

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01236 vom 31. Januar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01236

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01236 du 31 janvier 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01236 del 31 gennaio 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). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine

halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.4

Die IV-Stelle holte daraufhin einen ärztlichen Bericht (Urk. 7/205) ein und liess den Versicherten beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) orthopädisch (Urk. 7/216) sowie psychiatrisch (Urk. 7/217) untersuchen. Nach durchgeführtem

Vorbescheidverfahren (Urk. 7/219-236) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 30. Oktober 2017 einen Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/237 = Urk. 2).

E. 2

) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 30. Oktober 2017 (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass keine Einschränkungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten festgestellt werden können. Dem Beschwerdeführer seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in Wechselbelastung vollumfänglich zumutbar (S. 1). Ihm sei es möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften, weshalb kein Anspruch auf eine Rente bestehe (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt dem entgegen (Urk. 1), dass die eingeholten und eingereichten medizinischen Berichte einerseits neue Diagnosen belegen würden und andererseits die im Gutachten der A.____ erwähnte degenerative Wirbelsäulenveränderung zervikal und lumbal nun als fortgeschrittene Diskushernie diagnostiziert werde, was also einer Verschlechterung entspreche (S. 5). Die Beschwerdegegnerin habe die Arbeitsfähigkeit nicht mittels Gutachten abgeklärt, sondern lediglich einen RAD-Untersuchung angeordnet. Es handle sich bei diesen RAD-Gutachten um keine objektive Abklärung des Sachverhaltes, sondern um eine subjektive Wahrnehmung der RAD-Ärztin (S. 6 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob seit der rentenaufhebenden Verfügung vom 14. März 2013 (Urk. 7/117) eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist und ihm infolgedessen ein Anspruch auf eine Rente zusteht.

E. 3.1

Im Zeitpunkt der mit Urteil des Bundesgerichts vom 13. August 2014 (Urk. 7/142) bestätigten Verfügung (März 2013) stellte sich der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen wie folgt dar.

E. 3.2

Die Ärzte der B.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten zu handen der Unfallversicherung des Beschwerdeführers am 16. April 2003 (Urk. 7/38) gestützt auf die Unfallakten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 3.1): - Zustand nach Blow-out Fraktur medial inferior orbital links vom 12. Juni 2001, operativ versorgt am 20. Juni 2001, als Folge einer tätlichen Auseinandersetzung - posttraumatische

Anpassungs- oder Belastungsstörung nach Blow-out Fraktur am 12. Juni 2001 als Folge einer tätlichen Auseinandersetzung, verbunden mit einer Vielfalt teils ängstlich-depressiver, teils somatischer, teils somatoformer Symptome bei passiv-verweigerndem Interaktionsmodus auf dem Boden einer narzisstischen Dynamik (ICD-10 F43.2 oder ICD-10 F43.1/F45.1) - kognitive Leistungsschwankungen/-einschränkungen unklaren Ausmasses bei starker Überlagerung der Befunde durch andere Faktoren

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie eine grosse Narbe im Wangenbereich links nach Schnittverletzung Dezember 1998, Myokymien der fazialisversorgten Muskulatur linksseitig, ein zerviko-cephales zerviko-brachial linksbetontes Schmerzsyndrom sowie eine Lumboischialgie links (S. 18 Ziff. 3.2).

Sie führten aus, insgesamt wirke der Beschwerdeführer in der Untersuchungssituation deutlich niedergeschlagen. Neurologischerseits sei eine Gesichtssymmetrie augenscheinlich mit linksseitig tiefer liegendem Orbitaboden infolge der Blow-out Fraktur. In diesem Zusammenhang stehe auch die neuralgiforme Trigeminus-Schmerzsymptomatik im Ausbreitungsgebiet V1 und V2 (S. 19 f.). Orthopädischerseits bestätige sich die Gesichtssymmetrie mit Enophthalmus links, supra- und infraorbital ausgeprägter Druckschmerzhaftigkeit, sowie eine endgradig schmerzhaft eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit Angabe von Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des Musculus trapezius links seitig (S. 20 oben). Radiologisch, im Kernspintomogramm der LWS, bestünden Zeichen einer Diskopathie in sämtlichen Abschnitten mit mässigen degenerativen Veränderungen. Die HWS-Untersuchung sei allseits entsprechend unauffällig ausgefallen (S. 20 Mitte). Von psychiatrischer Seite falle eine ängstlich-depressive Symptomatik in leicht bis mittelschwerer Ausprägung auf mit Fokussierung auf die Sorge um die eigene Gesundheit. Neuropsychologisch hätten kognitive Leistungsschwankungen und Einschränkungen unklaren Ausmasses bei starker Überlagerung der Befunde durch externe Faktoren dokumentiert werden können (S. 20 unten).

