

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01254 vom 15. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01254

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01254 du 15 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01254 del 15 marzo 2018

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 herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

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 rechts anwendende 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.).

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte betreffen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

E. 1.5

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 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003).

E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 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). 2.

Zeitliche Vergleichsbasis (vgl. E. 1. 5) bildet die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. September 2011 (Urk. 10/143). Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich nahm mit Urteil vom 10. April 2012 zwar eine reformatio in peius vor, was aber nichts daran ändert, dass für die Prüfung des Sachverhaltes der 15. September 2011 massgebend war (vgl. Urk. 10/169/19). Das Sozialversicherungsgericht stützte das Urteil vom 10. April 2012 auf folgende medizinischen Berichte (vgl. Urk. 10/169/6-17):

E. 2

Eventualiter sei die Sache an die IV zurückzuweisen, mit dem Auftrag, ein weiteres interdisziplinäres Gutachten nach den bundesgerichtlichen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 bei einer neuen MEDAS anzuordnen.

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.”

Die Beschwerdegegnerin ersuchte am 21. Dezember 2016 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Beschwerdeführer am 22. Dezember 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 11).

E. 2.1.1

Das vom K.____ (K.____) am 10. Juli 2006 erstattete polydisziplinäre Gutachten (Urk. 10/28/24-50) stützte sich auf die von der Suva zur Verfügung gestellten Akten, die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 13. Dezember 2005 erhobenen Aussagen und Befunde sowie auf die Beschlüsse gemäss multidisziplinärem Konsens. Gegenüber dem internistischen Teilgutachter Dr. med. L.____ erklärte der

Beschwerdeführer, dass es ihm ganz schlecht gehe. Nichts funktioniere mehr (Urk. 15/28/30). Während des Tages tue er nichts; auch im Haushalt mache er nichts, da er dort nur stören würde. Spa zieren würde er nur selten, weil es ihm dabei schwindlig werde. Er selber fahre nur noch selten Auto, beispielsweise für gewisse Einkäufe zusammen mit der Ehefrau. Das Meiste übernehme jedoch sein Bruder, der ihn täglich besuche. Der Arzt erhob einen unauffälligen internistischen Status (Urk. 10/28/9-10).

E. 2.1.2

Den Ausführungen des neurologischen und neuropsychologischen Teilgutachters Dr. med. M.____ zufolge litt der Beschwerdeführer unter permanenten Schmerzen im Bereich des Nackens und der Schulterregion. Die Schmerzen seien Tag und Nacht vorhanden, es gebe kaum Schwankungen. Wenn er den Kopf bewege, träten blitzartige Schmerzen von den Schultern gegen den Nacken auf, weshalb er dann jeweils schwarz und Sterne sehe. Im Weiteren habe er schmerzabhängige Gleichgewichtsstörungen und sei vergesslich (Urk. 10/28/34). Vor dem Unfall habe er nie an irgendwelchen Schmerzen gelitten und sei immer voll arbeitsfähig gewesen (Urk. 10/28/35). Dr. M.____ erhob einen unauffälligen Allgemeinzustand und beschrieb den Beschwerdeführer als leidend und klagend wirkend, welcher eine klare Verdichtungstenzenz bis Aggravation seiner Beschwerden zeige (Urk. 10/28/36). Im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) sowie etwas weniger stark auch im oberen Bereich der Brustwirbelsäule (BWS) und paravertebral beidseits hätten sich mässige Druckdolenzen ergeben. Der Muskeltonus habe sich links leicht bis mässig, rechts als leicht gesteigert präsentiert. Die Schmerzempfindlichkeit im Bereich des Nackens sei sehr diffus. Eigentliche Myogelosen oder Triggerpunkte hätten sich nicht gezeigt (Urk. 10/28/37). Der Arzt merkte an, dass er - kontrastierend zum Untersuchungsbefund - den Beschwerdeführer nach Verlassen der Klinik mit recht freien und flüssigen Kopfbewegungen am Strassenrand haben gesehen. Ebenso habe er beobachten können, wie der Beschwerdeführer mit unauffällig geschmeidigen Bewegungen des Rückens und insbesondere des Halses ins Auto gestiegen sei (Urk. 10/28/38). Betreffend die neurologische Beurteilung notierte Dr. M.____, dass keine auffallenden kognitiven Defizite zu erkennen gewesen seien, dass die Beurteilung jedoch bei sprachlicher Limitierung des Beschwerdeführers schwierig gewesen sei (Urk. 10/28/39). Eine umfassende neuropsychologische Untersuchung habe nicht stattgefunden, da sehr erhebliche Zweifel an der Kooperationsbereitschaft bestanden hätten, so dass sich daraus kein aussagekräftiger Befund hätte erheben lassen. In somatischer Hinsicht hätten sich Hinweise auf leichte, wahrscheinlich zervikogen verursachte Gleichgewichtsstörungen ohne Hinweise auf eine zentrale Genese ergeben. Die Schmerzempfindlichkeit sei sehr diffus und grossflächig. Die HWS-Funktionen während der Untersuchung seien massiv eingeschränkt gewesen, währenddem sich der Beschwerdeführer ausserhalb der Praxis viel besser bewegen können. In diagnostischer Hinsicht sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer am 8. April 2003 eine HWS-Distorsion erlitten habe. Die danach aufgetretenen Schmerzen seien in diesem Rahmen erklärbar. Nicht erklärbar sei indes der weitere Verlauf, wäre doch eine langsame Linderung der Beschwerden zu erwarten gewesen. Wiederholt seien denn auch Zweifel an der Kooperationsfähigkeit und Verdachtsmomente für eine Aggravation geäussert worden, was durch die Tatsache unterstützt werde, dass der Beschwerdeführer nicht einmal auf Morphium angesprochen habe, was aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten gewesen wäre. Insgesamt liege ein etwas linksbetontes, leicht bis mässig ausgeprägtes Zervikalsyndrom vor. Zudem sei von einer schmerzbedingten Funktionseinschränkung auszugehen, jedoch nicht in dem

Ausmass, wie die Prüfungen während der Untersuchung ausgefallen seien. Die gemessenen Werte seien denn als Ausdruck einer klaren Verdeutlichungstendenz oder Aggravation zu sehen. Eine derartige Verschlechterung der HWS-Funktionen, wie sie der Beschwerdeführer geltend mache, sei weder plausibel noch begründet (Urk. 10/28/40).

