

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01141 vom 15. März 2000

ZH Sozialversicherungsgericht, 2000-03-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01141

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01141 du 15 mars 2000

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01141 del 15 marzo 2000

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1963, meldete sich erstmals am 14. Oktober 1999 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf ein Chronic Fatigue Syndrom (CFS) und eine Fibromyalgie (enorme Erschöpfung und Müdigkeit und sehr starke Schmerzen in den Extremitäten) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/10). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen lehnte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 15. März 2000 ab, da die Anmeldung für eine Rente verfrüht erfolgt sei (Urk. 7/17). Mit Schreiben vom 16. August 2000 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle (Urk. 7/19/ 2) an. Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen sprach die IV Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 4. Mai 2001 mit Wirkung ab August 2000 eine ganze Rente zu (Urk. 7/32).

Im Rahmen einer im Jahr 2004 von Amtes wegen eingeleiteten Revision (Revisionsfragebogen vom 23. April 2004, Urk. 7/35) wurde die ganze Rente gestützt auf einen unveränderten Invaliditätsgrad von 100 % bestätigt (Schreiben vom 9. Juni 2004, Urk. 7/38). Mit Verfügung vom 10. Juni 2004 wurde ein Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung verneint (Urk. 7/39).

Im Jahr 2008 holte die IV-Stelle im Rahmen einer von Amtes wegen eingeleiteten Revision (Revisionsfragebogen vom 22. Juli 2008, Urk. 7/41) das rheumatologische/psychiatrische Gutachten vom 14. April 2009 von Dr. med. Y.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, und Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein (Urk. 7/47). Mit Schreiben vom 15. April 2009 wurde die ganze Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % bestätigt (Urk. 7/61). Im Mai 2010 erfolgte ein neuer Einkommensvergleich, wonach dem Versicherten mit Schreiben vom 11. Juni 2010 mitgeteilt wurde, dass er gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 86 % weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente habe (Urk. 7/65).

Mit Schreiben vom 18. Oktober 2010 ersuchte der Versicherte um Kostenübernahme für Spezialschuhe (Urk. 7/68). Mit unangefochten in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 6. Januar 2011 (Urk. 7/75) wurde dies abgelehnt.

E. 1.2

Die IV-Stelle leitete im Jahr 2013 von Amtes wegen eine Rentenrevision ein (Urk. 7/76). Nach Einholung eines bidisziplinären Gutachtens (Rheumatologie und Psychiatrie, Urk. 7/86) hob die IV-Stelle mit Verfügung vom 26. März 2014 (Urk. 7/105) die Rente mit Wirkung auf den ersten Tag des zweiten Monats nach der Zustellung auf.

Die hiergegen erhobene Beschwerde vom 12. Mai 2014 (Urk. 7/108/3 ff.) wies das hiesige Gericht mit Urteil IV.2014.00502 vom 16. Dezember 2015 ab (Urk. 7/112). Das Bundesgericht wies die am 12. Februar

2016 erhobene Beschwerde (Urk. 7/113) mit Urteil 9C_131/2016 vom 9. August 2016 ab (Urk. 7/122).

E. 1.3

Noch vor Erlass des Bundesgerichtsurteils meldete sich der Versicherte am 29. März 2016 (Eingangsdatum) erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 7/115). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und liess den Versicherten insbesondere von den Ärzten des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD)

Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, untersuchen (Urk. 7/138-139). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 18. Juli 2017, Urk. 7/141; Einwand vom 7. September 2017, Urk. 7/145) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 20. September 2017 ab (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 20. Oktober 2017 Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung aufzuheben und es sei ein medizinisches polydisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Einholen eines versicherungsexternen Administrativgutachtens im Sinne von Art. 44 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), danach sei neu über die Angelegenheit zu befinden (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 22. November 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7/1-148), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. November 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

E. 2.1

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

E. 2.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 2.3.1

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 psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte 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 unbeschrieben 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 (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 2.3.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 2.3.3

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 2.4

). Sie beruhen auf fachärztlichen Untersuchungen durch die RAD-Ärzte und wurden in Kenntnis der Vorakten (Urk. 7/138/1) abgegeben. Sie würdigen die vorhandenen Arztberichte sorgfältig, insbesondere auch die Berichte von med. pract.

