

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01371 vom 14. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01371

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01371 du 14 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01371 del 14 giugno 2018

Erwägungen

E. 1.1

Nach vorangegangener Verweigerung einer Rente der Invalidenversicherung wird eine neue Anmeldung zum Leistungsbezug nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht worden ist, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs.

E. 1.2

Danach war X.____ vom 19. November 2013 bis 30. Juni 2014 bei der A.____ AG in einem Vollpensum als technischer Berater im Aussendienst angestellt (Urk. 7/80). Am 7. August 2014 (Eingangsdatum) meldete er sich – unter Hinweis auf die gleichen Leiden, welche er bei der Erstanmeldung genannt hatte – erneut zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an (Urk. 7/59). Diese stellte ihm mit Vorbescheid vom 24. September 2014 Nichteintreten auf die Neuanschuldung in Aussicht (Urk. 7/64). Nachdem der behandelnde Psychiater die IV-Stelle über einen am 23. August 2014 erlittenen Auffahrunfall informiert hatte (Urk. 7/67), hob die IV-Stelle den Vorbescheid am 13. Oktober 2014 wieder auf (Urk. 7/70) und trat auf die Neuanschuldung ein. Die IV-Stelle holte einen Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 7/75) sowie einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/80) ein, zog die Akten des Krankentaggeld- sowie des Unfallversicherers (Urk. 7/72, Urk. 7/79) bei und liess den Versicherten von der med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachten (Gutachten vom 1. Februar 2016 [Urk. 7/106]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 3. Juni 2016 [Urk. 7/115], Einwand vom 3. Juni 2016 [Urk. 7/116]) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. November 2016 einen Leistungsanspruch (Urk. 7/121 = Urk. 2).

E. 1.2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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. 1.2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG ,

BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich fest gestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und

E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbe gründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislasterlastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

E. 1.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

E. 1.4

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 arbeits unfähig 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. 1.5

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestic Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3). Rechtsprechungsgemäss gibt es keine verbindliche Mindestdauer für eine psychiatrische Exploration, sondern es wird lediglich verlangt, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2).

E. 1.6

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches

gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 2

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, die Abklärungen hätten ergeben, dass es dem Beschwerdeführer aus rechtlicher Sicht zumutbar sei, eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen. Es liege keine Veränderung im Vergleich zur letzten Beurteilung vom 7. März 2013 vor (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen im Wesentlichen vor, auf das psychiatrische Gutachten von Dr. C.____ könne abgestellt werden, dieses sei beweiskräftig. Dr. C.____ attestiere eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit, weshalb er Anspruch auf eine Invalidenrente habe. Sodann führte der Beschwerdeführer aus, dass eine allfällige Restarbeitsfähigkeit gar nicht mehr verwertbar sei und ihm nur noch Tätigkeiten im geschützten Rahmen zuzumuten wären (Urk. 1).

E. 3.1

In der Verfügung vom 7. März 2013 war die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Verkaufberater als auch in einer behinderungsangepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit maximal zu 20 % eingeschränkt sei (Urk. 7/52).

Auf die Neuanschuldung vom 7. August 2014 (Urk. 7/59) ist die Beschwerdegegnerin eingetreten und hat eine neuerliche Anspruchsprüfung vorgenommen. Demnach ist zu prüfen, ob sich seit der Verfügung vom 7. März 2013 (Urk. 7/52) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. November 2016 (Urk. 2) der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in revisionsrechtlich erheblicher Weise verändert hat und aufgrund dessen nunmehr ein Rentenanspruch besteht (vgl. E. 1.1).

E. 3.2

Im Zeitpunkt der erstmaligen rechtskräftigen Abweisung des Leistungsbegehrens mit Verfügung vom 7. März 2013 (Urk. 7/52) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

E. 3.2.1

Dem interdisziplinären Gutachten vom 20. September 2012 der Dres. Y. ___ und Z. ___ (Urk. 7/31) können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden (Urk. 7/31/7): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Panikstörung

- chronisches cervical- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom - leichtgradige Osteochondrose von HWK6/7 - diffuse idiopathische skeletale Hyperostose - Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter folgende fest: - Persönlichkeit mit akzentuierten emotional unreifen, instabilen, impulsiven, anankastisch-perfektionistischen und narzisstischen Zügen - chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - Entwicklung eines primären Fibromyalgie-Syndroms möglich - betont im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte - betont im Bereich der rechten im Vergleich zur linken Körperhälfte - Panalgie - Polyarthralgien - Panvertebralsyndrom - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb und Bauch, ungerichtete Steh- und Gehunsicherheit, Nervosität, Abnahme der Leistungsfähigkeit, Erschöpfung und Atembeschwerden - Übergewicht mit Body Mass Index von 29,3 kg/m²