E. 3.3

Med. pract. C. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 2. April 2004 (Urk. 7/45) und führte aus, es sei zu einer auch den weiteren Verlauf prägenden Chronifizierung der Symptome gekommen. Weder medikamentöse noch psychotherapeutische Interventionen hätten auf die somatoformen Symptome einen positiven Effekt gezeigt. Hingegen habe sich die depressive und ängstliche Symptomatik leicht gebessert. Es bestehe weiterhin eine mindestens 80%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 unten).

E. 3.4

Dr. med. D. ____, Facharzt für Neurologie, für Allgemeine Innere Medizin und für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. E. ____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, erstatteten ihr interdisziplinäres Gutachten zuhanden der Unfallversicherung des Beschwerdeführers am 6. Januar 2006 (Urk. 7/82/3-25) gestützt auf die Unfallakten, ein psychiatrisches sowie ein neurologisches Konsiliargutachten sowie die Befragung und Untersuchung des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 13 Ziff. 3.1): - persistierende Kopf- und Gesichtsschädelschmerzen links bei/mit: - Status nach Blow-out Fraktur medial inferior orbital links 12. Juni 2001, operativ versorgt 20. Juni 2001 - Zervikalsyndrom mit Funktionseinschränkung der HWS und deutlichen Osteochondrosen sowie Unkovertebralarthrosen mittelzervikal - sekundär reaktiven Tendomyosen linker

Schultergürtel mit klassischer referred-pain-Symptomatik - Schädigung des N. trigeminus links zweiter Ast mit Deafferenzierungsschmerz im ersten bis dritten Ast - ophthalmologisch Hebungseinschränkung links, dekompenzierte Exo- und Hyperphorie links und Verdacht auf V-Schielform (Juni 2005) - chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung nach Blow-out Fraktur am 12. Juni 2001 als Folge einer tätlichen Auseinandersetzung, verbunden mit einer Vielfalt teils ängstlich-depressiver, teils somatischer, teils somatoformer Symptome bei passiv-verweigerndem Interaktionsmodus auf dem Boden einer narzisstischen Dynamik (ICD-10 F43.1/45.1) - gegenüber der Voruntersuchung vom Oktober 2002 stärker ausgeprägte depressive Symptomatik schweren (bis mittelschweren) Ausprägungsgrades (ICD-10 F38.8), hingegen weniger ausgeprägte Intrusionen - periphere N. facialis-Läsion links vorwiegend den zweiten Ast betreffend bei/mit: - Status nach Schnittverletzung linke Wange Dezember 1998 - Reinnervation mit Fehlaussprossung und klinisch Myokymien und periorbitale N. facialis-Spasmen

Sie führten aus, bei der jetzigen Untersuchung des Beschwerdeführers zeigten sich gegenüber der Voruntersuchung im Wesentlichen keine neuen relevanten Aspekte. Neurologisch unter Miteinbezug der fachärztlich-neurologischen Untersuchung bestünden eine Hyp- und Dysästhesie in der linken Gesichtshälfte sowie periokuläre Kontraktionen links bei intaktem Augenschluss. In der psychiatrischen Exploration zeigte sich gegenüber der Voruntersuchung eine eher depressivere Stimmungslage mit verstärkter Klage über die Beschwerden mit Angabe ängstlich-depressiver Symptome (S. 16). Das wegen der Beschwerden und Funktionseinschränkung zervikal angefertigte Röntgenbild der HWS ergebe unter Berücksichtigung des Alters fortgeschrittene Osteochondrosen und mässige bis deutliche Unkovertebralarthrosen mittelzervikal. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, welche im grossen und ganzen mit kleinen quantitativen Abweichungen denjenigen vor drei Jahren entsprechen, seien durch die beschriebenen neurologischen und rheumaorthopädischen Befunde der Art und Lokalisation nachvollziehbar und für die typischen referred-pain-pattern auch provozierbar. Als Ursache der persistierenden Kopf- und Gesichtsschmerzen links liege eine Mischung aus einer Funktionsstörung der HWS bei deutlich degenerativen Veränderungen, einem deutlichen myofaszialen Schmerzsyndrom des ganzen linken Schultergürtels und den neurologisch verifizierten persistierenden Störungen nach der Blow-out Fraktur links mit Trigemini-Schädigung vor (S. 17). Gemessen an einem 100%igen Pensum würden die unfallkausalen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit polydisziplinär zusammengefasst 50 % betragen, zusätzlich die erwähnten qualitativen Einschränkungen (S. 22).

