1). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit November

2011 trotz guter Compliance kontinuierlich verschlechtert. Von seinem im Herbst 2011 berichteten kleinen Zwischen-Hoch sei nichts mehr übrig, der Zustand sei kontinuierlich schlechter geworden. Ausserdem seien im Verlauf weitere Probleme wie eine zunehmende Isolation, die finanzielle Knappheit sowie eine Kampscheidung dazugekommen. Dies habe dem Beschwerdeführer so zugesetzt, dass das pathologische Gedankenkreisen mittlerweile chronifiziert sei (S. 1). Die Medikation sei mittlerweile umgestellt worden. Der Beschwerdeführer sei hoch suizidal. Im Moment bestehe eine 100% ige Arbeitsunfähigkeit. Nach einer Stabilisierung dürfte längerfristig eine 75% ige Arbeitsunfähigkeit das Resultat der chronifizierten Symptome sein (S. 2). In einem mit „Anträge“ bezeichneten Abschnitt führte er unter anderem aus, eine 40%-Rente wäre nach Ansicht aller bisherigen Gutachter mindestens indiziert, was „irrtümlicherweise im Vorbescheid der IV (eventuell versehentlich) ignoriert“ werde (S. 3).

Dr. Y.\_\_\_\_ nahm sodann am 4. September 2013 Stellung (Urk. 6/109 = Urk. 6 /111) und führte zum Zustandsbild beziehungsweise zum Psychostatus aus, der Beschwerdeführer sei allseits orientiert und erscheine in mehr oder weniger gepflegtem Zustand. Er klage nachvollziehbar über Gedankenkreisen. Auch objektiv sei ein Kreisen um die Gedankengänge feststellbar. Anders als vor zwei Jahren sei der Beschwerdeführer nun zunehmend einsam (S. 1). Es sei in der ICD-10 nicht möglich, ein statisch-depressives Zustandsbild zu codieren. Es bestehe jedoch ein chronifiziertes depressives Zustandsbild, dessen Zuordnung aber weder zu den rezidivierenden depressiven Störungen noch als andere Form der depressiven Problematik ohne weiteres möglich sei, dessen Krankheitswert aber ohne Weiteres gegeben sei (S. 2 oben).

### **E. 3.4**

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 7. Januar 2014 (Urk. 6/117) wurde fest gehalten, in somatischer Hinsicht könne auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden (S. 12 E. 4.1). Hingegen seien weitere Abklärungen zum psychischen Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erforderlich (S. 15 E. 4.4).

### **E. 3.5**

Dr. Y.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 22. April 2014 (Urk. 6/122 = Urk. 6/123) aus, seit seiner Stellungnahme vom September 2013 habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten wenig geändert. Er habe (neu) zum zweiten Mal geheiratet, was aber seinen Gesundheitszustand nicht positiv beeinflusst habe (S. 1 Ziff. 1). Er - Dr. Y.\_\_\_\_ - sei in der supportiven Therapie dieses schwer verzweifelten Menschen so stark gefordert, dass er kaum noch neutral Auskunft geben könne (S. 1 Ziff. 3).

### **E. 3.6**

Am 21. Juli 2014 erstattete Prof. Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, ein psychiatrisches Fachgutachten (Urk. 6/126).

Darin führte er aus, es seien keine psychiatrischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (S. 43 lit. E.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 43 lit. E.2): - chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren mit überwiegend negativen Foerster-Kriterien; ICD-10 F45.41 - rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom reaktiv zur Schmerzstörung und psychosozialen Faktoren (Ehescheidung), im Querschnitt als leicht- bis mittelgradig einzustufen; ICD-10 F33.01 / F33.11

Im Zusammenhang mit der diagnostischen Einordnung führte der Gutachter unter anderem aus, er gehe davon aus, dass somatische Erkrankungen bestünden; die übrigen sogenannten Foerster-Kriterien erachtete er aus näher dargelegten Gründen als nicht erfüllt (S. 42 f.). Im Rahmen seiner Beurteilung führte er unter anderem aus, die therapeutischen Bemühungen des behandelnden Psychiaters liessen keine Leitlinienorientierung, jedoch eine geringe Distanzierungs-fähigkeit zum Exploranden erkennen, seine Ausführungen seien weder medizinisch noch sozialmedizinisch nachvollziehbar (S. 40 Mitte).