- Alkoholkonsum - CDT-Wert in der Grauzone - anamnestisch Reizmagen-Syndrom

In der interdisziplinären Beurteilung führten die Gutachter aus, auf psychiatrischem Fachgebiet bestünden seit Jahren eine überwiegend leicht ausgeprägte Panikstörung sowie spätestens seit Anfang 2011 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Wie im psychiatrischen Gutachten ausführlich dargelegt werde, erfülle diese anhaltende somatoforme Schmerzstörung hingegen nicht die Kriterien einer Invalidisierung, so dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht als nahezu vollständig arbeitsfähig anzusehen sei. Lediglich der mittlerweile fast zweijährige Verlauf mit zweifelsohne bestehenden Schmerzen, eine gewisse Chronifizierung sowie die seit Jahren bestehende Panikstörung könnten aus rein psychiatrischer Sicht eine Leistungsminderung von maximal 20 % begründen. Der Somatiker könne somatisch-pathologische Befunde objektivieren, die zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausschliesslich für die früher ausgeübten Tätigkeiten führten, hingegen seien angepasste Verweistätigkeiten vollumfänglich zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten als Bauarbeiter im Hoch- und Tiefbaubereich seit circa Anfang 2011 zu maximal 35 bis 40 % eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit, bei welcher der Beschwerdeführer auch längerdauernd Auto fahren müssen, sei seit Anfang Februar 2011 zu maximal 10 bis 15 % eingeschränkt. Diese zumutbaren Arbeitspensungen könnten sowohl am Stück als auch, mit vermindertem Tempo, über den Tag verteilt abgeleistet werden.

In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische Komponente als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente berücksichtige, könne für die früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten als

Bauarbeiter im Hoch- und Tiefbaubereich seit circa Anfang 2011 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 40 % formuliert, für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit, bei der der Beschwerdeführer auch längerdauernd Auto fahren muss, seit Anfang Februar 2011 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % formuliert und für eine angepasste Verweistätigkeit seit Februar 2011 vollumfänglich auf die Einschätzung der psychosomatisch-psychiatrischen Sicht abgestützt werden, das heisse, es sei ebenfalls von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % auszugehen. Es werde dabei berücksichtigt, dass sich die somatischen und die psychosomatisch-psychiatrischen Anteile an der Arbeitsunfähigkeit überdecken würden (Urk. 7/31/17-18).

Zum Belastungsprofil in körperlicher Hinsicht hielt der rheumatologische Gutachter fest, zumutbar sei eine Tätigkeit in einem temperierten (Raumluft) Raum, wobei die Tätigkeit auf leicht- bis maximal mittelgradig körperlich belastende Arbeiten beschränkt sei und die Möglichkeit zum Wechsel zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung gegeben sein müsse. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert, zu vermeiden sei repetitives Bewegen von Gewichten über 10 kg (Urk. 7/31/14).

E. 3.2.2

Im Bericht von Dr. Z. ___ vom 4. Januar 2013 zu Händen der Beschwerdeführerin (Urk. 7/47) führte der psychiatrische Gutachter aus, zwar habe der Beschwerdeführer im Rahmen seiner fluktuierenden Beschwerden aus einem grossen Spektrum psychoneurotischer Auffälligkeiten auch gewisse Symptome geboten, welche durchaus auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen, zum Beispiel bei einer depressiven Störung oder einer Angststörung, anzutreffen seien und in diesem Sinne interpretiert werden könnten. Alle diese Symptome seien hingegen, wie oben bereits festgehalten, überwiegend leicht ausgeprägt und stünden ein deutlich und klar in Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden, die praktisch «anhaltend den Hauptfokus der Aufmerksamkeit» des Beschwerdeführers bilden würden. Das ganze Denken und Handeln des Beschwerdeführers kreise fast ausschliesslich um seine Schmerzen (Urk. 7/47/1). In Anbetracht der starken Symptomfixierung des Beschwerdeführers sei somit auf gar keinen Fall die Diagnose einer echten rezidivierenden depressiven Störung gemäss der Definition der ICD-10 F33 oder F32 im Sinne des «major depression»-Konzeptes gerechtfertigt. Die anxiodepressiven Symptome des Beschwerdeführers stünden eindeutig in ganz überwiegendem Zusammenhang mit seinen körperlichen Beschwerden und seien damit als der anhaltenden somatoformen Störung zugehörig zu betrachten, so dass keinesfalls von einer zusätzlich bestehenden depressiven Störung im Sinne einer eigenen Krankheitsentität und damit Komorbidität auszugehen sei. Sie seien darüber hinaus überwiegend leicht ausgeprägt und erklärten nicht die Schwere der subjektiv empfundenen und vehement beklagten Beeinträchtigungen (Urk. 7/47/3). Der Beschwerdeführer sei aus rein psychiatrischer Sicht in der Lage, seine körperlichen Beschwerden und seine psychische Symptomatik ausreichend zu bewältigen und zu kontrollieren, so dass ihm bei ehrlicher Motivation und Willensanstrengung sowie entsprechender Prioritätensetzung eine seinem Alter, seinem Ausbildungsstand sowie eventuellen körperlichen Einschränkungen entsprechende Berufstätigkeit grundsätzlich vollzeitlich und mit Berücksichtigung einer Leistungsminderung von maximal 20 % zuzumuten wäre. Die immer wieder angeführten sozialen Faktoren wie fortgeschrittenes Alter und schlechte Aussichten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, vor allem aber auch die narzisstischen Kränkungen des

Beschwerdeführers mit dem subjektiven Gefühl erlittenen Unrechts und Wunsch nach Anerkennung seien, obgleich subjektiv vielleicht durchaus verständlich, als primär krankheitsfremde Faktoren hingegen nicht zur Beurteilung einer Invalidisierung zu berücksichtigen (Urk. 7/47/7).

