

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00792 vom 27. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00792

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00792 du 27 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00792 del 27 giugno 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]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 2

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Insbesondere sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente auszurichten.

E. 2.1

Die Ärzte des F.____, Ergonomie und Hygiene diagnostizierten in ihrem Bericht vom 27. März 2001 (Urk. 7/

E. 2.2

Laut dem Austrittsbericht der Rheuma- und Rehabilitationsklinik A.____ vom 5. Dezember 2001 (Urk. 7/30/3-6) bestehen beim Beschwerdeführer ein Panvertebralsyndrom mit thorakospondylothem Syndrom, Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform, Adipositas

per magna , DISH sowie ein beginnen des Fibromyalgie-Syndrom. Der Beschwerdeführer sei vom 18. Oktober bis zum 15. November 2001 in der Klinik hospitalisiert gewesen. Die Zuweisung sei erfolgt bei persistierenden, unter ambulanten Bedingungen therapieresistenten Beschwerden. Trotz mannigfaltiger Therapien sei die Schmerzsymptomatik im Wesentlichen unbeeinflussbar geblieben. Insgesamt habe der Beschwerdeführer einzig die Möglichkeit zum stetigen Wechsel der Körperposition als schmerzlindernd erlebt. Auch sei es unter der vorsichtigen einschleichen Therapie mit Amitriptylin im Sinne einer Veränderung der Schmerzwahrnehmung zu einer subjektiven Verbesserung der Beschwerdesymptomatik gekommen, weshalb dem Beschwerdeführer die Weiterführung dieser Medikation sowie gleichzeitig der regelmäßige Besuch einer gruppendynamischen Bewegungstherapie wie z.B. Aquafit empfohlen worden seien. Ebenso sei angesichts der erheblichen psychosozialen Problematik die Weiterführung einer psychologischen Begleitung erforderlich. Es sei dem Beschwerdeführer während der Hospitalisation auch gelungen, 10 kg abzunehmen, weshalb er das begonnene Diätprogramm weiterführen möchte. Bis und mit dem 25. November 2001 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Vom 26. November 2001 bis zum 24. Januar 2002 bestehe in einer leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit und unter der Möglichkeit zum raschen Wechsel der Körperposition eine Arbeitsunfähigkeit von 75 %, danach sei eine hausärztliche Neubeurteilung vorzunehmen.

E. 2.3

Gemäss dem Arztbericht von PD Dr. Z.____ vom 18. Dezember 2001 (Urk. 7/34) leidet der Beschwerdeführer unter einer Fibromyalgie, einem Panvertebralsyndrom bei Status nach Sturz auf den Rücken im September 2000 so wie einer Adipositas per magna. Der Gesundheitszustand sei stationär bis sich verschlechternd. In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei er weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig.

E. 2.4

Die Ärzte der MEDAS B.____ stellten in ihrem Gutachten vom 28. Mai 2004 (Urk. 7/57) folgende Diagnose (S. 28/29): 1. mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit : Fibromyalgiesyndrom - anhaltende somatoforme Schmerzstörung Anhaltende, derzeit leichtgradige depressive Störung bei somatoformer

Schmerzstörung, schwieriger psychosozialer Situation, Adipositas per magna

und Schlafapnoe-Syndrom Panvertebrales Schmerzsyndrom - Fehlform /Fehlstatik der Wirbelsäule - Adipositas per magna (180,5 cm/160 kg/BMI 49,5, morbid Adipositas) - Zustand nach thorako-lumbalem Morbus Scheuermann - diffuse idiopathische skelettale

Hyperostose (DISH) - Mittelschweres bis schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (nächtliche Überdruckbeatmung indiziert) 2. ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert : Leichtgradige Restbeschwerden am rechten Handgelenk bei Zustand nach primär verkannter Skaphoidfraktur am 9. Oktober 1998 - Status nach Entwicklung einer Pseudarthrose - Status nach operativer Behandlung mit Osteosynthese und Spongiosaplastik am 23. Dezember 1998 Möglicherweise Zustand nach Fraktur an der Basis des Dens

axis vor vielen Jahren (CT-Befund) 3. Nebenbefunde : Status nach Tonsillektomie

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in einem Gastrobetrieb mit italienischen Spezialitäten, in welchem der Beschwerdeführer sowohl im Aussendienst als auch als