### **E. 3.7**

Die Beschwerdegegnerin ging in der Folge gemäss Feststellungsblatt vom 5. August 2014 (Urk. 6/127) davon aus, in somatischer Hinsicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit und eine solche von 100 % in angepasster, leichter bis mittelschwerer Tätigkeit (S. 2 unten). Aus psychiatrischer Sicht lägen keine Diagnosen mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (S. 3 oben).

Diese Beurteilung lag der Verfügung vom 24. September 2014, mit welcher ein Leistungsanspruch verneint wurde, zugrunde (Urk. 6/132).

#### **E. 4.1**

Der Beschwerdeführer weilte vom 29. April bis 2. Juni 2015 stationär in der RehaClinic B.\_\_\_\_, worüber am 10. Juni 2015 berichtet wurde (6/150/1-3 = Urk. 3/2). Dabei wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): psychiatrische Diagnosen: - anhaltende Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; F45.41 - Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt; F43.22 - iatrogener schädlicher Gebrauch von Beruhigungsmitteln (Xanax); F13.1 somatische Diagnosen - chronifizierte Zervikobrachialgie beidseits, links mehr als rechts, und chronisches Lumbovertebralsyndrom - schon 1999 festgestellte degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit hauptsächlich ossär bedingter, mässiggradiger neuroforaminaler Einengung C3/4 rechts und intraforaminaler Diskusprotrusion C6/7 rechts mit geringer Kompression der Nervenwurzel C7 rechts, kein Hinweis einer Spinalkanalstenose, Status nach Erosionen im Magenantrum (Gastroskopie 20. Januar 2014), Helicobacter pylori negativ - hyperchrome mikrozytäre Anämie, anamnestisch Thalassaemia minor mit Splenomegalie (Austrittsbericht C.\_\_\_\_ 12. März 2013)

Der Patient habe das angebotene interdisziplinäre Behandlungsprogramm aktiv wahrgenommen und sich stark motiviert gezeigt, sich körperlich zu aktivieren sowie sich auf die psychotherapeutischen Gespräche einzulassen. Er scheine (allerdings) an der Überzeugung festzuhalten, dass einzig somatische Beschwerden für seinen Zustand verantwortlich seien. Durch kognitive Umstrukturierung habe eine gewisse Änderung kurzfristig erzielt werden können, für die nachhaltige Wirkung seien mit dem Patienten entsprechende Strategien und Übungen erarbeitet worden (S. 2).

Zusätzlich sei die Medikation leitliniengemäss weiter ausgebaut worden. Der Fokus habe besonders beim Absetzen der zuletzt deutlich übermässig gebrauchten angstlösenden Medikation gelegen, wobei merklich Absetzphänomene, vor allem Hyperventilationszustände, aufgetreten seien. Zusätzlich hätten langfristig schädigende Schmerzmedikamente sowie auch verschiedene Magenpräparate ohne Veränderung abgesetzt werden können. Unter entsprechender Medikation habe sich der Schlaf verbessert. Insgesamt bestehe ein langjähriges Krankheitsgeschehen, was weiterhin intensive Therapie erforderlich mache. Der Patient selbst setze grosse Hoffnungen in die medikamentöse Behandlung (S. 2 unten). Insgesamt habe er vom Aufenthalt profitieren können und verlasse die Klinik in leicht gebessertem Allgemeinzustand (S. 3 oben). Für die Dauer des Klinikaufenthalts wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 3 Mitte).

#### **E. 4.2**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Pneumologie, nannte in seinem Bericht vom 14. August 2015 (Urk. 6/143/5-6 = Urk. 6/150/18-19 = Urk. 3/3/2) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - Anstrengungsdyspnoe - leichte chronische Bronchitis - Metacholintest negativ - Thoraxschmerzen links - Thorax-CT 22. Januar 2015 vereinbar mit einer gelegentlichen Bronchitis - chronische Schmerzstörung

In seiner Beurteilung führte er unter anderem aus, bereits in Ruhe wie auch unter Belastung habe eine Hyperventilation bestanden, dies ohne Hinweise für eine organische Ursache (S.