E. 3.3

Die aktuelle medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 3.3.1

Dem psychiatrischen Gutachten vom 1. Februar 2016 von Dr. C.____ (Urk. 7/106) sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 7/106/17): - generalisierte Angststörung mit paroxysmalen agoraphoben und generalisierten Anteilen (ICD-10 F41.1) - rezidivierende depressive Störung, zum Untersuchungszeitpunkt leicht- bis mittelgradig ausgeprägte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01/F33.11)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter eine akzentuierte (emotional-instabile, histrionische, narzisstische) Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) fest (Urk. 7/106/17).

Der Gutachter hielt sodann fest, die akzentuierten Persönlichkeitszüge hätten per se keinen Krankheitswert, aber sie beeinflussten den Behandlungs- und Heilverlauf deutlich ungünstig (Urk. 7/106/17). Psychopathologisch habe sich eine gedrückt-depressive, ratlos-freudlose, ängstlich-besorgte Stimmungslage gezeigt, die affektive Modulationsfähigkeit sei deutlich vermindert und zum depressiven Pol verschoben gewesen. Der Antrieb sei leicht vermindert und die Mimik und Gestik wenig mit dem Gesagten mitschwingend gewesen. Formalgedanklich habe sich eine deutliche Grübelneigung sowie deutliche Einengung auf Insuffizienzgefühle, Ängste und erlebte körperliche Beschwerden gezeigt. Die Aufmerksamkeit habe für die Dauer des Gesprächs nicht durchgehend aufrechterhalten werden können und habe im Verlauf fluktuiert, was sich am häufigen Abschweifen und Danebenreden gezeigt habe, dies korrespondierend mit einer beschriebenen Alltagsvergesslichkeit/Konzentrationsminderung im Alltag. Paroxysmale und vor allem generalisierte Ängste sowie agoraphobische Erlebnisweisen seien berichtet worden. Psychometrisch habe sich auf den beiden Fremdbeurteilungsskalen (Hamilton, MADRS) ein leicht- bis mittelgradiges Syndrom abgebildet (Urk. 7/106/18-19). Die nach den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 bei einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) typischen Symptome seien vom Beschwerdeführer beschrieben worden und seien in der Vorgeschichte dokumentiert. Der Beschwerdeführer habe in der Untersuchung eine anhaltende und auf verschiedene Bereiche fokussierte Besorgnis beschrieben, es könne etwas Schlimmes geschehen. Er habe eine beständige Anspannung, innere Unruhe und Nervosität beschrieben, dies im Sinne eines Hyperarousals. Konzentrationsprobleme und eine Alltagsvergesslichkeit seien beschrieben worden. Der Beschwerdeführer habe neben der körperlichen Unruhe und

den Schwindelgefühlen eine Unfähigkeit, sich zu entspannen, bei gleichzeitig rascher Ermüdbarkeit und Erschöpfung beschrieben. Der Beschwerdeführer habe Schwindel (ungerichtet), Palpitationen, Beklemmungsgefühle, Schwitzen/innere Unruhe sowie Ein- und Durchschlafstörungen beschrieben (Urk. 7/106/19). Auch Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe am 4. Oktober 2012 über eine Panikstörung, Differentialdiagnose: generalisierte Angststörung, berichtet. Der Beschwerdeführer reagiere

auch auf geringe Belastungen (zum Beispiel Termine mit Versicherungen, Anwalt, Ärzte) mit Übererregung und Hypernervosität und gleichzeitig depressiver und resignativer Verstimmung. Darüber hinaus leide er jeweils verstärkt unter quälenden Gelenkschmerzen, die ursächlich teils auf erhöhte Abnützung, teils auf psychovegetative Spannungszustände zurückzuführen seien. Dazu kämen verschiedene Ängste, die zum Teil sehr existentieller Natur seien. Auch dem Bericht von Dr. B.____ vom 17. Juni 2014 sowie vom 4. Dezember 2014 sei die Beschreibung einer Angststörung zu entnehmen. Der Beschwerdeführer erlebe Angstattacken bis hin zu Panik mit Schweissausbrüchen, Palpitationen, extremer Nervosität und heftiger Angst, erlebe Drehschwindel, der Schlaf sei regelmässig gestört, es bestehe eine starke Nervosität sowie eine übermässige Erregbarkeit durch verschiedenste Arten von Reizen und Vermeidungsverhalten, insbesondere bei akustischen Reizen (Urk. 7/106/10-20). Das vorliegende Störungsbild in seiner derzeitigen Ausprägung schränke die psychophysische und psychosoziale Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers deutlich ein. Mittlerweile zeige sich eine erhebliche Chronifizierungstendenz mit schleichender Erschöpfung der Coping-Strategien und ängstlich-depressiver Dekompensation (Urk. 7/106/20). Es zeigten sich sodann keine Diskrepanzen zwischen der Symptombeschreibung des Beschwerdeführers, der Schilderung seines Tagesablaufs (Aktivitätsniveau) und dem aktuellen Untersuchungsbefund. Die aktuellen Therapieberichte (Dr. B.____) stünden ebenfalls im Einklang zum aktuellen Untersuchungsergebnis (Urk. 7/106/21).

Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, auf der psychisch-geistigen Ebene werde die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die dargestellten affektiven, psychomotorischen, kognitiven, formalgedanklichen und vegetativen Symptome deutlich beeinträchtigt. Auf der psychiatrisch-körperlichen Ebene bestehe eine Störung der Vitalgefühle, welche die psychophysische Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zum Untersuchungszeitpunkt deutlich einschränke. Zum Untersuchungszeitpunkt liege aus psychiatrischer Sicht eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit für jedwede Tätigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft aufgrund des ausgeprägten ängstlich-depressiven Zustandsbildes vor dem Hintergrund einer akzentuierten Persönlichkeit vor. Eine relevant verwertbare Arbeitsfähigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft bestehe aus psychiatrischer Sicht nicht. Eine Arbeitsrehabilitation könnte stufenweise gesteigert, stundenweise beginnend, unter geschützten Bedingungen, das heisse in ruhiger, stressarmer, emotional wenig belastender, gut strukturierter, nicht monotoner und unterstützender Arbeitsatmosphäre stattfinden. Eine Steigerung des zeitlichen Arbeitspensums sollte vom Verlauf abhängig gemacht werden (Urk. 7/106/22). Aufgrund der Komorbidität einer rezidivierend depressiven Störung und einer (sehr häufig zur Chronifizierung neigenden) generalisierten Angststörung vor dem Hintergrund akzentuierter Persönlichkeitszüge und nicht zuletzt aufgrund des mittlerweile deutlich prolongierten Verlaufs ohne einschneidende Besserung oder gar Remission trotz adäquater Behandlung sei kurz- bis mittelfristig von einer eher ungünstigen Prognose auszugehen. Die adäquate ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sollte fortgesetzt werden. Hinsichtlich der medikamentösen Behandlung bestehe Optimierungspotential im Hinblick auf die Etablierung einer suffizienten medikamentös-antidepressiven Behandlung. Eine Intensivierung der Behandlung im Sinne einer stationären oder halbstationären Behandlung erscheine vor dem Hintergrund des mittlerweile mehrjährig bestehenden Störungsbildes nicht erfolgversprechend, eher würden dadurch regressive Tendenzen verstärkt. Eine Tätigkeit unter geschützten Bedingungen wäre gegenwärtig auch therapeutisch sinnvoll, um Selbstvertrauen und Selbstkontrollüberzeugung zu fördern und

eine weitere Dekonditionierung zu vermeiden. Insgesamt sei die Prognose hinsichtlich einer kurz- bis mittelfristigen Steigerung der Arbeitsfähigkeit über das genannte Ausmass hinaus (zumal unter den Bedingungen der freien Wirtschaft) ungünstig (Urk. 7/106/23).

Dr. C. ___ führte ferner aus, hinsichtlich der diagnostischen Einschätzung von Dr. Z. ___ in seinem Gutachten vom 20. September 2012 bestünden einerseits Diskrepanzen im Hinblick auf die Tatsache, dass zum damaligen Zeitpunkt eine depressive Störung nicht diagnostiziert worden sei, dies obwohl in der Vorgeschichte bereits mehrere depressive Episoden hätten eruiert werden können. Zum anderen sei die Diagnose einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung gestellt worden, diese habe in der aktuellen Untersuchung nicht mehr nachvollzogen werden können. Die vom Beschwerdeführer beschriebene Beschwerdesymptomatik sei in allererster Linie im Rahmen einer generalisierten Angststörung zu beurteilen gewesen. Die Schmerzsymptomatik habe nicht im Vordergrund der Beschwerdeschilderung gestanden. Nur vier Monate vor der Begutachtung durch Dr. Z. ___ sei im Übrigen Dr. D. ___ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 9. Mai 2012 zur Einschätzung einer mittelgradig depressiven Episode, vor allem ängstlich gefärbt, einer phobischen Symptomatik im Sinne einer Soziophobie sowie zur Verdachtsdiagnose generalisierte Angststörung vor dem Hintergrund einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung gelangt. Diese Einschätzung wiederum stehe weitgehend in Einklang mit der aktuellen Beurteilung. Insofern stehe die Beurteilung von Dr. Z. ___ im Vergleich zu den vorliegenden Arztberichten, der gutachterlichen Stellungnahme von Dr. D. ___ und nicht zuletzt auch der aktuellen Einschätzung weitgehend singular da. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, wie sie durch Dr. B. ___ und Dr. D. ___ gestellt worden sei, sei angesichts einer weitgehend unauffälligen schulischen, beruflichen und familiären Entwicklung nicht nachvollziehbar. Hier sei die Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung, wie sie Dr. Z. ___ in seinem Gutachten vom 20. September 2012 auch vorgenommen habe, zu bevorzugen. Gesamthaft sei angesichts der Arztberichte seit 2012 und aufgrund des aktuellen Untersuchungsergebnisses von einer einschneidenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur gutachterlichen Befundlage im September 2012 auszugehen, dies seit März 2014 (Urk. 7/106/25).