Magaziner tätig gewesen sei, bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 30 %. Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit sei ihm zu 80 % zu mutbar. Der Beschwerdeführer sei nicht geeignet zum Heben und Tragen von Lasten. Aktuell bestünden ausserdem noch Bedenken bezüglich einer Aussen diensttätigkeit , da der Beschwerdeführer unter einem Schlafapnoe-Syndrom leide und Schmerzmittel einnehme, welche potentiell die Fahrtauglichkeit ein schränken. In Frage käme deshalb am ehesten eine Tätigkeit im Bürobereich. Bei den Einschränkungen des Beschwerdeführers spiele die *Adi positas permagna* eine Hauptrolle, insbesondere bezüglich der drohenden statischen Überlastung und der Atem-Dekompensation. Sie stelle einen enormen Risikofaktor bezüglich der Entwicklung eines Diabetes mellitus bei hoher familiärer Belastung dar. Eine entsprechende konsequente Therapie sei aus vitaler Sicht absolut unerlässlich. Ohne drastische Gewichtsreduktion bestehe das realistische und hohe Risiko, dass der Beschwerdeführer in mittleren Jahren ein mit Rückenschmerzen, Gonarthrosen und Diabetes belasteter, ateminsuffizienter und kardial eingeschränkter Mann sei. 3.

Der vorliegend angefochtene Entscheid stützt sich auf folgende medizinische Abklärungen:

E. 3

Eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen zu tätigen und gestützt darauf den Invaliditätsgrad zu bestimmen.

E. 3.1

Laut dem Bericht von Dr. Z.____ vom 17. Januar 2012 (Urk. 7/100) steht beim Beschwerdeführer ein Panvertebral-Syndrom im Vordergrund. Die Beweglichkeit sei reduziert, die Reklination vermindert. Der Beschwerdeführer klagt über ständige Schmerzen im HWS-Bereich. In der LWS weise er erhebliche lumbale Degenerationen in Form von Osteochondrosen, Spondylosen und Spondylarthrosen auf. Im Rahmen seiner Schmerzproblematik sei auch eine Depression aufgetreten. Diesbezüglich seien Auskünfte beim Psychiater einzuholen. Das Schmerzbild sei in den letzten Jahren stationär. Der Allgemeinzustand habe sich durch die Magen-Bypass-Operation eher verbessert.

E. 3.2

Gemäss dem Bericht des Psychiaters Dr. C.____ vom 4. Februar 2012 (Urk. 7/102) bestehen beim Beschwerdeführer eine ängstlich-depressiv-hypochondrische Entwicklung mit Angst vor Kontrollverlust, bei Status nach Enuresis

nocturna und Adipositas per magna seit dem Kindes- und Jugendalter, mit aussergewöhnlich starker Tendenz zu Scham und Verdrängung, mit zwanghaften und paranoiden Anteilen, bei bildungs fremder Herkunft ; eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, mit Tendenz zu paranoider Verarbeitung (ICD-10: F33.11; ein Status nach (psychogener) Enuresis

nocturna (ICD-10: F98.0); eine Adipositas sowie ein panvertebrales Schmerzsyndrom . Der Beschwerdeführer sei aus ärztlich-psychiatrischer Sicht in der freien Wirtschaft (nach 10

Jahren ohne Arbeit) zu 80-100 % arbeitsunfähig. Die Restarbeitsfähigkeit sei nicht verwertbar. Aus der Lebensgeschichte des Beschwerdeführers gehe hervor, dass er bereits als kleines Kind wiederholt grossen Belastungen ausgesetzt gewesen sei. Der extreme Anspruch seiner Eltern an ihn und seine berufliche Karriere hätten für ihn eine