E. 2.1.3

Dem psychiatrischen Teilgutachter Dr. med. N.____ präsentierte sich ein altersentsprechend aussehender Beschwerdeführer, welcher sich mit langsamen, schleppenden Schritten bewegt und leise gesprochen habe. Gestik und Mimik hätten sich als unauffällig erwiesen. Die Schilderung der körperlichen Beschwerden sei sehr diffus gewesen, die Stimmung bedrückt und leicht depressiv. Gemäss Einschätzung des Psychiaters war der Beschwerdeführer allseits orientiert, bewusstseinsklar, mit formal und inhaltlich unauffälligem Denken. Wahnhafte Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-täuschungen hätten nicht erhoben werden können. Nach Einschätzung von Dr. N.____ war die Entwicklung der körperlichen Symptome auf psychische Gründe zurückzuführen. Der Beschwerdeführer sei auf seine Beschwerden fixiert und fühle sich überhaupt nicht im Stande, irgendeine körperliche Tätigkeit zu verrichten (Urk. 10/28/42). Er sei in leichtem bis mittlerem Masse depressiv, und es bestehe ein sozialer Rückzug. Die Prognose sei ungünstig. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung werde es kaum möglich sein, den Beschwerdeführer wieder in die Berufswelt zu integrieren. Dr. N.____ führte aus, die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht um 20 % reduziert. Wie schon aus vorhergehenden Untersuchungen berichtet, habe sich der Beschwerdeführer auch bei der vorliegenden Untersuchung wenig kooperativ gezeigt und seine Symptome in histrionischer Art und Weise dargelegt, so dass deren Einordnung und Bewertung schwierig sei. Eine Erhöhung der Antidepressiva könne einen günstigen Einfluss auf die depressive Verstimmung haben. Abschliessend berichtete Dr. N.____, die subjektive Überzeugung des Beschwerdeführers, nicht mehr arbeiten zu können, habe durch die psychiatrischen Befunde nicht objektiviert werden können. Ausser der leichten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die depressive Verstimmung könne aus psychiatrischer Sicht keine weitere Einschränkung attestiert werden. Mittels psychiatrischer Therapie sei die subjektive Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, kaum beeinflussbar (Urk. 10/28/43).

E. 2.1.4

Zusammengefasst stellten die Experten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: leicht bis mässig ausgeprägtes, linksbetontes Zervikalsyndrom (ICD-10: M53.0) bei Status nach HWS-Distorsion mit Kontusion von Thorax und linkem Oberschenkel, wobei eine Hirnbeteiligung retrospektiv nicht sicher nachweisbar sei, sowie leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0, 32.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) mit ausgeprägtem aggraviorischem Verhalten in sämtlichen Untersuchungen, einbeginnen des metabolischen Syndrom sowie rezidivierende gastrische Beschwerden (Urk. 15/28/43-44). Die Ärzte führten aus, mit Blick auf die gesamten Umstände sei eine körperlich leichte bis wohl gelegentlich mittelschwere, adaptierte Tätigkeit ganztags zumutbar. Die geringen Leistungseinbussen aus psychiatrischer und neurologischer Sicht ergänzten sich und seien nicht zu addieren. Dementsprechend bestehe eine Leistungseinschränkung von 30 %. Insbesondere die letzte, ab März 2003 ausgeübte Tätigkeit, sei weiterhin ganztägig zumutbar mit einer Leistungseinbusse von maximal 30 %

(Urk. 10/28/45-46).

E. 2.1.5

Stellung nehmend zu den früheren ärztlichen Beurteilungen erklärten die Gutachter, nach wie vor gelte die gleiche Einschätzung. Nun bestehe aber eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit der Option zur weiteren Steigerung. Ansonsten sei festzuhalten, dass in sämtlichen somatischen Untersuchungen eine ausgesprochen schlechte Kooperation und sehr wenige bis gar keine Befunde festzustellen gewesen seien. Dass die behandelnden Ärzte eine Arbeitsunfähigkeit attestiert hätten, sei verständlich, sei der Beschwerdeführer mit seinem Gebaren doch keinem Arbeitgeber zumutbar. Insbesondere aus psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer die Willensanstrengung zumutbar, trotz den subjektiv angegebenen Beschwerden einer somatisch grosszügig adaptierten Tätigkeit, erst noch unter Berücksichtigung einer Leistungseinbusse, nachzugehen. Was allfällige weitere medizinische Massnahmen betreffe, sei - so lange sich der Beschwerdeführer derartig unkooperativ und aggravatorisch verhalte - von solchen nur ein geringer Erfolg zu erwarten (Urk. 10/28/46).

E. 2.2

Nach dem März 2008 waren im Zeitpunkt des Urteils vom 10. April 2012 folgende ärztliche Berichte aktenkundig:

E. 2.2.1

Mit Arztzeugnis vom 28. Januar 2009 (Urk. 10/62) attestierte Dr. med. C. ____, Hausärztin des Beschwerdeführers seit 31. August 2004, eine weiterhin bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Am 23. März 2009 (Urk. 10/73) diagnostizierte sie als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom, eine HWS-Distorsion (08.04.2003), eine Chronifizierung, multifaktoriell sowie viele HNO-Probleme. Der Beschwerdeführer leide unter Hals/Kopfbeschwerden jeglicher Art und sei auf alle Massnahmen resistent. Die Prognose sei mit Blick auf den Verlauf schlecht. Seit dem Unfallereignis bestehe eine völlige Arbeitsunfähigkeit.

E. 2.2.2

Nachdem Dr. med. D. ____, Facharzt FMH für Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen, am 29. Januar 2009 (Urk. 10/62/3) von einer objektivierbaren Hörstörung, welche dem Unfallereignis vom 8. April 2003 zuzuschreiben sei, berichtet hatte, hielt Suva-Mediziner Dr. med. O. ____, Facharzt FMH für Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen, Hals- und Gesichtschirurgie, Allergologie, klinische Immunologie und Arbeitsmedizin, am 10. März 2009 (Urk. 10/72/4-5) dafür, ein kausaler Zusammenhang zum genannten Unfallereignis bestehe nicht. Einerseits sei die Schädigung des Gehörs bereits zuvor bekannt gewesen, und andererseits habe Dr. D. ____, am 17. September 2007 eine wesentliche Besserung festgestellt, so dass der Vorzustand vom 28. August 2002 praktisch wieder erreicht gewesen sei. Mithin sei die leichte Zunahme der Gehörsverschlechterung auf die physiologische Alterung des Gehörs sowie auf die berufliche Exposition gegenüber partiell gehörgefährdendem Lärm am Arbeitsplatz zurückzuführen.

Mit Schreiben vom 14. Juli 2009 (Urk. 10/85) bestätigte die Suva die Kostenübernahme für eine apparative Hörgeräteversorgung des Beschwerdeführers.

E. 2.2.3

Die behandelnde Psychiaterin Dr. E. ___ berichtete am 11. April 2009 (Urk. 10/71/3-4), sie könne keine Fragen in Bezug auf das Revisionsverfahren beantworten, da der Beschwerdeführer einerseits die (deutsche) Sprache nicht beherrsche, andererseits sehr vergeschlossen sei und immer nur monoton „ganz schlimm, so viele Schmerzen, Leben nicht schön, kann gar nichts mehr machen“ wiederhole. Der Beschwerdeführer sei ihr durch seine Hausärztin wegen akuter Suizidalität überwiesen worden. Sie selber habe aber den Verdacht, dass es hauptsächlich darum gegangen sei, ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis zu erwirken, damit der Beschwerdeführer zu einer Rente komme und von der Prämienzahlung der beruflichen Vorsorge befreit werde. Der Beschwerdeführer trete sehr bestimmt auf, wenn er etwas wolle, wie etwa ein Zeugnis oder Medikamente. Wenn es aber um seine eigene Mitarbeit betreffend Krankheits- und Schmerzbewältigung gehe, so sei er völlig hilflos. Es sei kein Bemühen ersichtlich, etwas zur Besserung beizutragen. Das Verständnis dafür scheine völlig zu fehlen. Die Ärztin hielt sodann fest, es sei ihr nicht möglich zu beurteilen, wie stark sich die psychischen Symptome im Alltag auswirkten. Ebenso könne sie keine Diagnose stellen, da der Beschwerdeführer äusserst passiv und klagend sei. Endlich scheine es, dass Psychopharmaka keine Wirkung entfalteten. Eine Psychotherapie werde durch die grosse Erwartungshaltung sowie mässig ausgeprägte Passivität neben den Sprachproblemen unmöglich gemacht. Aus diesen Gründen schlage sie vor, den Beschwerdeführer von einem psychiatrischen Vertrauensarzt in Anwesenheit eines guten Übersetzers oder durch einen Kollegen, welcher die Sprache des Beschwerdeführers beherrsche, untersuchen zu lassen.