E. 3.3.2

Die für den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) tätigen

Dr. med. E. ___ , FMH Chirurgie, sowie Dr. med. F. ___ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielten in ihrer Stellungnahme vom 18. Mai 2016 (Urk. 7/113/5-7) fest, dass Gutachten von Dr. C. ___ sei ausführlich, bewerte die Aktenlage und die klinische Untersuchung sei vorhanden. Die Befunde und Diagnosen seien nicht plausibel und nicht nachvollziehbar.

Der angegebenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes könne nicht gefolgt werden. Es fänden sich zahlreiche Widersprüche im Gutachten von Dr. C. ___ . Laut Dr. B. ___ werde eine regelmässige Psychotherapie (alle ein bis zwei Wochen) durchgeführt. Im Gutachten von Dr. C. ___ werde eine Verbesserung dokumentiert, denn der Beschwerdeführer könne täglich das Haus verlassen (Spaziergänge in der Natur, Fitness zwei bis dreimal pro Woche). Insofern bestehe ein Behandlungserfolg. Ebenfalls fänden sich deutliche Zeichen für Ressourcen mit Zeitunglesen am Morgen, zwei bis dreimal Sport pro Woche, regelmässige Spaziergänge in der Natur, Autofahren und Erledigung der Hausarbeit mit der Partnerin. Diese Feststellungen stünden im Widerspruch zu den

Aussagen zu den Freizeitaktivitäten, dass der Beschwerdeführer nicht mehr lesen könne, er könne sich nicht konzentrieren, aber er lese jeden Morgen die Zeitung. Auch Reisen seien möglich, eine geplante Zahnbehandlung solle in Ungarn stattfinden. Im Rahmen der Spaziergänge wie auch der sportlichen Betätigung seien jederzeit soziale Kontakte möglich. Im privaten Bereich pflege der Beschwerdeführer Kontakte mit seinem Bruder, seiner Tante und seiner Lebensgefährtin, mit welcher er seit 22 Jahren in einer festen und harmonischen Beziehung lebe. Die angegebenen Dauerschmerzen (Kopfschmerzen) stünden im Gegensatz zu den sportlichen Aktivitäten und würden im Tagesablauf nicht angegeben, zudem werde regelmässiges und tägliches Fernsehen genannt. Dieses stehe ebenfalls im Gegensatz zu den angegebenen Kopfschmerzen. Aufgrund dieser zahlreichen Aktivitäten und Widersprüche könne die Arbeitsunfähigkeit von 80 % im ersten Arbeitsmarkt nicht nachvollzogen werden (Urk. 7/113/6). Die «Panikattacken» würden nicht geschildert, sondern nur Angstsymptome. Es fehle ferner ein beobachteter Befund zum «knabbern an den Fingern». Anhand des Befundes spreche vieles für ein ängstliches und depressives Geschehen. Allerdings folge der Gutachter weithin den subjektiven Darstellungen und erörterte kaum das positive Funktionsbild. Zum positiven Funktionsbild gehöre beeindruckenderweise die Fähigkeit, nach Ungarn zum Zahnarzt zu reisen. Da er es im Zug und Flugzeug nicht aushalte, scheine er wohl mit dem Auto nach Ungarn zu fahren, was doch eine beachtliche Konzentration und Ausdauer erfordere. Auch das Fitness (zwei bis dreimal pro Woche) belege ein erfreuliches Funktionsniveau. Auffallenderweise zeige der Beschwerdeführer sich beim Gutachter zwar «angespannt», aber ansonsten redselig und mitteilungsbedürftig, was gegen eine invalidisierende Störung spreche. Trotz seiner Störungen habe der Beschwerdeführer offensichtlich auch problemlos von Winterthur zum Gutachter nach Lenzburg pünktlich und alleine anreisen können. Im ICF gebe der Gutachter nur Punktwerte an, ohne Belege/Hinweise darzulegen. So bleibe das ICF nicht nachvollziehbar. Im Detail falle zum Beispiel auf, dass die schlechte Durchhaltefähigkeit (bewertet mit «3») nicht zum regelmässigen Fitness und zur langen Fahrt nach Ungarn passe. Daher seien das Ausmass der Störungen und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Entgegen der Darstellung des Gutachters, es fänden sich keine Diskrepanzen zwischen der Symptombeschreibung des Beschwerdeführers, der Schilderung des Tagesablaufes (Aktivitätsniveau) und dem aktuellen Untersuchungsbefund, zeigen sich bei kritischer und mehr objektiver Betrachtung doch erhebliche Unterschiede. Widersprüchlich diagnostiziere der Gutachter zwar eine Persönlichkeitsakzentuierung, spreche dann aber von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, obwohl er die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung explizit für «nicht nachvollziehbar» halte. Zusammenfassend sei aus fachpsychiatrischer Sicht das Gutachten nicht nachvollziehbar

(Urk. 7/113/7).