Überforderung bedeutet. Diese habe sich unter anderem in einer extremen Gewichtszunahme geäußert, welcher die Eltern nicht die entsprechende Aufmerksamkeit geschenkt hätten. Gleichzeitig sei er Bettläger gewesen. So habe schon bald eine tiefe „Scham- und Verdrängungskarriere“ begonnen, die bis heute andauere. Es sei dem Beschwerdeführer nicht gelungen, eine berufliche Ausbildung abzuschliessen. Nach einem Autounfall im Jahr 2000 sei er nicht mehr zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit in der Lage gewesen. Seither leide er unter Schmerzen, sei oft depressiv und seit Jahren vom Sozialamt abhängig. Das Budget sei sehr eng bemessen, was für den Beschwerdeführer demütigend und entwürdigend sei. Er sei mehr als 150 kg schwer gewesen und habe in der Zwischenzeit nach einer Magenoperation auf 110 kg abgenommen. Der Beschwerdeführer sei geschieden und lebe mit seinen zwei Söhnen zusammen. Er sei als Hausmann tätig und leide darunter, keinen Beruf erlernt zu haben und auszuüben. Er schäme sich für seine Situation und trete immer so auf, als ob er tüchtig wäre. Gleichzeitig gelinge es ihm nicht, mit der zur Verfügung stehenden Zeit etwas Vernünftiges zu unternehmen und sich zum Beispiel weiterzubilden. Er lebe zurückgezogen, müsse der Aussenwelt immer etwas vormachen und setze dazu wie eine Maske auf, was er über all die Jahre vorzüglich eingeübt habe. Die Scham- und Verdrängungsproblematik durchziehe sein Leben wie ein roter Faden und begleite ihn seit der Jugend. Es bestehe eine Tendenz zu ängstlich-paranoider Verarbeitung von Belastungssituationen und eine latente Suizidalität.

E. 3.3

mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulant und stationär) 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). 5.5

Der Beschwerdeführer befindet sich zwar in dauerhafter ambulanter psychiatrischer Behandlung und er hat sich im Rahmen der ihm von der Beschwerdegegnerin auferlegten Schadenminderungspflicht auch teilstationär behandeln lassen. Eine stationäre Behandlung ist bis anhin aber nicht durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer hat sodann mehrere Medikamente eingenommen, welche aber wegen den Nebenwirkungen wieder abgesetzt worden sind. Das zuletzt eingenommene Valdoxan hat er selbstständig abgesetzt, weil er keine wesentlichen Verbesserungen seines seelischen Zustands sehen konnte, wobei er aber gemäss seinen Angaben immerhin nach Einnahme des Medikaments besser schlafen konnte (Urk. 7/143/4). Insgesamt kann damit nicht von einer optimalen und nachhaltigen Ausschöpfung der therapeutischen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten

gesprochen werden. 5.6

Hinzu kommt, dass die Annahme einer invalidisierenden Wirkung der beim Beschwerdeführer bestehenden rezidivierenden depressiven Störung auch bedingt, dass es

sich dabei um ein selbständiges, von allfälligen psychosozialen Belastungsfaktoren losgelöstes depressives Leiden handelt (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.2 mit Hinweisen; und 9C_140/2014 vom 7. Januar 2015 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3 unter Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 5a).

Gemäss Aktenlage spielen vorliegend psychosoziale Belastungsfaktoren eine massgebliche Rolle. Der Beschwerdeführer brach seine Lehre als Hochbauzeichner ab und konnte in der Folge auch keine andere Berufsausbildung absolvieren. Seine berufliche Karriere entsprach in keiner Phase seinen eigenen hohen Erwartungen und vor allem auch nicht jener seiner Eltern. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer mangels Ausbildung und Erfahrung keinen seiner Vorstellungen entsprechenden Beruf ausüben kann, ist denn auch mitursächlich dafür, dass ein niederschwelliger Einstieg in den Arbeitsmarkt nicht möglich scheint. Ebenso wurde die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit durch den Umstand erschwert, dass der Beschwerdeführer allein erziehender Vater zweier Kinder war. Schliesslich leidet der Beschwerdeführer auch unter seiner schlechten finanziellen Situation. Die Abhängigkeit vom Sozialamt empfindet er als demütigend und beschämend. Der Beschwerdeführer ist in seinem Alltag in wesentlichem Mass dadurch eingeschränkt, dass ihm nur beschränkte finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, was ihn frustriert und beschämt. 5.7

Schliesslich ergibt sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer über Ressourcen verfügt, welche es als zumutbar erscheinen lassen, seine psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen zu überwinden und einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. So bekam er trotz seiner gesundheitlichen Probleme im Scheidungsverfahren die alleinige elterliche Sorge über seine beiden Söhne zugesprochen (Urk. 7/89) und er war offenbar in der Lage für diese zu sorgen und sie zu erziehen. Dass der Beschwerdeführer seine Aufgaben als allein erziehender Vater erfüllt hat, spricht für ein nicht unerhebliches Funktionsniveau (Urk. 7/113/29). Das Verhältnis zu seinen Söhnen ist gut. Es ist dem Beschwerdeführer sodann nach der ihm zusetzenden Trennung von seiner langjährigen Partnerin gelungen, wieder eine neue Freundin zu finden (Urk. 7/143/3). Im Weiteren hat der Beschwerdeführer auch regelmässigen Kontakt zu seiner in unmittelbarer Nähe wohnenden Schwester. Kontakte ausserhalb der Familie finden zwar eher selten statt, es ist aber ein Freundes- und Bekanntenkreis vorhanden (Urk. 7/113/15). Ein ausgeprägter sozialer Rückzug liegt nicht vor. Es war dem Beschwerdeführer während all den Jahren auch möglich, nach aussen als gut funktionierender Mann und Vater zu wirken. Selbst vor seinen Söhnen hielt er seine Abhängigkeit von der Sozialhilfe verborgen (Urk. 7/102/9). 5.8