D.____ und Dr. C.____ und das psychiatrische Teilgutachten vom 13. November 2013 (Urk. 7/138/5

f.; Urk. 7/139/8). Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer ge klag ten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Dar legung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und schlüssig. 4.2

Dr. A.____ begründete nachvollziehbar, dass Suizidgedanken aufgrund von Schmerzen nicht für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung qualifizierten, womit diese von med. pract . D.____ im Bericht vom 11. Februar 2017 genannte Diagnose nicht nachvollzogen werden könne (Urk. 7/138). Damit stellt Dr. A.____ - entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers – ausrei chend dar, warum sie keine depressive Störung diagnostizierte.

Soweit der Beschwerdeführer kritisiert, dass die Anamnese unvollständig erfolgt sei, ist entgegenzuhalten, dass Dr. A.____ ihre Untersuchung in Vorkenntnis der Aktenlage durchführte und das Dossier bereits ausführlich Aufschluss gibt über die Anamnese, womit eine weitere detailreichere Befragung zur Anamnese nicht zwingend erschien.

Auch bezüglich der Inkonsistenzen machte Dr. A.____ - entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers - detaillierte Angaben. So führte sie aus, dass sich zwi schen den Aussagen des Beschwerdeführers und dessen Verhalten (unauffälliges Gangbild/Treppensteigen, lange Zeit auf dem Stuhl sitzen, entspannt und ruhig, ohne Anzeichen von Schmerzen) Inkonsistenzen gezeigt hätten. Auch habe er angegeben, dass es ihm seit der psychopharmakologischen Therapie seit Behand lung beim Psychiater seit April 2014 bessergehe. Im Gutachten 2013 sei aber schon die gleiche Medikation erwähnt worden. Er habe auch angegeben, Hof fnung auf eine Besserung zu haben, da er nach den Kuren merke, dass es ihm bessergehe. Vorher habe er jedoch angegeben, dass er nach den Kuren die gleich starken Schmerzen habe, die aber besser ertragen könne (Urk. 7/138/6).

Hinzu kommt, dass aus den Berichten von med. pract . D.____ nicht ge schlossen werden kann, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht erheb lich eingeschränkt ist - med. pract . D.____ hielt vielmehr vermehrt fest, dass der Beschwerdeführer durch die chronischen Schmerzen bzw. die Schulter problematik erheblich im täglichen Leben eingeschränkt sei. Gelegentliche de pressive Episoden schränkten ihn kurzfristig ein, seien aber in der jetzigen Arbeitsform nicht sozial gefährdend (Urk. 7/127/7 und Urk. 7/127/9; vgl. auch Urk. 7/131).

Damit vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers bzw. die im Recht lie gen den Berichte der behandelnden Ärzte und insbesondere von med. pract . D.____ die psychiatrische Beurteilung von Dr. A.____ nicht in Zweifel zu ziehen. 4.3

Der Beschwerdeführer bemängelte an der orthopädischen Untersuchung durch Dr. B.____ insbesondere, dass keine bildgebenden Verfahren angewandt worden

seien, was allerdings zwingend hätte geschehen müssen, um feststellen zu können , dass die vorhandenen schmerzhaften Bewegungs- und Belastungseinschrän kungen ohne somatisches Korrelat seien (vgl. Urk. 7/145/6 f.).

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Beschwerden bezüglich der Schultern hin reichend dokumentiert und die Dokumentation von Dr. B.____ entsprechend gewürdigt wurde (Urk. 7/139; vgl. hierzu Urk. 7/127/3 ff.) . Dr. B.____ führte seine Untersuchung des Weiteren in Kenntnis der Aktenlage durch (Urk. 7/139). Dass Dr. B.____ das Durchführen von

bildgebenden Verfahren bezüglich der weiteren geklagten Beschwerden als nicht erforderlich beurteilt, ist – insbesondere auch unter Berücksichtigung der vorliegenden medizinischen Akten, als auch der anlässlich der orthopädischen Untersuchung erhobenen Befunde - nicht zu beanstanden. 4.4

Da eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen nachvollziehbar und schlüssig verneint wurde, kann auf ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 verzichtet werden (vgl. E. 2.3).