E. 2.2.4

Am 29. Juni 2009 (Urk. 10/80) diagnostizierte Dr. med. P. ___, Oberarzt an der Rehaklinik F. ___, ein chronifiziertes Zervikozephal- und Zervikobrachial-Syndrom bei Status nach Heckauffahrkollision mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma mit HWS-Distorsion (08.04.2003), DD: anhaltende somatoforme Schmerzstörung, sowie rezidivierende depressive Episoden. Mit gleichem tags ergangenem Schreiben an die Beschwerdegegnerin, welche Zusatzfragen betreffend die ambulante Abklärung gestellt hatte (Urk. 15/78), erklärte der Arzt, bei äusserst komplexem Verlauf bedürften weiterführende Fragen - insbesondere die Arbeitsfähigkeit betreffend - der interdisziplinären Begutachtung.

E. 2.2.5

Dr. G. ___ erstattete am 22. Oktober 2009 (Urk. 10/92) das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten. Hierzu stützte er sich auf die ihm überlassenen Akten (Urk. 10/92/2-4) sowie auf die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers am 1. September 2009 gemachten Angaben und erhobenen Befunde. Gegenüber dem Gutachter berichtete der Beschwerdeführer von ständigen Schmerzen, die sich auch durch mehrmalige stationäre Therapien nicht hätten verringern lassen. Er fühle sich seit Jahren aggressiv, nervös, lustlos und habe genug vom Leben. Er habe keine Zukunftsaussichten, keine Freude mehr und schlafe sehr schlecht. Zudem habe er seit drei Jahren ein Pfeifen im Ohr (links mehr als rechts). Wegen den Schmerzen mache er praktisch nichts mehr. Tagsüber versuche er, TV zu schauen, kriege davon aber vermehrt Schmerzen, weshalb er dann jeweils aufhören müsse (Urk. 10/92/5). Dr. G. ___ notierte, die Untersuchung sei in Anwesenheit eines albanisch sprechenden Dolmetschers durchgeführt worden, wobei der Beschwerdeführer mit ihm weitgehend Serbo-kroatisch gesprochen habe, welches er sehr flüssig spreche. Mit Ausnahme eines auf die Schmerzen eingegangenen formalen Denkens und einer leicht reduzierten affektiven Schwingungsfähigkeit sowie eines leicht deprimier

ten Affekts und verminderten Antriebs zeigte sich der psychische Befund weitgehend unauffällig (Urk. 10/92/6). Hinsichtlich der durchgeführten Tests (drei, wovon einer abgebrochen) notierte Dr. G.____, die Testergebnisse zeigten eine dermassen grosse Diskrepanz zwischen Ergebnissen und objektiven Befunden, dass sie sich selber diskriminierten, was auf die Besonderheit der gutachterlichen Situation sowie die Fixierung auf Symptome zurückzuführen sei. Der Psychiater nannte als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F33.1). Er erklärte, die aus psychiatrischer Sicht durch die Gutachter des K.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % sei absolut plausibel und decke sich mit den von ihm erhobenen Befunden. Damit sei - unverändert seit Dezember 2005 - von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % aus psychiatrischer Sicht auszugehen, wobei nicht auszuschliessen sei, dass der Beschwerdeführer intermittierend vermehrt depressiv gewesen sei. Insgesamt stehe die depressive Störung jedoch eindeutig nicht im Vordergrund. Weil der Beschwerdeführer seit Mitte 2006 bis Anfang 2009 keine psychiatrische Behandlung mehr in Anspruch genommen habe, sei nicht von einer schwerwiegenden Verschlechterung des psychischen Zustandes auszugehen. Allerdings brauche er mindestens regelmässige Psychopharmakotherapie, einerseits zur Bekämpfung der depressiven Störung, andererseits zur Schmerzdistanzierung. Allenfalls seien die Gesprächstherapieoptionen zu evaluieren, wobei unter den erwähnten therapeutischen Massnahmen lediglich eine Stabilisierung, nicht aber eine weitere Verbesserung zu erwarten sei. Sowohl in der bisherigen als auch in jeder anderen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, wobei die Arbeitsunfähigkeit von 20 % auf schmerzbedingte Gedanken einengung, leichte Antriebsstörung sowie leicht reduzierte psychische Belastbarkeit bzw. Flexibilität zurückzuführen sei (Urk. 10/92/8). Mangels unbestimmter emotionaler Konflikte und mit Blick auf die geordnete psychosoziale Situation sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht zu diagnostizieren. Aus psychiatrischer Sicht bezeichnete Dr. G.____ die Prognose als eher gut (Urk. 10/92/9).

E. 2.2.6

Gemäss Bericht des Spitals Q.____ (Q.____), Klinik und Poliklinik für Onkologie, vom 9. Dezember 2009 (Urk. 10/103/22-23) bestanden aktuell keine Hinweise für eine Progredienz der im Jahre 1998 erstmalig diagnostizierten follikulären Hyperplasie.

E. 2.2.7

Am 14. Juni 2010 (Urk. 10/103) erstattete Dr. H.____ sein Gutachten, welches sich auf die zur Verfügung gestellten Akten, die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers am 10. Juni 2010 gemachten Angaben und erhobenen Befunde sowie auf zusätzlich angeordnete Labor- und Röntgenuntersuchungen stützt. Dr. H.____ führte dazu aus, im Bereich der oberen Extremitäten hätten sich keine klinisch-pathologischen Befunde ergeben, was verglichen mit dem von den Gutachtern des K.____ erhobenen Befund keine Veränderung bedeute (Urk. 10/103/11). An der Wirbelsäule hätten sämtliche Bewegungen, unabhängig von der Körperstellung, zu Schmerzen im Bereich der HWS geführt, was auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hindeute. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der HWS und BWS habe der Beschwerdeführer als schmerzhaft, lumbal jedoch als schmerzlos beschrieben, ohne dass sich eine Myogelose oder ein Triggerpunkt hätte erheben lassen (Urk. 10/103/11-12). Hinweise auf ein radikuläres Reizsyndrom oder Ausfallsyndrom hätten ebenso wie anderweitige Anhaltspunkte für Pathologien - nicht nur anamnestisch und klinisch, sondern auch in der aktuellen