Die gutachterlich diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, unvollständig remittiert, ist daher aus rechtlicher Sicht nicht als invalidisierend zu betrachten. Es ergibt sich damit, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 19. Mai 2005 nicht in anspruchsvoller Weise verschlechtert hat. 5.9

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

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen 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 HurstBrügger

E. 3.4

Gemäss dem Bericht der E.____ AG vom 19. Juni 2014 (Urk. 7/128) bestehen beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, mit Tendenz zur paranoiden Verarbeitung (ICD-10 F33.11), Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) mit Einschränkung von Aktivitäten durch körperliche Behinderung, mit sozialem Rollenkonflikt und narzisstischer Akzentuierung (Differentialdiagnose: Narzisstische Persönlichkeitsstörung), eine ängstlich-hypochondrische Entwicklung mit Angst vor Kontrollverlust (Differentialdiagnose: generalisierte Angststörung) , ein paravertebrales Schmerzsyndrom (ohne Hinweise für psychosomatische Beschwerden) sowie ein Status nach Opiat- und Benzodiazepinabhängigkeit , aktuell sporadische Einnahme bei Bedarf (Opiate bei Schmerzen, Temesta bei ausgeprägter Angst). Neben der ausgeprägten Schmerzsymptomatik stehe sicherlich die narzisstische Persönlichkeitsstörung einer Arbeitsintegration deutlich im Weg. Neben der Externalisierungstendenz wirke der Beschwerdeführer gefangen in seiner Welt, scheine den eigenen Anteil und seine eigenen Möglichkeiten wenig wahrzunehmen und könne alternative Ideen und Angebote kaum aufnehmen. Die Schmerzsymptomatik sei zudem stark chronifiziert . Betreffend die psychiatrische Symptomatik sei von einer lediglich geringen Verbesserung auszugehen, weswegen die Prognose eher ungünstig sei. Es bestehe eine grosse Diskrepanz zwischen dem, was der Beschwerdeführer gerne machen würde und dem, was körperlich und kognitiv machbar sei. Zudem erschwere die narzisstische Komponente erreichbare Zwischen schritte oder Zwischenziele. Die Arbeitsfähigkeit sei für mindestens 70 bis 80 %

für den ersten Arbeitsmarkt nicht gegeben, jedoch wäre es sinnvoll, den Beschwerdeführer dahingehend zu unterstützen, dass er direkt am ersten Arbeitsmarkt wieder mit 20 bis 30 % einsteigen könnte. Ein

Arbeitsbelastungstraining wäre rein theoretisch sehr sinnvoll, es bestünde jedoch beim Beschwerdeführer vermehrt Hinweise, dass er dies aufgrund von Schamgefühlen und Stolz nicht annehmen könnte.

E. 3.5

Dr. med. G.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin hielt in der Stellungnahme vom 25. Juni 2014 (Urk. 7/134/7) fest, eine komplette Abstinenz werde nicht ausgewiesen, sondern eine sporadische Einnahme bei Bedarf (Opiate bei Schmerzen, Temesta bei ausgeprägter Angst) dargelegt. Es sei unklar, in welchem Umfang der Beschwerdeführer weiterhin suchterzeugende Substanzen einnehme. Eine psychiatrische Medikation habe er hingegen abgelehnt. Aus medizinischer Sicht habe der Beschwerdeführer die ihm auferlegten Massnahmen zur Erfüllung seiner Schadenminderungspflicht nicht erfüllt. Es fehle an der Optimierung der Pharmakotherapie und an einer dokumentierten Abstinenz von suchterzeugenden und anderen nicht angezeigten Substanzen. Es sei weiterhin zumindest von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in körperlich angepassten Tätigkeiten analog Gutachten auszu gehen, die medizinischen Massnahmen, welche zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit hätten führen können, seien in wesentlichen Punkten nicht umgesetzt worden. Nach Behandlung sei gemäss psychiatrischem Gutachter der MEDAS D.____ eine höhere als eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % in körperlich angepasster Tätigkeit nicht zu erwarten. Die aktuelle Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von nur 20 bis 30 % entspreche einer anderen Einschätzung des gleichen Sachverhalts verglichen mit der MEDAS D.____.