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass der beweisrechtlich entscheidende Aspekt der Konsistenz ohnehin zu verneinen wäre: Behandlungs- und ein gliederungsanamnestisch ist ein Leidensdruck fragwürdig, da der Beschwerdeführer lediglich alle 3-4 Wochen, bei krisenhaften Zuständen häufiger, zu med. pract. D. ___ in die Therapie gehe. Eine stationäre Behandlung erfolgte - soweit aus den Unterlagen ersichtlich - seit der rentenaufhebenden Verfügung vom 26. März 2014 nicht (Urk. 7/138/2; vgl. auch Urk. 7/131/2). Hinzu kommt, dass sein Aktivitätsniveau beachtlich ist, so sei er unter anderem zuständig für den Haushalt

und die Zubereitung der Mahlzeiten, backe Kuchen und bereite Salate für das Café zu und helfe in der Gärtnerei mit (Urk. 7/139/3 f.). 4. 5

Zusammenfassend erweist sich der Sachverhalt gestützt auf die RAD- Untersuchungsberichte von Dr. A. ___ und Dr. B. ___

als genügend abgeklärt. Demnach ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich seit der Verfügung vom 26. März 2014 (Urk. 7/105)

keine anspruchsbeeinflussende Änderung der tatsächlichen Verhältnisse ergeben hat, da der Beschwerdeführer in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung des Gesundheitsschadens in der Schulter als voll arbeitsfähig zu qualifizieren ist. Die angefochtene Verfügung ist daher nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde abzuweisen. 5.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

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

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes

gesetzes 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 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstCasanova

E. 2.4.1

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen 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 ge stellten 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 psy chischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Dar legung 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, gebe nefalls 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. 2.4.2

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem exter ner medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxis gemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen ver fügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versiche rungs interner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Okto ber 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 3.

Die aktuelle medizinische Aktenlage stellt sich folgendermassen dar:

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neu anmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu verge wissern, 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 Verän derung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine an spruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Be schwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine und Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 5. Oktober 2016 folgende Diagnosen fest (Urk. 7/127): - Mittelschwere depressive Stimmungslage - Grossflächige Chondromalazie des Humeruskopfes Schulter links - Bursitis subacromialis mit Outlet- Impingement links - Schulterimpingement rechts - Chronisches Schmerzsyndrom - Chronische Refluxsymptomatik - Fibromyalgiesyndrom - Chronische Migräne - Peripher-zentrale vestibuläre Funktionsstörung rechts, Kleinschrift ny stag mus des vestibulo-oculären Reflexes und visuo-visuo-oculomom tori sche Funktionsstörung

Es liege eine ausgewiesene Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor. Die letzten drei Jahre hätten gezeigt, dass alle Ressourcen in Anspruch genommen worden seien zur Überwindung der Schmerzsymptomatik des Fibromyalgie syn droms und des Chronic Fatigue Syndroms. Eine zumutbare Arbeit habe nicht gefunden werden können. Körperliche Schwäche und verminderte Belastbarkeit bei fehlender Muskelmasse und der chronische Opiatgebrauch liessen keine regel mässige Tätigkeit zu. Neu seit 2013 seien die Komorbiditäten.

Degenerative Schulterprobleme hätten am 2 2. Dezember 2015 zu einer Acro mioplastik links geführt. Die artikuläre Schmerzsymptomatik betreffend die Schultern sei jedoch geblieben. Die rechte Schulter habe dieselbe Diagnose. Auf grund des ausbleibenden Erfolges der zu erwartenden Schmerzlinderung der lin ken Schulter sei von einem Eingriff rechts abgesehen worden. Eine körperliche Arbeit mit Heben von Gewichten sei darum nicht zumutbar.