Bildgebung - gefehlt. Im Vergleich zu den von den Gutachtern des K.____ gemachten Feststellungen im Bereich der Wirbelsäule sei gestützt auf die aktuell erhobenen Befunde eine Verbesserung in somatischer Hinsicht festzustellen. So sei eine Kopfprotraktion nicht mehr festzustellen, und eine leichtgradige Streckhaltung der HWS bestehe nicht mehr. Zudem sei eine klinisch objektivierbare langbochtige Skoliose nicht mehr zu erheben, es liege kein gesteigerter Muskeltonus der paravertebralen Muskulatur mehr vor und die HWS sei allseits wieder frei beweglich mit normalem Finger-Boden-Abstand. Schliesslich habe sich im Bereich der unteren Extremitäten - wie schon anlässlich der Begutachtung durch das K.____ - ein unauffälliger Befund ergeben (Urk. 10/103/12). Mit beidseitiger Hörgeräteversorgung und Dolmetscher (Urk. 10/103/9) habe sich zudem die Kommunikation problemlos gestaltet. Endlich sei aus internistischer Sicht zu bemerken, dass die derzeitige Adipositas mit einem Übergewicht von 19 kg eine befriedigende Einstellung der Stoffwechselsituation nicht erlaube, sondern hyperglykämische Phasen erwarten lasse. Schliesslich habe sich für die anderweitig vom Beschwerdeführer geschilderten multiplen Beschwerden (Schlafstörungen, Müdigkeit, Steh- und Gehunsicherheit, Nervosität, Schwitzen) kein korrelierendes somatisch-pathologisches Korrelat finden lassen, weshalb dieselben zügig an funktionelle Beschwerden zu denken sei. Insgesamt seien die geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf objektivierbare somatisch-pathologische Befunde abstützbar, weshalb invaliditätsfremde Gründe und ein Aggravationsverhalten (Rentenbegehren, psychosomatisch-psychiatrische Affektion) zu diskutieren seien (Urk. 10/103/13). Zu den Vorakten, insbesondere zur Expertise des K.____, Stellungnehmend führte Dr. H.____ sodann aus, mit Blick auf die von den Gutachtern erhobenen Befunde sowie auf die zwischenzeitlich eingetretene Verbesserung lasse sich die von den Gutachtern des K.____ attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht aufrecht erhalten (Urk. 10/103/14). Hinzu komme, dass sich aus den Vorakten wiederholt nicht somatisch abstützbare Diagnosen ergäben, die aus rein rheumatologischer Sicht eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nicht begründeten. Demgegenüber sei die Einschätzung der Ärzte der Rehaklinik R.____, welche in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % mit rascher Steigerung auf 100 % attestiert hätten, zutreffend und auch auf die bisherige Tätigkeit anwendbar. Und endlich begründeten auch die der Expertise des K.____ nachfolgenden Berichte keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/103/15-16).

Als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. H.____ unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. G.____ eine (1) rezidivierende depressive Störung. Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien (2) ein chronisches Schmerzsyndrom der oberen Wirbelsäulenhälfte mit diffuser Ausstrahlung in den Kopf und die Arme, nicht ausreichend somatisch abstützbar, mit diffusen Druckschmerzen und multiplen Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit, Nervosität, Tinnitus und Schwitzen; (3) eine Adipositas mit Body-Mass-Index von 30.9 kg/m²; (4) ein Diabetes mellitus Typ II, bekannt seit 2005, (5) eine anamnestiche asthmatische Bronchitis und chronische Rhinitis; (6) eine folliculäre Hyperplasie multipler Lymphknotenstationen unklare Genese, Erstdiagnose 1998, 12/09 kein Hinweis auf malignom; (7) ein anamnestiche Reizmagen-Syndrom sowie eine (8) beidseitige Hörgeräteversorgung (Urk. 10/103/9).

Dr. H.____ erklärte, das bestehende Übergewicht führe per se zu einer körperlichen Belastung. Aus rheumatologischer Sicht aber sei der Beschwerdeführer nunmehr für alle von ihm bisher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten vollumfänglich arbeitsfähig, welche

Einschätzung seit Sommer 2003, spätestens aber seit der aktuellen Begutachtung Geltung habe. Davor sei im Anschluss an das Unfallereignis vom 8. April 2003 eine zeitlich limitierte Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen (Urk. 10/103/16). In rein somatisch-rheumatologischer Hinsicht sei die Prognose gut, wobei sich invaliditätsfremde Faktoren (Arbeitsabstinenz, begrenzte Deutschkenntnisse, fehlende Berufsausbildung, Alter, ungünstige Arbeitsmarktsituation, möglicherweise limitierte Motivation) ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung auswirken könnten. Abschliessend formulierte Dr. H.____ Therapievorschläge (Schmerzreserve vom Typ Paracetamol, gewichtssparende Massnahmen, allgemein aktivierende Bewegungsübungen, Diskussion Insulintherapie), welche möglicherweise einen günstigen Einfluss ausüben können und sowohl indiziert als auch in der Umsetzung zumutbar seien (Urk. 10/103/17).

E. 2.2.8

Dr. E.____ berichtete zu Händen von Dr. C.____ am 29. Mai 2011 (Urk. 10/135), der Zustand des Beschwerdefuhlers sei gleichbleibend schlecht. Ihrer Ansicht nach wäre eine stationäre Abklärung und damit verbunden der Versuch einer Reduktion der Medikamente angezeigt, sei sie doch fast überzeugt davon, dass die diversen Nebenwirkungen Teil des Problems seien. Zudem sei der Beschwerdeführer mit seinen gesundheitlichen Problemen völlig ubfordert, und es entstehe das Gefühl, der Beschwerdeführer könne sich nicht anders ausdrücken als durch Körpersymptome. Weil er sich dadurch zu stark unter Druck gesetzt fühle, verweigere er zudem eine Hospitalisation. Auch wenn aus somatischer Sicht objektiv keine überdurchschnittlich grossen Probleme vorhanden seien, sei zu überlegen, ob aufgrund der neu aufgetretenen korpellichen Beschwerden wie Diabetes, Herz und Lunge eine neue Anmeldung bei der Invalidenversicherung zu machen sei. Denn der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, alles einzuordnen und zu verarbeiten. Er leide sehr darunter, finanziell von seiner Familie abhängig zu sein, und habe massive Ängste, die er vermeide und verdränge.

E. 2.2.9

Um (interne) Stellungnahme, ob der Bericht von Dr. E.____ vom 29. Mai 2011 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdefuhlers belege, ersucht, hielt Dr. med. Dr. rer. pol. S.____, Facharzt für Innere Medizin, zertifizierter Gutachter, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), am 6. Juli 2011 (Urk. 10/137/2) fest, der genannte Bericht lege keine neuen medizinischen Befunde vor, welche der bislang getroffenen Einschätzung wider sprechen könnten. Eine Diagnose werde nicht genannt, und objektive pathologische Befunde fehlten. Eine Abweichung vom festgelegten Arbeitsprofil sei damit nicht angezeigt.

RAD-Arzt Dr. med. T.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP, bezeichnete die Beurteilung von Dr. S.____ als aus psychiatrischer Sicht plausibel und nachvollziehbar (Stellungnahme vom 7. Juli 2011, Urk. 10/137/2-3).