E. 3.6

Dr. C.____ führte in seinem Bericht vom 12. Juni 2015 (Urk. 7/143/3-8) aus, die im Gutachten vom 22. Januar 2013 und von der Tagesklinik von März bis Mai 2014 festgestellte Problematik in der Lebensbewältigung, insbesondere im sozialen Bereich bestehe weiterhin und beeinträchtige die Lebensqualität. Der Beschwerdeführer leide unter den extrem hohen Anforderungen, die seine Eltern an ihn gestellt hätten, welche er nicht erfüllen könne. Die Scham sei derart tief, dass er mit niemandem über die reale Situation reden könne. Er habe im Leben nicht reüssiert und sei vom Sozialamt abhängig, was er als aussergewöhnlich demütigend erlebe. Der Beschwerdeführer lebe sehr zurückgezogen und gehe nur selten aus der Wohnung. Der Tagesablauf bestehe in der Beschäftigung mit dem Internet und virtuellen Vorstellungen. Der Beschwerdeführer leide weiterhin unter verminderter Libido, Traurigkeit, Ohnmachtsgefühlen, einem narzisstischen Charakterzug mit entsprechender Kränkungsbereitschaft, Tendenz zu ausgeprägtem Misstrauen und zeitweiser paranoider Verarbeitung von Belastungssituationen, Existenz- und Zukunftsängsten und wiederholten Sinnloskeitsgedanken. Er sei vermindert frustrationstolerant und konfliktfähig. Auch die mehrwöchige Behandlung in der Tagesklinik habe keine wesentliche Veränderung des Zustandes erbracht. Der Beschwerdeführer habe das Antidepressivum Valdoxan über mehrere Wochen eingenommen. Weil sich die erhoffte Wirkung eines wesentlich verbesserten Antriebs und der Lustfähigkeit trotz leicht verbessertem Schlaf auch bei Verdoppelung der Dosis nicht eingestellt habe, habe er es wieder abgesetzt. Er nehme gelegentlich Temesta und

Schmerzmedikamente. Der Beschwerdeführer sei aus ärztlich-psychiatrischer Sicht in der freien Wirtschaft nach wie vor zu 80-100 % arbeitsunfähig. Die Restarbeitsfähigkeit sei nicht verwertbar. Die aktuelle psychotherapeutische Behandlung habe zum Zweck, eine Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes mit der Gefahr einer Suizidhandlung zu verhindern. Die Prognose sei infaust.

E. 3.7.1

Am 7. September 2015 (Urk. 7/149/3-4) nahm RAD-Ärztin Dr. G.____ erneut Stellung. Es sei weiter nicht nachzuvollziehen, ob die Medikamente abhängigkeit

tatsächlich habe sistiert werden können, denn entsprechende Laborberichte lägen nicht vor. Eine ungünstige Verlaufsentwicklung und Chronifizierung sei möglich, jedoch schienen die medizinischen Massnahmen nicht umfassend ausgeschöpft zu sein. Es seien weder eine Abstinenz noch Behandlungsversuche der Depression mit verschiedenen Psychopharmaka dokumentiert. Es müsse daher angenommen werden, dass nicht alle Behandlungsoptionen mit genügender Konsequenz umgesetzt worden seien. Es müsse allenfalls eine erneute polydisziplinäre Begutachtung in Erwägung gezogen werden, zunächst sei vom Beschwerdeführer aber eine stationäre psychiatrische Behandlung zur Optimierung der psychopharmakologischen Behandlung und eine dokumentierte Abstinenz von suchterzeugenden Substanzen zu verlangen. Die ambulante Behandlung habe keine Besserung gebracht und der psychiatrische Gutachter der MEDAS D.____ empfehle eine stationäre Behandlung.