Neu bestehe auch eine sich verschlechternde psychische Komorbidität. Diesbe züglich beanspruche der Beschwerdeführer rege l mässige psychiatrische Ge sprä che. Er leide unter dem hohen Medikamentenbedarf. Die antidepressiven Medikamente hätten im Verlauf erhöht werden müssen. Er beklage Appetit-, Schlaf- und Ver dauungsprobleme, welche in den letzten Jahren zugenommen hätten. Die Verdau ungsprobleme mit Meteorismus und Krampfanfällen hätten ebenfalls zu einem sozialen Rückzug geführt, was wiederum die depressive Entwicklung verstärkt habe.

Neu habe der Beschwerdeführer im Winter einen Herpes zoster am rechten Ober arm erlebt, welcher aufgrund der erheblichen Schmerzmedikation zu spät erkannt worden sei. Es sei

eine Zosterneuralgie geblieben, welche zu einer Steigerung der Schmerzdosierung geführt habe.

Ein Gewichtsverlust habe sich auf einem tiefen Niveau stabilisiert. Es bestehe jedoch eine allgemeine muskuläre Schwäche.

Es liege ein mehrjähriger chronifizierter Krankheitsverlauf mit ausgeprägter Schmerzsymptomatik vor, so dass eine Betreuung durch die Schmerzspezialisten der Klinik O.____ erfolgt sei, welche von der Krankenkasse zeitlich begrenzt mitgetragen worden sei. Nach Beendigung dieser ambulanten Therapie hätten die Analgetika wieder massiv ausgebaut werden müssen. Unbefriedigende Behandlungsbemühungen seien somit ausgewiesen.

Ein chronischer Schwindelzustand habe sich verschlechtert, ebenso die rasche Erschöpfung und die Kopfschmerzen. Die Anwesenheit in der Gastwirtschaft sei weiter zurückgegangen. Ein sozialer Rückzug sei ausgewiesen.

Die Behandlungsbemühungen des Beschwerdeführers seien vorhanden und alle samt gescheitert. Somit seien operativ, psychisch therapeutisch, physiotherapeutisch, medikamentös langjährige Therapiebemühungen ausgewiesen, welche trotz Willensanstrengung zu keiner Verbesserung oder Integration in den Arbeitsprozess geführt hätten. Die Beschwerden lägen gehäuft vor und dominierten den täglichen Ablauf. Ein strukturierter, planbarer Tagesrhythmus, welcher eine Arbeitstätigkeit im Minimum erfordere, sei nicht möglich. Eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % sei bleibend gegeben.

E. 3.2

Med. pract .

D.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 1. Oktober 2016 als psychiatrische Diagnose rezidivierende depressive Episoden leichten Grades bei somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01) fest (Urk. 7/127/7 ff.).

Durch die chronischen Schmerzen, bzw. durch die Schulterproblematik sei der Beschwerdeführer im täglichen Leben erheblich eingeschränkt. Er könne maximal 20-30 % einer leichten Tätigkeit nachgehen, indem er im Café des Freundes Kuchen backe und ein wenig aushelfe. Diese Tätigkeit sei der momentanen Belastungsfähigkeit gut angemessen.

Wegen der gelegentlichen depressiven Episoden sei er vermindert belastbar, aber in depressionsfreien Phasen sei er zu 20 bis maximal 30 % belastbar aufgrund der Gelenkssituation.

Andere psychosoziale Umstände bzw. invaliditätsfremde Ursachen seien zurzeit nicht relevant, da er in der jetzigen Lebensform gut aufgehoben sei.

Es bestehe kein Suchtproblem.

E. 3.3

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Verlaufsbericht von med. pract . D.____ vom 1. Februar 2017 hielt dieser fest (Urk. 7/131) , dass der Beschwerdeführer seit dem 2. April 2014 bei ihm in Behandlung sei. Es fänden alle 3-4 Wochen Behandlungen statt, bei krisenhaften Zuständen auch häufiger. Die letzte Kontrolle habe am 14. Dezember 2016 stattgefunden.

Die frühere schwierige Kindheitssituation habe zur Schwermütigkeit beigetragen, sei aber quasi gut verarbeitet. Zur Zeit seien vor allem die rheumatologischen Probleme relevant.