E. 2.2.10

Im Bericht vom 2. November 2011 (Urk. 10/151) - der Beschwerdeführer hielt sich nach Zuweisung durch seine Hausärztin zur Einstellung des Blutzuckers vom 24. bis zum 28. Oktober 2011 stationär im Q.____ auf - notierten dessen Arztefolgende, weitgehend schon mit Kurzaustrittsbericht des Spitals U.____ vom 24. August 2011 (Urk. 10/139) genannten Diagnosen: (1) Diabetes mellitus Typ 2, ED 2005, insulinpflichtig,

Polyneuropathie, HbA1C bei Eintritt 9.5%, (2) rezidivierende depressive Störung aktuell mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD10: F33.11), (3) kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen, Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung, (4) chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei Schwindel bei Status nach Schleudertrauma 2003 und Status nach erfolgloser Rehabilitation und Schmerztherapie, (5) follikuläre Hyperplasie multipler LK-Stationen unklarer Genese, ED 1998, zervikal, hilär, inguinal beidseits, DD bakteriell, viral, medikamentös, klinisch und laborchemisch keine Hinweise auf Progredienz (Q.____ 06/2011), (6) Dyslipidämie, ED 08/2011, (7) gastrooesophagealer Reflux, (8) akutenanamnestisch chronische asthmatische Bronchitis, ED 2002, und (9) Adipositas, BMI 32.5. Gegenüber den Ärzten beklagte sich der Beschwerdeführer über starke Nackenschmerzen, welche in den letzten drei Jahren stark zugenommen hätten, über pulsierende Kopfschmerzen frontal sowie Schwindel. Gestützt auf ein psychiatrisches Konsilium und die Rücksprache mit der behandelnden Psychiaterin Dr. E.____ erachteten die Ärzte eine psychiatrische Hospitalisation derzeit nicht als indiziert, weil davon derzeit keine Fortschritte zu erwarten seien. Wichtig sei aber, dass der Beschwerdeführer in seiner eigenen Sprache psychiatrisch betreut werde, weshalb Dr. E.____ eine Zuweisung an einen serbisch sprechenden Kollegen organisiert habe (Urk. 10/151/2).

E. 2.2.11

Dem Schreiben von Dr. E.____ an die IV-Stelle vom 22. Februar 2012 (Urk. 10/162) zufolge erfuhr die somatische Gesundheit des Beschwerdeführers seit Sommer 2011 eine deutliche Verschlechterung. Insbesondere die Folgen des Diabetes machten ihm stark zu schaffen und beeinträchtigten seine Leistungsfähigkeit enorm. Ebenso habe sich seit Sommer 2011 die psychische Gesundheit des Beschwerdeführers verschlechtert. Er habe nun sehr viel mehr Vertrauen, und es sei einfacher, ihn aus psychiatrischer Sicht zu beurteilen. Sie könne daher mit Sicherheit sagen, dass der Beschwerdeführer nicht mehr leistungsfähig sei und in der freien Wirtschaft keine Arbeitsleistung mehr erbringen könne, weshalb sie, Dr. E.____, darum ersuche, erneut eine Rentenprüfung vorzunehmen. Über eine allfällige Behandlung bei einem sprachkundigen Psychiater wird nicht berichtet (vgl. E. 3.3.10 in fine). 3.

Nach der Neuanmeldung vom 12. Juli 2012 (Urk. 10/178) ergingen folgende Arztberichte:

E. 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. 3.1

Gemäss dem Bericht der Klinik für Onkologie des Q.____-Spitals (Q.____) vom 13. Juni 2012 (Urk. 10/191/1-4) besteht beim Beschwerdeführer folgende Diagnose: 1. Follikuläre Hyperplasie multipler LK-Stationen unklarer Genese, Erstdiagnose 1998 • zervikal, hilär, inguinal beidseits • Differentialdiagnose: bakteriell, viral, medikamentös • Aktuell: weiterhin klinisch und laborchemisch keine Hinweise auf Progredienz 2. Diabetes mellitus Typ 2, Erstdiagnose 2005 • insulinpflichtig • Polyneuropathie • HbA1C aktuell bei 7.5 % 3. Rezidivierende depressive Störung • aktuell mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) 4. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen • Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung 5. Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit Schwindel

schwindel • bei Status nach Schleudertrauma 2003 • Status nach erfolgloser Rehabilitation und Schmerztherapie 6. Dyslipidämie, Erstdiagnose 08/11 7. Gastrooesophagealer Reflux

E. 3.2

Die Ärzte der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie & klinische Ernährung des Q.____ stellten im Bericht vom 7. August 2012 (Urk. 10/191/5) folgende Diagnose: 1. Diabetes mellitus Typ 2, Erstdiagnose 2005 • insulinpflichtig, aktuelles HbA1c 8.1 % (08/2012) • diabetische Polyneuropathie 2. Schwere gemischte Schlafapnoe • respiratorische Polygraphie: AHI 30/h • ESS 1/24 Punkte 3. Rezidivierende depressive Störung sowie kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Anteilen • mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (10/2011) • Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung 4. Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit Schvank schwindel • bei Status nach Schleudertraums 2003 • Status nach erfolgloser Rehabilitation und Schmerztherapie 5. Adipositas, BMI 32.9 kg/m² 6. Follikuläre Hyperplasie multipler LK-Stationen unklarer Genese, Erstdiagnose 1998 • zervikal, hilär, inguinal beidseits • Differentialdiagnose: bakteriell, viral, medikamentös • klinisch und laborchemisch keine Hinweise auf Progredienz (Q.____, 06/2012) 7. Gastrooesophagealer Reflux 8. Aktenanamnestisch chronische asthmatische Bronchitis, Erstdiagnose 2002 • aktuell: normale Spirometrie

E. 3.3.1

Gemäss dem Bericht von Dr. E.____ vom 26. August 2012 (Urk. 19/191/8-9) bestehen beim Beschwerdeführer eine mittelschwere bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.1/2) mit Suizidalität und somatischem Syndrom sowie eine spezifische Persönlichkeitsstörung mit schwer eingeeengten Denk- und Verhaltensmustern (ICD-10 F60.8) mit deutlichem Krankheitswert, mit gestörter Beziehungsfähigkeit und Fremdaggression und Unfähigkeit, sich an veränderte Lebenssituationen anzupassen. Im Unterschied zur Situation im Jahr 2009 bestehe seit dem Tod des Enkelkinds im August 2010 eine mittelschwere bis schwere depressive Episode und es seien Suizidgedanken vorhanden. Hinzu gekommen sei sodann auch eine deutliche Fremdaggression. Im Jahr 2009 sei ihr der Beschwerdeführer als ausgesprochener „Jammeri“ bekannt gewesen. Es sei in der Zwischenzeit aber sehr klar geworden, dass er schon seit seiner Jugend deutlich überhöhte Anforderungen an sich selbst stelle und sein Denken, Handeln und Fühlen in einer pathologischen Weise eingeeengt sei auf unrealistisch hohe Leistungsanforderungen. Der Beschwerdeführer habe sich vor dem Unfall total überfordert. Er habe auch Selbstschädigungen und Unfälle in Kauf genommen, nur um Anerkennung zu erlangen. Die gestörte Verarbeitung des Unfalles und dessen Folgen seien typisch für einen Patienten mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Der Unfall sei ein Ausweg aus der zunehmend nicht bewältigbaren Überlastung und eine akzeptable Erklärung für die Leistungsunfähigkeit gewesen, für welche man sich im Gegensatz zu einer psychischen Störung nicht schämen müsse. Der Beschwerdeführer bleibe in regel mässiger psychiatrischer Therapie und nehme seine medikamentöse antidepressive Therapie regelmässig ein. Er sei neu auch wieder bereit, einen Schritt in Richtung Integration zu wagen und werde die Tagesklinik V.____ besuchen. Dort könne er lernen, wieder Kontakte ausserhalb der Familie zu pflegen.