E. 3.7.2

Am 13. September 2015 (Urk. 7/149/5) führte Dr. G.____ aus, es müsse daran festgehalten werden, dass eine stationäre psychotherapeutische Behandlung notwendig sei. Auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer allein erziehen der Vater sei, sei bisher Rücksicht genommen worden, die Ziele hätten aber mit der tagesklinischen Behandlung nicht erreicht werden können. Da die Kinder nun bald 20 und 17 ½ Jahre alt seien, scheine es nicht plausibel, dass dem Beschwerdeführer keine Abwesenheit möglich sei. Während der tagesklinischen Behandlung habe der Beschwerdeführer eine psychiatrische Medikation abgelehnt. Es sei lediglich Valdoxan versucht worden, was nicht einer leitliniengerechten Behandlung entspreche. 4.

E. 4

Es sei ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“

Die Beschwerdegegnerin ersuchte am 26. August 2016 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 29. August 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 8). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Der Beschwerdeführer macht zur Begründung seiner Beschwerde geltend, indem er sich vom 17. März bis zum 9. Mai 2014 bei der E.____ AG teilstationär und in der Folge bei Dr. C.____

ambulant behandeln lassen, sich einer Therapie mit Antidepressiva (insbesondere Valdoxan) unterzogen und sich von der Medikamentenabhängigkeit befreit habe, habe er

die ihm auferlegte Schadenminderungspflicht vollumfänglich erfüllt. Es könne ihm nicht vorgehalten werden, dass sich trotz pflichtgemässer Behandlung kein Heilerfolg eingestellt habe. Es seien ausserdem die behandelnden Ärzte, welche die erforderliche Behandlung bestimmten und es ginge zu weit, wenn vom Beschwerdeführer verlangt würde, eine Behandlung als falsch zu erkennen und von sich aus Korrekturen anzubringen. Die Vorwürfe der Beschwerdegegnerin, der Leidensdruck sei nicht gross, es liege ein Vermeidungsverhalten vor und bei der Tagesstrukturierung sei keine Einschränkung ersichtlich, seien klar aktenwidrig. Nur weil die Gutachter eine Aggravation nicht ausgeschlossen hätten, könne nun auch nicht ohne weiteres auf eine solche geschlossen werden. Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, dass der Beschwerdeführer keinen Suchtmittelentzug durchgeföhrt habe, sei aktenwidrig, ergebe sich doch aus den vorhandenen Berichten sehr wohl, dass keine Medikamentenabhängigkeit mehr bestehe. Schliesslich könne dem Beschwerdeführer auch nicht zum Vorwurf gemacht werden, er habe Antidepressiva nicht in genügendem Umfang eingenommen. Die Beschwerdegegnerin

habe ihm diesbezüglich keine konkreten Auflagen gemacht, sondern die Medikation den behandelnden Ärzten überlassen. Es müsse sodann berücksichtigt werden, dass beim Beschwerdeführer eine Persönlichkeitsstörung vorliege und sich vor diesem Hintergrund die Pharmakotherapie gar nicht als zumutbar erweise. Zusammenfassend habe der Beschwerdeführer die ihm auferlegte Schadenminderungspflicht vollumfänglich erfüllt. Abgesehen davon sei er von der Beschwerdegegnerin nicht genügend auf die Folgen einer allfälligen Nichterfüllung der Schadenminderungspflicht hingewiesen worden. Selbst bei einer Verletzung der Schadenminderungspflicht könne schliesslich der Leistungsanspruch nicht ohne weiteres abgewiesen werden, sondern es sei das Verhältnismässigkeitsprinzip zu beachten. Im Falle des Beschwerdeführers würde sich selbst eine Kürzung der Leistungen nicht als verhältnismässig erweisen (Urk. 1).

E. 4.2

Demgegenüber führt die Beschwerdegegnerin zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus, die Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Verkäufer/ Aussendienstmitarbeiter aus somatischer Sicht nicht mehr zumutbar sei. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm hingegen zu 100 % zumutbar. Der somatische Gesundheitszustand sei seit 2004 unverändert. Eine körperlich leichte Tätigkeit in Wechselhaltung mit Wechselbelastung sei dem Beschwerdeführer weiterhin uneingeschränkt zumutbar. Der psychische Gesundheitszustand habe sich trotz regelmässiger psychiatrischer Behandlung nicht verändert. Der Beschwerdeführer gebe zwar an, einen Suchtmittelentzug durchgeföhrt zu haben, es lägen dazu aber keinerlei Unterlagen vor, eben so wenig über die Einnahme des Medikaments Valdoxan, welches der Beschwerdeführer selbständig abgesetzt habe. Nach wie vor finde keine adäquate Behandlung statt. Der Leidensdruck sei nicht gross, es liege ein Vermeidungsverhalten vor und auch bei der Tagesstruktur sei keine Einschränkung ersichtlich. Es bestehe eine Aggravationstendenz. Die psychischen Beschwerden seien behandelbar und die Arbeitsfähigkeit nicht dauerhaft eingeschränkt. Der Beschwerdeführer verfüge über die notwendigen Ressourcen, um die Krankheit zu überwinden. Aus psychiatrischer Sicht sei kein IV-relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen. Es sei dem Beschwerdeführer zumutbar, einer behinderungsangepassten Tätigkeit in vollem Umfang nachzugehen (Urk. 2). 5. 5.1.