Durch die chronischen Schmerzen bzw. die Schulterproblematik sei der Beschwerdeführer wesentlich eingeschränkt. Er könne maximal 20-30 % einer leichten Tätigkeit im Café nachgehen. Er könne sich die Arbeitspausen selber einteilen um mit der Problematik umzugehen. Prognostisch würden sich die Gelenksbeschwerden weiterhin verschlechtern und in Zukunft werde sich die Belastbarkeit vermutlich weiterhin reduzieren, obwohl der Beschwerdeführer selber motiviert im Café mitarbeite.

E. 3.4

Dr. med. E. ____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 24. Februar 2017 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/133/4): - Chronische Schulterschmerzen beidseits bei - Schulterperiarthropathie bei Sehnenverkalkung beidseits - Status nach Arthroskopie, subakromialer Dekompression und Akromioplastik links Dezember 2015 - zusätzlicher Omarthrose links - Bursitis subdeltoidea - Fibromyalgiesyndrom - Periarthropathia

coxae beidseits

Die Schmerzen und die Funktionseinschränkungen der Schultern hätten leider trotz erfolgter Operation links (möglicherweise, weil zusätzlich eine progrediente Omarthrose bestehe) zugenommen, deshalb erfolge rechts vorläufig keine Schulteroperation.

Eine körperlich leichte, die Schulter und Arme nicht belastende, wechselbelastende Tätigkeit sei angepasst.

Die Leistungsfähigkeit sei um 50 % eingeschränkt und die Prognose ungünstig.

E. 3.5

RAD-Ärztin Dr. A. ____, untersuchte den Beschwerdeführer am 29. Mai 2017 und hielt in ihrem Bericht vom 21. Juni 2017 keine psychiatrischen Diagnosen mit langanhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/138/7). Ohne langanhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt sie 1) einen Verdacht auf eine somatoforme Störung (ICD-10 F45), am ehesten hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2) und 2) eine Opiatabhängigkeit, iatrogen (ICD-10 F11.24) fest.

Während der aktuellen psychiatrischen Untersuchung habe sich keine depressive Symptomatik gezeigt (Urk. 7/138/5 f.). Aufgrund der

Anamnese hätte auch keine früheren depressiven Episoden eruiert werden können. Suizidgedanken aufgrund von Schmerzen qualifizierten nicht für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung. Diese im Arztbericht von med. pract. D. ____, vom 11. Februar 2017 genannte Diagnose könne aus diesem Grund nicht nachvollzogen werden. Da kein organisches Korrelat vorliege, das die massiven Schmerzen erklären könnte, könnte eine somatoforme Störung vorliegen. Im Erleben des Beschwerdeführers zentral vorhanden sei eine somatoforme Schmerzstörung, mit recht diffus und pauschal beschriebenen Gelenkschmerzen, in praktisch immer gleicher Stärke. Die Schmerzstörung bestehe seit vielen Jahren und weise eine Chronifizierung auf. Ein psychodynamischer Zusammenhang der Schmerzen mit für den Beschwerdeführer (sonst) nicht lesbaren emotionalen/psychosozialen Belastungsfaktoren könne jedoch nicht erkannt werden, so dass diese Diagnose nicht gestellt werden könne. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 1

3. November 2013 sei die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt worden, allerdings ohne dass die Kriterien erfüllt gewesen seien.