2 oben).

#### **E. 4.3**

Mit Schreiben vom 28. September 2015 (Urk. 6/142/1-3 = Urk. 6/143/2-4 = Urk. 6/144 = Urk. 6/150/15-17 = Urk. 3/3/1) teilte Dr. Y.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin mit, der Versicherte stelle einen Antrag zu erneuter Überprüfung der Leistungsberechtigung und er - Dr. Y.\_\_\_\_ - schildere den Verlauf seit August 2014 zur Begründung der Legitimität einer neuen Überprüfung und gegebenenfalls Berentung (S. 1 Mitte).

Im Februar 2015 sei ein Sohn geboren worden. Auf die gewachsenen Anforderungen als erneuter Familienvater habe der Versicherte mit wachsender Anspannung einerseits und gelähmter Vitalität andererseits reagiert. Der stationäre Therapieaufenthalt (vgl. vorstehend E. 4.1) habe subjektiv zu keinerlei Verbesserung geführt. Seit Juli 2015 sei es zu einer zunehmenden Verschlechterung gekommen. Eine Lungenfunktionsuntersuchung (vgl. vorstehend E. 4.2) habe wegen Hyperventilation ein sehr bedenkliches Resultat gezeigt (S. 1 Ziff. 1).

Als psychiatrische Diagnosen (gemäss ICD-10) nannte er (S. 2 Ziff. 3): - Persönlichkeitsveränderung (F62.88) bei langjähriger Schmerz-Erkrankung mit genereller Asthenie, Ängstlichkeit, Verflachung aller Antriebe - chronische Depressivität, anhaltend (F34.8) - generalisierte Angst (F41.1), neu seit einem Jahr - langjährige somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

Es bestehe nach seiner Einschätzung keine Arbeitsfähigkeit mehr. Der Gesundheitszustand habe sich in den letzten Jahren schrittweise in einem Ausmass verschlechtert, welches im Moment keine Alternativen zu einer Berentung mehr denkbar sein lasse (S. 3 Ziff. 4).

#### **E. 4.4**

Am 23. Oktober 2015 erfolgte laut Bericht vom 2. Dezember 2015 eine Gastroskopie (Urk. 6/158/3).

#### **E. 4.5**

Eine am 30. November 2015 erfolgte Abdomensonographie ergab laut Bericht vom 1. Dezember 2015 (Urk. 6/158/1-2) einen weitgehend normalen Befund, insbesondere keinen Nachweis einer Pathologie periumbilikal, wo die meisten Schmerzen bestünden, sowie eine leichte Aortenekstase von 2.1 cm Durchmesser (S. 1 unten). Insgesamt zeigte sich aktuell kein Hinweis auf eine organische Genese der vom Patienten angegebenen Symptomatik (S. 2 Mitte).

#### **E. 4.6**

Die Beschwerdegegnerin unterbreitete Prof. A.\_\_\_\_ am 18. Januar 2016 die Frage, ob sich im Lichte der neu eingereichten medizinischen Unterlagen Aspekte ergäben, die eine andere Beurteilung des medizinischen Sachverhalts gegenüber den Feststellungen im Gutachten vom 21. Juli 2014 erforderlich machten (Urk. 6/154).

Prof. A.\_\_\_\_ nahm dazu am 2. Februar 2016 Stellung (Urk. 6/155) und führte aus, im in der Klinik B.\_\_\_\_ erhobenen Psychostatus würden neben subjektiven Symptomen eine depressive Symptomatik mit Erschöpfung und Depression beschrieben. Als Grund würden die familiäre und die berufliche Situation angegeben, der Beschwerdeführer habe Ängste, seiner Ehefrau nicht zu genügen. Somit schienen psychosoziale Belastungsfaktoren das psychopathologische Bild zu beherrschen. Schon im Zeitpunkt der Untersuchung im Juli

2014 hätten psychosoziale Probleme und Schmerzen im Vordergrund gestanden, die das affektive Bild einer chronifizierten Depression nach sich gezogen hätten. Auch im Schreiben des behandelnden Psychiaters würden wiederum psychosoziale Belastungsfaktoren geschildert mit der Geburt eines Sohnes und den gewachsenen Anforderungen in der Familie (S. 2).