E. 3.3.2

Im Bericht vom 14./17. März 2013 (Urk. 10/203/1-8) hielt Dr. E.____ fest, der Beschwerdeführer komme seit Sommer 2012 zuverlässig und regelmässig in die

Psychotherapiestunden zu ihr und er gehe seit Januar 2013 auch in die Tagesklinik W.____ der Clenia in V.____. Er habe mit älteren Patienten zusammen genommen werden müssen, da sein Gesundheitszustand eine anspruchsvollere Therapie in einer altersentsprechenden Gruppe nicht zugelassen habe. Er sei deutlich offener geworden und bemühe sich, besser Deutsch zu sprechen und seine Problematik klarer zu vermitteln. Deshalb könne nun zur Diagnostik besser Stellung genommen werden. Der Beschwerdeführer bemühe sich, in der Therapie mitzumachen, obwohl er weiterhin verzweifelt sei und nicht wirklich einen Ausweg sehe. Er schäme sich enorm für seine Probleme und für sein Versagen im Leben. Die vorherrschende Emotion sei eine massive Aggression, die plötzlich einschiesse und den Beschwerdeführer überwältige. Sie komme so rasch, dass er sie nicht steuern könne. Er werde dann so wütend, dass er regelmässig Dinge zerschlage, schreie und die ganze Familie vor Furcht erstarre. Der Beschwerdeführer habe eine enge Familienbande, er wohne mit seiner Ehefrau und dem jüngsten Sohn zusammen. Auch sein älterer Bruder und sein Vater würden ihn regelmässig besuchen. Ausserhalb der Familie habe er aber alle Kollegen und Freunde verloren. Seine Persönlichkeitsstörung sei im Moment so stark ausgeprägt, dass er weder im Privatleben noch an einer Arbeitsstelle funktionieren könne. Seine Impulsivität mache es unmöglich, eine einigermaßen normale Beziehung zu führen, weder in der eigenen Familie noch in einer anderen Gruppierung. Er habe sehr wenig Einsicht in seine psychiatrischen Probleme, sondern führe alles auf seine Schmerzen und das körperliche Leiden zurück. Wenn man aber seine ganze Lebensgeschichte anschau, habe er an seinem Körper Raubbau betrieben und darauf hingesteuert, dass irgendwann ein Zusammenbruch erfolge und sein Körper nicht mehr mithalten könne. Eine Balance zwischen Leistung und Ausruhen habe er nie lernen können. Im Moment sei es vordringlich, in der Therapie die Impulsivität und Aggressivität des Beschwerdeführers anzugehen. Es brauche aber ein sehr langes Training und bevor der Beschwerdeführer nicht lerne, seine Aggressionsausbrüche zu verhindern, sei er sozial nicht kompatibel. Immerhin sei die Problematik aber jetzt klar zu Tage getreten und es könne daran gearbeitet werden. Eine Arbeit in der freien Wirtschaft sei wegen der fehlenden Emotionskontrolle nicht möglich. Weil der Beschwerdeführer nicht mehr über die vollen physischen Kräfte verfüge, könne er seine Emotionalität nicht mehr kompensieren. Auch an einem geschützten Arbeitsplatz sei er deshalb zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei nicht damit zu rechnen, dass sich daran in den nächsten Jahren etwas ändern werde. Im Moment seien therapeutische Schritte notwendig, um vor allem im Privatleben weitere Probleme zu vermeiden.

E. 3.3.3

Am 31. Januar 2016 (Urk. 10/242/1-7) führte Dr. E.____ aus, der Beschwerdeführer komme regelmässig und zuverlässig zu den vereinbarten Sitzungen. Er könne mit seinen somatischen Erkrankungen nicht umgehen. In den Gesprächen dominierten Schmerzen und auch eine zunehmende Aggression, welche sich gegen sich selber und gegen andere richte. Der Beschwerdeführer habe in der Wohnung wiederholt Dinge kurz und klein geschlagen. In der Therapie in der Tagesklinik W.____ sei bald eine Ermüdung festgestellt worden und der Beschwerdeführer habe von der Ergotherapeutin wiederholt in den Ruheraum geschickt werden müssen, um drohenden Wutausbrüchen vorzubeugen. Es seien mehrere Hospitalisationen erfolgt, welche für den Beschwerdeführer immer sehr belastend gewesen seien, da er die Mitpatienten nicht ausgehalten und zum Teil das Pflegepersonal als enorm provozierend empfunden habe. Der Beschwerdeführer habe die Befürchtung geäussert, dass er ausrasten könnte, weshalb er lieber nicht mehr hospitalisiert werden möchte. Anlässlich einer Kontrolle in der Nephrologie des Q.____ sei die Situation wegen

Missverständnissen ausser Kontrolle geraten und der Beschwerdeführer habe gedroht, sich aus dem Fenster zu stürzen. Es sei deshalb eine fürsorgerische Unterbringung in der Clenia I. ___ AG angeordnet worden. Der Beschwerdeführer gebe an, dass er nachts oft unter Herzrasen, Atemnot und Panik leide. Er habe massive Schlafprobleme. Die Schmerzen seien überwältigend und er wolle nicht mehr leben. Es sei geplant, die Wohnung mit seinem Sohn zu tauschen, damit er dann im Parterre wäre und seine Ehefrau nicht ständig Angst haben müsse, er stürze sich vom Balkon. Der Beschwerdeführer wirke leidend, sei in der Motorik verlangsamt und reduziert. Er habe keine Strategien, um mit seiner Krankheit zurechtzukommen. Seine Stimmung wechsele zwischen tief traurig, aggressiv und panischer Angst. Seine Wut sei kaum kontrollierbar. In den sozialen Kontakten sei er total eingeschränkt, er ertrage andere Menschen nicht. Er sei am liebsten alleine. Die psychiatrische Erkrankung habe sich verfestigt und vor allem die Panik und Impulskontrolle seien deutlich ausgeprägter. Die zunehmenden körperlichen Symptome und Erkrankungen könne er nicht einordnen und er sei ihnen hilflos ausgeliefert. Somatische therapeutische Interventionen seien sehr schwierig, da der Beschwerdeführer nichts ertrage und sofort mit Aggression reagiere. In seiner Erwerbsfähigkeit sei er zu 100 % eingeschränkt. Das psychische Leiden lasse sich durchgehend in allen Lebensbereichen feststellen. Die Prognose sei schlecht. Das psychiatrische Leiden sei festgefahren und der Beschwerdeführer verfüge über keinerlei Strategien, um mit seinen Erkrankungen zurecht zu kommen. Die verschiedenen Leiden würden sich auch gegenseitig negativ beeinflussen.