Im vorliegenden Verfahren zu prüfen ist die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitraum zwischen dem Einspruch vom 19. Mai 2005 (Urk. 7/82), mit welchem die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneint hat und der angefochtenen Verfügung vom 2. Juni 2016 (Urk. 2) in anspruchrelevanter Weise verschlechtert hat. 5.2

Das Gutachten der MEDAS D.____ GmbH vom 22. Januar 2013 (Urk. 7/113) erfüllt die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (E. 1.4). Es beruht auf eigenständigen Untersuchungen in den Fachgebieten Rheumatologie sowie Psychiatrie und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben. Die am Gutachten beteiligten Fachärzte erhoben jeweils eine ausführliche Anamnese, gingen in ihren Beurteilungen auf die Beschwerden des Beschwerdeführers ein und setzten sich insbesondere mit früheren Einschätzungen auseinander.

Auch bei – nicht von der Rechtsprechung des Bundesgerichtes zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Störungen (BGE 130 V 352 [bisherige Rechtsprechung], BGE 141 V 281 [am 3. Juni 2015 geänderte Rechtsprechung]) erfassten – Depressionen und Persönlichkeitsstörungen, ist es keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Fall gutachtlich befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Dies unter anderem deshalb, weil die Arbeitsunfähigkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes (Art. 6 ATSG) ist, dessen praktische Handhabung im Einzelfall der rechtsanwendenden Stelle obliegt, welche den durch Gesetz und Rechtsprechung gezogenen normativen Rahmen zu berücksichtigen hat (BGE 140 V 193 E. 3.1; vgl. E. 1.7). Aufgrund der in diesem Leitscheid näher umschriebenen tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung, unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden, Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht zuständig sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE

140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen dabei die medizinischen Angaben frei, insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), und ob die versicherungsmedicinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Die Ärzte und die Organe

der Rechtsanwendung prüfen demnach die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_901/2015 vom 8. Juli 2016 E. 3.1).

Ob die vorliegend zur Diskussion stehenden Diagnosen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellen, ist eine Rechtsfrage. Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verliere (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 8C_283/2015 vom 24. Juni 2015 E. 2 mit Hinweis). 5.3

Aus somatischer Sicht sind dem Beschwerdeführer Tätigkeiten ohne schweres und mittelschweres Heben und Tragen vollumfänglich zumutbar. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers durch die im Jahre 2006 vorgenommene Magen-Bypass-Operation und die damit verbundene Gewichtsreduktion seit 2005 tendenziell eher verbessert hat. Eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit dem 19. Mai 2005 ist nicht eingetreten. 5.4

Betreffend die von den Ärzten der MEDAS D.____ gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung

gilt es zu beachten, dass es sich bei depressiven Episoden definitionsgemäss um vorübergehende Leiden handelt, welchen es grundsätzlich an einem Krankheitscharakter fehlt. Daran ändert auch nichts, wenn sie vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_176/2011 vom 29. Juni 2011 E. 4.3).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen sodann 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).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und

Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

In Bezug auf mögliche psychische Komorbiditäten verliert eine depressive Problematik nicht bereits wegen einer medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden ihre Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Bei Störungen im mittelgradigen Bereich ist indes die invalidisierende Wirkung – weiterhin – besonders sorgfältig zu prüfen. Es darf nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken und wäre damit eine relevante Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 mit Hinweis und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2). Auch nach der Praxisänderung vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) gelten psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1). An der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom 20.

Februar 2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E.

4.3.2.1, 9C_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C_736/2011 vom 7.

Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013) hat BGE 141 V 281 nichts geändert (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis).

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.