Grundsätzlich sehe er keine wesentlichen Unterschiede der Situation, vielleicht jedoch eine gewisse Verstärkung der Depressivität. Letztendlich werde nur ein psychiatrisches Fachgutachten eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bewirken können (S. 2 Mitte).

#### **E. 4.7**

Vom 12. März bis 27. April 2016 befand sich der Beschwerdeführer in Untersuchungshaft und bis 27. Juni 2016 unterlag er einem Rayonverbot, nachdem ihn seine Ehefrau häuslicher Gewalt beschuldigt hatte, wobei er dies bestritt und geltend machte, ihr gehe es lediglich um die Erhaltung ihres schweizerischen Aufenthalts nach der von ihm gesuchten Scheidung (Urk. 6/157 S. 2).

#### **E. 5.1**

Der Verfügung vom September 2014 lag in somatischer Hinsicht der Sachverhalt zugrunde, dass die diagnostizierten Zervikobrachialgien bei degenerativen Veränderungen im Bereich der Nackenwirbelsäule sowie eine hochthorakale Hyperkyphose und verstärkte Lordosierung L4 bis S1 eine volle Arbeitsfähigkeit für - einem formulierten Belastungsprofil entsprechende -körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten begründeten (vorstehend E. 3.2). Aus psychiatrischer Sicht wurden eine chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) und eine rezidivierende Störung im Querschnitt leicht- bis mittelgradig (ICD-10 F33.01 / F33.11) diagnostiziert und als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt (vorstehend E. 3.6).

#### **E. 5.2**

In somatischer Hinsicht lassen sich keinem der seither erstatteten Berichte relevante Veränderungen entnehmen. So wurde im Rahmen des Rehabilitationsaufenthalts 2015 nebst der bekannten Zervikobrachialgie und den zervikalen Wirbelsäulenveränderungen lediglich eine Anämie und anamnestisch eine Thalassemia minor diagnostiziert, ohne dass dazu mehr ausgeführt wurde (vorstehend E. 4.1). Aus pneumologischer Sicht wurde im August 2015 eine Hyperventilation ohne Hinweise für eine organische Ursache berichtet (vorstehend E. 4.2), wobei im Zusammenhang mit dem Reduzieren bestimmter Psychopharmaka auch schon Hyperventilationszustände als Absetzphänomene registriert worden waren (vorstehend E. 4.1). Auffällige Befunde der im Oktober 2015 erfolgten Gastroskopie sind nicht aktenkundig (vorstehend E. 4.4) und die im November 2015 erfolgte Abdomensonographie ergab ausdrücklich normale Befunde ohne Hinweise auf eine organische Genese der angegebenen Beschwerden (vorstehend E. 4.5).

#### **E. 5.3**

In psychiatrischer Hinsicht erweist sich die Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. Y.\_\_\_\_ vom September 2015 (vorstehend E. 4.3) als zu patienten nah, um verwertbar zu sein. Dr. Y.\_\_\_\_ hatte schon im Juni 2013 Ausführungen zum Umfang eines allfälligen Rentenanspruchs und zum Inhalt des Vorbescheids gemacht (vorstehend E. 3.3), die ausserhalb der medizinischen Zuständigkeit lagen, und im April 2014 hatte er selber

eingräumt, er sei therapeutisch so stark gefordert, dass er kaum mehr neutral Auskunft geben könne (vorstehend E. 3.5).

Dazu korrespondierend ging er im September 2015 (vorstehend E. 4.3) noch weiter und befand, der verschlechterte Gesundheitszustand lasse keine Alternativen zu einer Berentung mehr denkbar sein. Für die

neu diagnostizierte Persönlichkeitsveränderung und für die als seit einem Jahr bestehend diagnostizierte generalisierte Angst fehlte andererseits jegliche befundgestützte Begründung.

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