E. 3.3.3

Dr. B.____ hielt im beschwerdeweise eingereichten Bericht vom 6. Juni 2016 zu Händen des vertrauensärztlichen Diensts des Unfallversicherers (Urk. 3/5) fest, der Beschwerdeführer leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1), mit psychophysischer Erschöpfung (ICD-10 Z73.0), an einer Panikstörung (ICD-10 F41.0) und an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, schizoiden und narzisstischen Zügen (ICD-10 F60.8). Im Jahr 2000 habe sich erstmals eine Depression manifestiert. Im Frühling 2011 sei eine erneute depressive Symptomatik entstanden auf dem Boden einer Burnout-Situation bei extrem stressiger Arbeit. In der

Folge sei der Beschwerdeführer zweimal in der Klinik G.____ hospitalisiert (10. bis 30. Mai 2011

und 6. bis 26. März 2012) und einmal in der H.____ kurzhospitalisiert (24. bis 29. Oktober 2012) gewesen. Anschliessend sei es zu einer langsamen Bes serung und zum Wiedererreichen der Arbeitsfähigkeit im Frühling 2013 gekom men. Nach mühsamer Stellensuche habe er eine 100%-Stelle im bisherigen Tätigkeitsbereich im Herbst 2013 angetreten. Dabei sei erneut rasch eine Erschöp fungssituation und Überforderung durch den geforderten Arbeitsrhythmus auf getreten, weshalb er ab März 2014 erneut vollständig arbeitsunfähig gewesen und ihm später durch die Arbeitgeberin gekündigt worden sei. In den knapp zwei Jahren seit dem letzten Bericht hätten sich keine wesentlichen Veränderungen ergeben. Der Beschwerdeführer klage über dieselben Beschwerden, die abwech selnd etwas ausgeprägter oder etwas weniger stark, jedoch kontinuierlich bestün den, dies trotz Medikation mit Lyrica (300 mg täglich), Imovan (7,5 mg) und Temesta Expidet (1,0 mg in Reserve) (Urk. 3/5 S. 1). Seit August 2014 werde eine traumatherapeutische Therapie durchgeführt. Dies habe zu einer gewissen Linde rung der Symptomatik geführt, jedoch nicht zur Beschwerdefreiheit. Der Behand lungsverlauf sei damit nur zu einem gewissen Grad befriedigend. Solche kleinen Veränderungen würden aber wahrscheinlich auch in Zukunft erreichbar sein. Die ursprünglichen Behandlungsziele (Absenken des chronisch erhöhten Aktivie rungsniveaus und vegetativen Nervensystems, bessere emotionale Regulation der Ängste, verbesserte Erholungs- und Stresskapazität) seien ein Stück weit erreicht worden. Der Beschwerdeführer finde, dass sich der Zustand seiner Nerven insge samt etwas gebessert habe, insbesondere auch durch das Erlernen von Coping-Strategien (Urk. 3/5 S. 2-3). Der Beschwerdeführer wolle angesichts der nicht wirklich überzeugenden Therapiefortschritte die Therapiefrequenz bei höchstens einmal monatlich halten. Dies sei sinnvoll, da wesentliche Fortschritte nicht mehr zu erwarten seien. Man gehe von einer längerfristigen Therapie im Sinne einer lockeren Begleitung aus, mit Sitzungen alle vier bis sechs Wochen (Urk. 3/5 S. 3).

E. 3.3.4

Dr. med. I.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, ging im beschwerde weise eingereichten Bericht vom 5. Dezember 2016 zu Händen des Beschwerde führers (Urk. 3/6) davon aus, der positive Rheumafaktor/die Borreliose, die zunehmende Schmerzgeneralisierung/die somatoforme Störung sowie die psy chosozialen Belastungen (Erschöpfungssyndrom 1988, 2011, 2012) würden zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit führen (Urk. 3/6).

E. 4.1

Mit rechtskräftiger Verfügung vom 7. März 2013 verneinte die Beschwerde- geg nerin – bei einem Invaliditätsgrad von 20 % – einen Anspruch des Beschwerde führers auf eine Invalidenrente (Urk. 7/52). In der Folge trat die Beschwerdegeg nerin – nach Kenntnisnahme seines zwischenzeitlich erlittenen Auffahrunfalls – auf das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 7. August 2014 (Urk. 7/59) ein, wies sein Leistungsbegehren nach durchgeführten Abklä-rungen mit Verfügung vom 8. November 2016 indes wiederum ab (Urk. 2).

Zu prüfen ist, ob sich seit der Verfügung vom 7. März 2013 und der jetzt ange fochtenen Verfügung vom 8. November 2016 der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und/oder dessen erwerbliche Auswirkungen derart wesentlich verändert haben, dass er nunmehr Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

Die Beschwerdegegnerin stellte mit der angefochtenen Verfügung vom 8. November 2016 (Urk. 2) im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. C.____ vom 1. Februar 2016 ab (Urk. 7/106).

E. 4.2

Unstrittig und nicht näher zu prüfen ist der Gesundheitszustand in körperlicher Hinsicht, insbesondere unter Berücksichtigung der Folgen des Auffahrunfalls vom 23. August 2014. Die Parteien sind sich einig, dass seither – beziehungsweise seit der letzten materiellen Beurteilung des somatischen Gesundheitszustands – keine relevante Veränderung des körperlichen Gesundheitszustands erfolgt ist. Aus dem Bericht von Dr. I.____ (Urk. 3/6) vermag der Beschwerdeführer dies bezüglich mangels Nachvollziehbarkeit aufgrund fehlender Begründung der Arbeitsfähigkeitseinschätzung respektive der Diagnosestellung nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.

E. 4.3

Es ist nicht 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.