E. 10

Vorbefundlich : Schlafapnoesyndrom, G47.3; Erstdiagnose 2003

Der Beschwerdeführer besitze einen normalen Schulabschluss, habe aber eine Bauzeichnerlehre abgebrochen. Nach eigener Schilderung hätte er in der Kinder- und Jugendzeit mit Übergewicht zu kämpfen gehabt, sei von seinen Eltern nicht unterstützt worden und sei in eine Aussenseiterrolle geraten. Seine Erwerbsbiografie sei sehr wechselhaft, meistens sei er im Dienstleistungs- und Verkaufsbereich tätig gewesen, wo er nach seiner Schilderung durchaus erfolgreich gewesen sei.

Auf der psychischen Ebene wirke die depressive Störung in Form reduzierter Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, reduzierte Durchhaltefähigkeit, Einschränkung des allgemeinen Aktivitätsniveaus durch Antriebsstörung und soziale Unsicherheit beeinträchtigend. Im Arbeitsleben resultierten bei jeder Art von Tätigkeit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Auf der somatischen Ebene wirkten sich die Wirbelsäulenveränderungen auf die körperliche Belastbarkeit beeinträchtigend aus. Bezogen auf die frühere Tätigkeit des Beschwerdeführers kämen Arbeiten mit mittelschwerem und schwerem Heben und Tragen nicht mehr in Frage, die letzte Tätigkeit wäre nur noch eingeschränkt zumutbar. Die vom Beschwerdeführer somatisch attribuierten chronischen Schmerzen führten zu einer verminderten Belastungstoleranz und subjektiven Leistungsinsuffizienz bei jeder Art von Tätigkeit. Die Schmerzsymptomatik sei aufgrund der psychiatrischen Komorbiditäten

vom Beschwerdeführer nicht vollständig mit Willensanstrengung zu überwinden. Im sozialen Bereich bestünden aufgrund der unvollständig remittierten depressiven Episode, der chronischen Schmerzstörung und des Medikamentenmissbrauchs bzw. der Medikamentenabhängigkeit, Einschränkungen durch Passivität, Rückzugsverhalten und soziale Ängste. Diese Beeinträchtigungen seien durch eine adäquate Therapie weitgehend abzubauen. Schweres und mittelschweres Heben und Tragen seien überfordernd und führten zur Beschwerdeexazerbation und zu Arbeitsausfällen. Die letzte Tätigkeit sei daher nicht mehr behinderungsangepasst. Die bemessene Arbeitsunfähigkeit begründe sich ausschliesslich durch ein physisches und ein psychisches Leiden mit Krankheitswert. Die bisherige Tätigkeit sei nur noch zu rund 2

½

Stunden pro Tag zumutbar, bei längerer Präsenz ergebe sich eine Leistungsminderung auf 50 % aufgrund reduzierten Arbeitstempos, vermehrten Pausen und erforderlichen Hilfestellungen. Körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten in Wechselhaltung mit Wechselbelastung und Gewichtslimite für Lasten heben und tragen von 10 kg seien dem Beschwerdeführer noch zumutbar, aus psychiatrischen Gründen aber lediglich zu einem Pensum von 50 % bzw. 4 bis 4 ½ Stunden pro Tag. Bei quantitativer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe keine zusätzliche verminderte Leistungsfähigkeit. Es bestünden Therapieoptionen für eine Besserung des psychischen Gesundheitszustandes in Form einer zunächst vollstationären psychiatrischen Behandlung mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Massnahmen, verbalen und non-verbalen Interventionen, Pharmakotherapie, kritischer, leitliniengerechter Abhängigkeit. Aktuell resultiere aus den psychopathologischen Befunden eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für jede Art von Tätigkeit bei nicht ausgeschöpften Therapieoptionen. Die muskuloskelettalen Befunde begründeten eine geringe Restarbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit mit geringer Leistungsminderung für angepasste Tätigkeiten, entsprechend der MEDAS-Beurteilung anlässlich der Begutachtung 2004. Demnach habe es seit 2004 und dem heutigen Zeitpunkt eine

Verschlechterung in psychischer Hinsicht gegeben , bei unverändertem oder weiter chronifiziertem Schmerzproblem. Somatisch könne eine Verbesserung des Gesundheitszustandes durch die deutliche Gewichtsreduktion nach Magenbypass-Operation konstatiert werden, die sich aber nicht in einer Besserung der Schmerzproblematik oder des psychischen Gesundheitszustandes ausgewirkt habe. Die jetzige Beurteilung gelte ab dem Begutachtungszeitpunkt am 15. November 2012.

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