E. 3.4.1

Die Ärzte des Psychiatricentrum V. ___ der Clenia I. ___ AG hielten im Bericht vom 10. April 2013 (Urk. 10/204) fest, es bestünden beim Beschwerdeführer rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig mittelgradig bis schwer (ICD-10 F33.2), ein Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30), Differential diagnose: akzentuierte Persönlichkeitszüge, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), ein Zustand nach Autounfall 2003 mit Schleudertrauma, ein Diabetes mellitus sowie ein Verdacht auf Polyneuropathie. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ausserdem ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit CPAP-Therapie. In Anbetracht des langjährigen, stark chronifizierten Krankheitsbildes mit unfallbedingten körperlichen Schäden und einer neurobiologisch veränderten Schmerzbearbeitungsmatrix im Sinne einer Schmerzkrankheit sei die Prognose schlecht einzuschätzen. Es sei nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in Zukunft wieder arbeitsfähig sein werde. In der Tagesklinik für jüngere Erwachsene sei er den Anforderungen nicht gewachsen gewesen, weshalb er am gerontopsychiatrischen Therapieprogramm der Tagesklinik W. ___ teilnehme. Auch dafür sei er aber eigentlich in zu schlechter Verfassung. Er brauche viele Pausen, in denen er sich hinlegen und ausruhen müsse. Unter therapeutischer Anleitung sei es dem Beschwerdeführer immerhin gelungen, sich mit Unterstützung aus kritischen Situationen rechtzeitig zu entfernen. Trotz willentlicher Anstrengung könne er aber seine komplexen Beschwerden nicht überwinden und die Arbeitsfähigkeit alltags praktisch umsetzen.

E. 3.4.2

Im Bericht vom 30. November 2015 (Urk. 10/239) über den im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung erfolgten Aufenthalt vom 26. August bis zum 1. September 2015 führten die Ärzte der Clenia I. ___ AG aus, der Beschwerdeführer leide seit mehreren Jahren an einer depressiven Störung, somatoformen Störungen und einer

Autoimmunkrankheit. Er sei verzweifelt gewesen, weil ihm am Q.____ eine Schmerzspritze nicht verabreicht worden sei, weshalb er mit Suizid gedroht habe. Während des Klinikaufenthalts habe sich der Beschwerdeführer zu einer ausführlichen Anamneseerhebung nicht motiviert gezeigt. Es habe weder eine akute Suizidalität noch eine Fremdgefährdung festgestellt werden können. Aufgrund des kurzen Aufenthalts bei gleichzeitig langjähriger und teilweise komplexer Krankheitsgeschichte sei eine prognostische Beurteilung gegenwärtig nicht möglich. Zum Zeitpunkt der Hospitalisation sei eine konzentrierte und regelmässige Teilnahme am Berufsleben und ein fokussiertes Arbeiten aufgrund der depressiven Symptomatik nicht möglich gewesen. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne aufgrund der Kürze des Beurteilungszeitraums nicht vorgenommen werden.

E. 3.4.3

Im Austrittsbericht vom 25. Januar 2017 (Urk. 13) hielten die Ärzte der Clinica I.____ AG fest, der Beschwerdeführer habe sich wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome mit akuter Suizidalität, vom 26. Oktober bis zum 7. Dezember 2016 in stationärer Behandlung befunden. Es sei zu einer Zuspitzung der diversen somatischen wie auch psychischen Leiden gekommen. Anamnese und Befund würden für eine langjährige rezidivierende depressive Störung sprechen. Symptome wie stark niedergedrückter Effekt, keine emotionale Schwingungsfähigkeit, massiv reduzierter Antrieb, der komplette Verlust von Freuden und Interessen, massiver sozialer Rückzug, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie Einschlaf- und Durchschlafstörungen, hätten die Diagnosen bestätigen können. Weiterhin hätten sich vorbekannte Persönlichkeitszüge gezeigt, vorrangig narzisstisch und emotional instabil. Der Beschwerdeführer habe sich jedoch stets kooperativ und veränderungsmotiviert gezeigt. Bei der Umsetzung des Gelerns und Besprechens habe er aber grosse Schwierigkeiten sowie Widerstand, die Situation zu akzeptieren, gezeigt. In diesem Zusammenhang habe ein hoher eigener Leistungsanspruch identifiziert werden können. Bei der Annahme von weniger Leistungsfähigkeit zeige sich der Beschwerdeführer stark blockiert. Vor allem die fehlende finanzielle Unterstützung habe sich als zusätzlicher Belastungsfaktor erwiesen. Der Beschwerdeführer habe in minim gebesserten, aber stabilem psychischem Allgemeinzustand ohne Anhaltspunkte für akute Selbst- oder Fremdgefährdung aus der Klinik entlassen werden können. Der Prognose für eine Wiedererlangung einer Teilarbeitsfähigkeit stehe man sehr skeptisch gegenüber. Die langjährige Chronifizierung der somatischen und psychischen Beschwerden erweise sich als resistent.

E. 3.5

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. J.____ vom 9. April 2014 (Urk. 10/219/1-36) bestehen beim Beschwerdeführer (1) eine chronische Depression gegenwärtig mittel- bis schwergradig, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.1), Beginn ca. 2004 in der Folge des Unfalls 2003, mittelgradig ab 2006, mittel- bis schwergradig seit 2011, (2) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), in der Folge des Unfalls 2003, somatisch: Unfall mit akutem Schmerzsyndrom, psychisch: Katastrophisieren, komorbide Ängste, inadäquater Umgang mit Schmerz (Endurance-Avoidance, depressive Entwicklung und (3) eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), spätestens seit Juli 2013 (Urk. 10/219/22). Der Beschwerdeführer lebe mit seiner Ehefrau in einem gemeinsamen

Haushalt. Er sei sozialhilfe abhängig. An sich sei seine familiäre Situation gut, der Beschwerdeführer sei aber krankheitsbedingt selbst innerfamiliär isoliert. Er habe keine Hobbies oder Interessen, keine persönlichen Freunde. Sein Tagesablauf sei unstrukturiert. Er nehme mehr als zehn Medikamente (Diabetes, Asthma, Magen und Herz, Psyche). Der Beschwerdeführer verhalte sich sehr abweisend bis beleidigend, ziehe sich zurück und behaupte Gleichgültigkeit selbst gegenüber den eigenen Kindern. Abgesehen von Schmerzbekämpfung und krankheitsbezogenen Ängsten habe er keinerlei Interessen. Unabhängig von den Diagnosen sei dies ein hoher Grad psychiatrischer Gestörtheit. Dass der Beschwerdeführer das vorspiele, um eine kleine Rente zu bekommen, scheinbar ausgeschlossen, persönliche Kosten und monetärer Ertrag stünden in keinem Verhältnis. Bei aller Verdeutlichung oder in den Akten punktuell geschilderten Inkonsistenzen müsse letztlich von einer schweren psychischen Störung ausgegangen werden, mit hohem Leidensdruck für den Beschwerdeführer wie auch das familiäre Umfeld. Wenn man das Leistungsvermögen im innerfamiliären Alltag als Referenz her anziehe, gebe es keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr, weder im Haushalt, noch im geschützten Rahmen, noch in der angestammten Tätigkeit, noch in einer angepassten Tätigkeit. Diese Einschätzung gelte spätestens ab dem 29. Mai 2011 bzw. dem 25. November (richtig: Oktober) 2011. Es gebe keine Massnahmen, mit welchen die Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verbessert werden könnte (Urk 10/219/31-32).