E. 4.4

3

Für die Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers ist so oder so die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands massgebend, was unabhängig von den gestellten Diagnosen ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 (vgl. E. 1.2.2) voraussetzt. Die vorliegenden Akten, insbesondere das Gutachten von Dr. C.____ vom 1. Februar 2016 (Urk. 7/106), erlauben eine solche Beurteilung. Weitere Abklärungen erübrigen sich daher.

E. 4.4.1

Die Schlussfolgerungen des psychiatrischen Gutachters Dr. C.____ (Urk. 7/106) vermögen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht zu überzeugen.

E. 4.4.2

Hinsichtlich der gestellten Diagnosen ist festzuhalten, dass allein eine neu hinzugetretene Diagnose nicht unbeschadet eine höhere Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Massgebend für den Grad der Arbeitsunfähigkeit ist nicht die Diagnose oder die Zahl der erhobenen Diagnosen, sondern die daraus resultierende Leistungseinschränkung, welche sich auch durch eine zusätzliche Beeinträchtigung nicht zwangsläufig erhöhen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_804/2015 vom 21. Juni 2016 E. 3.2). Mit einer neu hinzugetretenen Diagnose wird über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälern den Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3.5).

E. 4.5

Hinsichtlich der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist betreffend die «Gesundheitsschädigung» zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten,

dass die depressive Störung beziehungsweise die depressive Episode des Beschwerdeführers von Dr. C. ___ als «leicht bis mittelgradig» beschrieben wurde (Urk. 7/106/17). Angesichts der Umschreibung des Verlaufs der depressiven Symptomatik ist von einer schwankenden Ausprägung auszugehen. Zur generalisierten Angststörung ist dem Gutachten zu entnehmen, der Beschwerdeführer reagiere auf geringe Belastungen - wie Wahrnehmung von Terminen mit Versicherungen, mit dem Anwalt oder mit Ärzten - bereits phobisch (Urk. 7/106/20). Trotzdem vermochte der Beschwerdeführer laut den Angaben von Dr. C. ___ problemlos an der Begutachtung teilzunehmen. Der Beschwerdeführer beschrieb in seinem Tagesablauf keine Beeinträchtigungen, welche der depressiven oder der Angstsymptomatik zuzuordnen wäre. Er gab an, nicht mehr mit dem Zug oder Flugzeug reisen zu können (Urk. 7/106/8). Es war ihm aber möglich, sich mit dem Auto nach Ungarn zur Zahnbehandlung fahren zu lassen. Eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist damit zu verneinen.

Bezüglich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» ist darauf hinzuweisen, dass der Gutachter Dr. C. ___ die bisherige Therapie - welche aus einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit einer Konsultation pro Monat und Psychopharmaka bestand sowie wöchentlichen bis zweiwöchentlichen Terminen bei einem Psychologen (Urk. 7/106/11) - aus psychiatrischer Sicht als adäquat bezeichnete (Urk. 7/106/23). Aus seiner Sicht bestand jedoch Optimierungspotential im Hinblick auf die Etablierung einer suffizienten medikamentös-antidepressiven Behandlung. Eine Intensivierung der Behandlung im Sinne einer stationären oder halbstationären Behandlung erscheint laut Dr. C. ___ vor dem Hintergrund des mittlerweile mehrjährig bestehenden Störungsbildes nicht erfolgsversprechend (Urk. 7/106/23).

Von einer Ausschöpfung der Therapieoptionen kann vorliegend aber nicht die Rede sein, zumal seit der letzten Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands im September 2012 keine weiteren stationären Aufenthalte vollzogen wurden (vgl. Urk. 7/75/1), obwohl eine Verschlechterung der Symptomatik geltend gemacht wurde. Der Gutachter wies zwar darauf hin, dass von stationären Aufenthalten keine wesentlichen Verbesserungen zu erwarten seien, demgegenüber hielt der behandelnde Psychiater im Bericht vom 4. Dezember 2014 fest, die stationären Aufenthalte im Jahr 2012 hätten dem Beschwerdeführer gutgetan, er habe aber Mühe gehabt, diese Verbesserungen in den Alltag einzubauen. Es habe sich trotzdem eine langsame kontinuierliche Verbesserung ergeben (Urk. 7/75/3). Weshalb keine weiteren stationären Aufenthalte vorgesehen wurden, ist somit nicht nachvollziehbar.

Dr. B. ___ empfahl im Jahr 2014 denn auch einen solchen (Urk. 7/75/4). Seither ist seines Erachtens auch keine Veränderung des Zustands eingetreten. Im Jahr 2014 lag die Therapiefrequenz bei Dr. B. ___ noch bei einer Sitzung alle zwei Wochen (Urk. 7/72/8). Der Abbau der Therapiefrequenz auf einmal monatlich leuchtet nicht ein, wenn gleichzeitig eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend gemacht wird. Gestützt auf die Angaben des behandelnden Psychiaters sowie des psychiatrischen Gutachters Dr. C. ___ ist somit nicht von einer Therapieresistenz auszugehen, was ebenso auf einen geringen Schweregrad hinweist.