Auch die Diagnose einer hypochondrischen Störung (ICD-10 F 45.2) könnte vorliegen. Hier sei das vorherrschende Kennzeichen eine beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden. Die Patienten manifestieren anhaltende körperliche Beschwerden oder anhaltende Beschäftigung mit ihren körperlichen Phänomenen. Normale oder allgemeine Körperwahrnehmungen und Symptome würden von dem betreffenden Patienten oft als abnorm und belastend interpretiert und die Aufmerksamkeit meist auf nur ein oder zwei Organe oder Organsysteme des Körpers fokussiert. Da der Beschwerdeführer eher Ängste habe, sich weitere Erkrankungen zuziehen zu können, als an diesen zu leiden und unklar sei, was genau vor dem Erstauftreten der Symptomatik vorgefallen sei und ob schon früher verschiedene Ängste vor Krankheiten bestanden hätten, könne diese Diagnose nicht klar vergeben werden. Offensichtlich sei jedoch, dass sich der Beschwerdeführer durch die Schmerzen als jemand fühle, um den sich andere kümmern müssten, was der Lebenspartner auch tue. Ein sekundärer Krankheitsgewinn könne so erkannt werden. Eine Aggravation könne höchstwahrscheinlich ausgeschlossen werden, da er sich auch im Alltag erheblich eingeschränkt beschreibe. Insgesamt habe bei der aktuellen Untersuchung die Diagnose einer somatoformen Störung (ICD-10 F45) nicht klar gestellt werden können, ein Verdacht könne jedoch geäußert werden. Eine weitere Möglichkeit bestehe darin, dass der Beschwerdeführer durch seine anhaltenden Schmerzbezeugungen problemlos auf verschiedene Opiatpräparate Zugriff bekomme. Denn dass eine iatrogene Opiatabhängigkeit (ICD-10 F 11.24) vorliege, könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden. Grundsätzlich bestehe keine psychiatrische Krankheit, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke.

Es zeigten sich Inkonsistenzen zwischen den Aussagen des Beschwerdeführers und dessen Verhalten (unauffälliges Gangbild/Treppensteigen, lange Zeit auf dem Stuhl sitzen, entspannt und ruhig, ohne Anzeichen von Schmerzen). Der Beschwerdeführer gebe an, dass es ihm seit der psychopharmakologischen Therapie durch den Psychiater seit April 2014 besser gehe. Im Gutachten 2013 sei aber schon die gleiche Medikation erwähnt worden. Er gebe an, Hoffnung auf eine Besserung zu haben, da er nach den Kuren merke, dass es ihm besser gehe. Vorher habe er jedoch angegeben, dass er nach den Kuren die gleich starken Schmerzen habe, die sie aber besser ertragen könne.

E. 3.6

RAD-Arzt Dr. B. ___ diagnostizierte chronische Schulterschmerzen beidseits bei Tendinitis calcarea beidseits, Status nach Schulter- Arthroskopie und subacromialer Dekompression und Akromioplastik links (Operation

Dezember 2015) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er folgende Diagnosen fest (Urk. 7/139/8): - Schmerzhaftes Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Halswirbelsäule (HWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) ohne somatischen Befund - Gelenkschmerzen (Handgelenk beidseits, Hüftgelenk beidseits, oberes Sprunggelenk [OSG] beidseits) ohne somatisches Korrelat

Seit der Aufhebung der IV-Rente am 26. März 2014 werde

der Beschwerdeführer vom Hausarzt Dr. C.____

zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit gebe es keine Angaben. Am 22. Dezember 2015 sei in der Klinik F.____, Orthopädie, eine Schultergelenksarthroskopie links durchgeführt worden, welche eine grossflächige Chondromalazie am Humeruskopf sowie Outlet-Impingement links gezeigt habe. Seit Dezember 2015 sei der Beschwerdeführer für schulterbelastende Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Bei der Prüfung der Arbeitsfähigkeit werde die letzte Tätigkeit als kaufmännischer Angestellter bei voller Erwerbstätigkeit berücksichtigt. In dieser Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

Bei dem 54-jährigen kaufmännischen Angestellten sei anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung (siehe ELAR) und der körperlichen Untersuchung vom 29. Mai 2017 ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen. Das mögliche Belastungsprofil umfasse leichte Tätigkeiten ohne Heben, Tragen und Transportieren von mittelschweren und schweren Lasten, ohne (beidseitiges) Arbeiten in Armvorhalteposition und Überkopfarbeiten, ohne Vibrationseinwirkungen. Das Belastungsprofil in der angestammten Tätigkeit entspreche dem Belastungsprofil in der angepassten Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei deshalb nicht beeinträchtigt. In seiner bisherigen Tätigkeit als kaufmännischer Angestellter bestehe 100%ige Arbeitsfähigkeit seit dem 26. März 2014. 4.

4.1

Die Untersuchungsberichte der RAD-Ärzte Dr. A.____ und Dr. B.____

erfüllen sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

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