E. 3.6

RAD-Arzt Dr. Dr. S.____ hielt am 7. Juli 2014 (Urk. 10/227/6) fest, das psychiatrische Gutachten von Dr. J.____ erfülle die Anforderungen und könne als sachlicher Bezugspunkt für die Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin dienen. Es sei damit von einer Arbeitsfähigkeit von 0 % seit dem 25. November 2011 auszugehen. 4. 4.1

Der Beschwerdeführer macht zur Begründung seiner Beschwerde geltend, entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin sei zur Prüfung der Frage, ob eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten sei, nicht der 10. April 2012 (Urteil des Sozialversicherungsgerichts) der massgebliche Vergleichszeitpunkt, sondern der 14. Juni 2010 (Gutachten von Dr. H.____) oder allenfalls der 15. September 2011 (Verfügung der Beschwerdegegnerin). Die gemäss dem Gutachten von Dr. J.____ am 25. Oktober 2011 eingetretene Verschlechterung sei somit später gewesen. Es treffe auch nicht zu, dass der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen unverändert geblieben sei und die neueren Berichte lediglich eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vornehmen würden. Es seien seit dem 10. April 2012 mehrfach stationäre Aufenthalte, wovon einer sogar im Rahmen eines fürsorglichen Freiheitsentzuges, wegen schweren depressiven Episoden mit akuter Suizidgefährdung nötig geworden. Eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei damit belegt und dem Beschwerdeführer stehe aufgrund der von Dr. J.____ attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 1). 4.2

Demgegenüber führt die Beschwerdegegnerin zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus, Dr. J.____ habe keine wesentlich anderen Befunde dargestellt. Insbesondere zeige sich die Krankheitsentwicklung seit der Begutachtung durch das K.____ und von Dr. G.____ unverändert. Bereits damals sei aufgeführt worden, dass der Beschwerdeführer die meiste Zeit für sich alleine oder mit der Familie verbringe, sich überhaupt nicht mehr arbeitsfähig sehe und wegen der Schmerzen unter Konzentrationsstörungen und Schwindel leide. Soweit Dr. J.____ sich auf die Beurteilung des Q.____-Konsiliums vom 29. Mai 2011

(richtig: 25. Oktober 2011) beziehe, sei ausserdem zu berücksichtigen, dass das Sozialversicherungsgericht diesen Bericht als nicht nachvollziehbar beurteilt habe. Die von Dr. J.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit lasse sich somit nicht mit einer neu hinzugekommenen gesundheitlichen Störung begründen, sondern beruhe auf einer anderen Beurteilung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (Urk. 2). 5. 5.1

Die Aktenlage dokumentiert einen seit 2009 weitgehend unveränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Nach wie vor besteht ein depressiver Zustand und der Beschwerdeführer klagt über diverse körperliche Schmerzen, welche nur zum Teil objektiviert werden können. Unverändert fühlt sich der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig. Aus dem Gutachten von Dr. J.____ ergibt sich keine wesentliche Verschlechterung. Soweit dieser den Zeitpunkt der Verschlechterung auf den Zeitpunkt des Berichtes von Dr. E.____ vom 29. Mai 2011 bzw. das psychiatrische Q.____-Konsilium vom 25. November (richtig: Oktober) 2011 bezieht (Urk. 10/219/32), ist festzuhalten, dass der 29. Mai 2011 vor dem massgeblichen Zeitpunkt (15. September 2011) liegt und das Sozialversicherungsgericht im Urteil vom 10. April 2012 festgehalten hat, der Gesundheitszustand werde von Dr. E.____ im Bericht vom 29. Mai 2011 ausdrücklich als gleichbleibend schlecht bezeichnet, ohne dass sie sich jedoch zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers geäussert oder eine Diagnose gestellt hätte (Urk. 10/169/19). Einerseits ist damit per 29. Mai 2011 gar keine Verschlechterung dokumentiert, andererseits wäre diese aber ohnehin unbeachtlich, da sie vor dem massgeblichen Zeitpunkt stattgefunden hätte. Zum psychiatrischen Konsilium am Q.____ vom 25. Oktober 2011 ist festzuhalten, dass im Bericht der Klinik und Poliklinik für innere Medizin des Q.____ vom 2. November 2011 (Urk. 10/151/1) lediglich dessen Ergebnisse summarisch festgehalten werden. Das Sozialversicherungsgericht hat denn auch bereits im Urteil vom 10. April 2012 zu diesem Bericht ausgeführt, der zuständige Arzt habe sich scheinbar vorwiegend auf die Anamnese gestützt. Zudem habe er über keinerlei Aktenkenntnisse verfügt und seinem Bericht fehle es an Angaben zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Die genannten Feststellungen könnten damit die Beurteilung von Dr. G.____ nicht erschüttern (Urk. 10/169/19). 5.2

Zu den abweichenden früheren Beurteilungen hält Dr. J.____ fest, es gebe bei einer so langen medizinischen Dokumentation naturgemäss viele abweichende Meinungen, welche nicht alle diskutiert werden könnten. Die meisten Unterschiede hätten mit der Methodik der Anamnese- und Befunderhebung zu tun. Hier gebe es aber inzwischen klare Leitlinien, welchen keines der psychiatrischen Vorgutachten entspreche. Manche diagnostischen Unterschiede erklärten sich über den Verlauf, d.h. den naturgemäss schwankenden Schweregrad z. B. einer chronischen depressiven Störung (Urk. 10/219/33). Es ergibt sich aus diesen Angaben von Dr. J.____, dass er gegenüber der Begutachtung von Dr. G.____ keinen wesentlich veränderten Gesundheitszustand festgestellt hat, sondern lediglich eine andere Beurteilung vornimmt und diejenige von Dr. G.____ als nicht fachgerecht erstellt bezeichnet. Nicht zu überzeugen vermag die Aussage von Dr. J.____, die in den Akten immer wieder dokumentierten Verdeutlichungen und Inkonsistenzen könnten nicht in einen Zusammenhang mit den finanziellen Problemen des Beschwerdeführers gestellt werden. Vielmehr ergibt sich deutlich, dass in dieser Hinsicht in den letzten Jahren eine Verschärfung der Situation stattgefunden hat und die schlechte finanzielle Situation ein zentrales Problem des Beschwerdeführers darstellt, was aber keine invalidisierende Auswirkung hat. 5.3

Nach dem Gesagten ergibt aus dem Gutachten von Dr. J.____

k eine anspruch relevante Gesundheitsverschlechterung. Damit mangelt es an einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse, die Voraussetzung für eine Überprüfung des Rentenanspruchs wäre. Aus diesem Grund ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher - 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. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

Aktenanamnestisch chronische asthmatische Bronchitis, Erstdiagnose 2002

E. 9

Dyslipidämie, Erstdiagnose 08/11 • aktuell ohne Therapie

Der Beschwerdeführer sei vom 6. bis zum 9. August 2012 zwecks erneuter Einstellung des Diabetes mellitus in der Klinik hospitalisiert gewesen. Es hätten durch die Neueinstellung gute Blutzuckerwerte erzielt werden können.

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