Bezüglich des Indikators «Komorbiditäten» ist neben den beiden psychiatrischen Diagnosen (generalisierte Angststörung mit paroxysmalen agoraphobischen und generalisierten Anteilen [ICD-10 F41.1] und rezidivierend depressive Störung, leicht- bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom [ICD-10 F33.01/F33.11]) zu

berücksichtigen, dass in körperlicher Hinsicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustands erfolgt ist und eine diesbezügliche Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit mit maximal 20 % zu beziffern sei (Urk. 7/52). Zur akzentuierten Persönlichkeit mit emotional-instabilen, histrionischen und narzisstischen Anteilen ist festzuhalten, dass Z-Diagnosen keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden darstellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 4.1).

Zur Persönlichkeit ist festzuhalten, dass gemäss dem Gutachter Dr. C.____

beim Beschwerdeführer die Ich-Funktionen nicht gestört sind. Zwar stellt Dr. C.____ (Urk. 7/106/17) – wie auch bereits der Vorgutachter Dr. Z.____ (Urk. 7/31/32) – akzentuierte Persönlichkeitszüge fest und führte aus, es bestehe eine ungünstige Wechselwirkung zwischen der depressiven Störung, der Angststörung sowie den zugrundeliegenden akzentuierten Persönlichkeitszügen (Urk. 7/106/31), doch wirken sich diese Persönlichkeitszüge angesichts des Aktivitätenlevels nicht ressourcenhemmend aus, respektive ist diesen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuzuschreiben.

Beim « sozialen Kontext » ist zu berücksichtigen, dass soziale Belastungen nach wie vor ausgeklammert bleiben, sofern sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen. Andererseits sind positive Lebensumstände, welche (mobilisierende) Ressourcen darstellen, einzubeziehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.3). Diesbezüglich gab der Beschwerdeführer an, dass sein Tagesablauf reduziert sei und ein reduziertes Aktivitätsniveau vorliege. Der Gutachter stellte jedoch auch fest, dass der Beschwerdeführer seit 22 Jahren in einer intakten und harmonischen Beziehung lebt (Urk. 7/106/7), er regelmässige soziale Kontakte, namentlich mit seiner Bruder, seiner Tante und seiner Lebenspartnerin hat (Urk. 7/106/8, Urk. 7/72/7), er zwei bis dreimal wöchentlich ins Fitnessstraining geht (Urk. 7/106/8) und er zudem gerne täglich spazieren geht, einen Personenwagen fährt und täglich fernsieht. Ob der Beschwerdeführer auf ärztliche Empfehlung die Fitnessstrainings absolviert oder dies aus Eigeninitiative erfolgt, ist nicht massgebend, da hiermit ohne weiteres ersichtlich wird, dass Fitnessstrainings einschränkungslos möglich sind.

Durch Wahrnehmen einer Zahnbehandlung in Ungarn zeigt der Beschwerdeführer sodann, dass er auch reisefähig ist (Urk. 7/106/8). Des Weiteren erledigt er zusammen mit seiner Partnerin die Haushaltsarbeiten (Urk. 7/106/8). Beim Beschwerdeführer sind mithin zahlreiche Ressourcen im Bereich Persönlichkeit und sozialer Kontakt vorhanden.

Alsdann ist den Akten zur Kategorie « Konsistenz » bezüglich des Indikators « gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen » zu entnehmen, der soziale Rückzug erstreckt sich nicht auf alle Lebensbereiche (Urk. 7/106/26). So verbringt der Beschwerdeführer einen relativ unauffälligen Alltag, fährt einen Personenwagen und liest täglich Zeitung, dies obwohl dem Gutachten von Dr. C.____ zu entnehmen ist, dass der Beschwerdeführer über intermittierende Kopfschmerzen klagt und der Beschwerdeführer angab, dass Lesen nicht mehr gehe und er sich nicht mehr konzentrieren könne (Urk. 7/106/8). Aufgrund dessen ist eine erhebliche funktionelle Einschränkung in allen Lebensbereichen zu verneinen.

Zum Indikator «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» ist festzuhalten, dass die gesunkene Therapiefrequenz seit der letzten Begutachtung im September 2012 nicht auf einen ausgeprägten Leidensdruck hindeutet.

Demzufolge sind unter Berücksichtigung der massgeblichen Standardindikatoren (insbesondere nicht erheblicher funktioneller Schweregrad der diagnostizierten Gesundheitsschädigung bei Vorliegen zahlreicher Ressourcen sowie Optimierungspotential in therapeutischer Hinsicht und eher auffällige Indikatoren in der Kategorie Konsistenz) mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine erheblichen funktionellen Auswirkungen der rezidivierenden leichten bis mittelgradigen depressiven Störung respektive der Angststörung – jedenfalls keine stärkeren als anlässlich der erstmaligen rentenabweisenden Verfügung vom 7. März 2013 - erstellt. Somit liegt nach wie vor kein rentenbegründender Gesundheitsschaden vor. Dass Dr. C. ___ von einer hohen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausging, ändert daran nichts.

E. 4.6

Zusammenfassend ist somit von keiner erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Verfügung vom 7. März 2013 auszugehen.

Damit erweist es sich als rechtens, dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenan spruch des Beschwerdeführers verneint hat. Die Beschwerde ist daher unbegrün det und abzuweisen. 5

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. 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 Mirjam Stanek Brändle - 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 Hurst Hausammann

E. 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, BGE 143 V 418). Die Rechtsprechung hat seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt. Sache des (begutachten den) 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 daraufhin, 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.

E. 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).

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