E. 3.5

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 13. Juli 2009 (Urk. 7/69) und führte aus, im Vordergrund stehe unverändert die chronische Schmerzsymptomatik. Die Situation sei in den letzten Jahren unverändert geblieben. Es sei auch nicht mit einer Veränderung (Verbesserung) zu rechnen (S. 3 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei nicht mehr arbeitsfähig (S. 3 Ziff. 1.7).

Am 12. April 2011 (Urk. 7/81) berichtete Dr. F.____ und führte aus, die Situation habe sich nicht verändert. Im Vordergrund stünden nach wie vor die chronischen Schmerzen. Es sei auch nicht mit einer Veränderung beziehungsweise Verbesserung zu rechnen. Der Beschwerdeführer sei unverändert zu 100 % arbeitsunfähig. Dies gelte für alle Tätigkeiten. Es sei nicht damit zu rechnen, dass er wieder erwerbsfähig werde (S. 2 Ziff. 1.4 und Ziff. 1.11).

E. 3.6

Die Ärzte der A.____ erstatteten ihr interdisziplinäres Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin am 6. November 2012 (Urk. 7/108) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 42): - vertebrale bis linksbetonte spondylogene Beschwerden zerviko-thorakal und lumbal mit/bei: - leichter Wirbelsäulenfehlstatik, muskulärer Dysbalance, beginnenden degenerativen Wirbelsäulenveränderungen zervikal und lumbal - Status nach Blow-out Fraktur links Juni 2001 mit/bei: - Enophthalmus links - Status nach Schnittverletzung links Wange 1998 mit/bei: - residuell leichter, mundastbetonter Fazialisparese links mit Myokymien der fazialisversorgten Muskulatur - sensibles Hemisyndrom links, keinem organischem Korrelat zuzuordnen - Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom links - Adipositas - Nikotinabusus

Sie führten aus, seitens der am Gutachten beteiligten Fachgebiete seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vergeben worden (S.

42 oben).

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration sei aktuell beim Beschwerdeführer ein unauffälliger psychischer Befundstatus festgestellt worden. Insbesondere hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer depressiven Störung mit eigenständigem Krankheitswert oder einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ergeben (S. 52 unten). Eine schwerwiegende behandlungsbedürftige psychiatrische Störung werde zumindest in den letzten Jahren für eher unwahrscheinlich gehalten (S. 53 oben). Vordergründig habe beim Beschwerdeführer teilweise eine klagende, defizit- und beschwerdeorientierte Schilderungsweise, welche sehr auf das stattgehabte Überfallgeschehen und auf die Schmerzen fixiert gewesen sei, bestanden. Der Beschwerdeführer sei auch mit sehr selbstlimitativen Äusserungen und Gebaren aufgetreten. Weiter sei bei ihm eine regressiv passive Forderungshaltung aufgefallen. Er sei zu einer gewissen Bedrücktheit geneigt, ohne dass eine anhaltende schwere depressive Affektivität auszumachen gewesen sei. Er habe sich mitunter auch nicht mehr über eine eigenständige depressive Symptomatologie beklagt, sondern habe sich mehrheitlich undifferenziert über diverse Schmerzen geäußert und sei thematisch auf das Überfallgeschehen vom Juni 2001 verhaftet gewesen (S. 42 unten). Der Beschwerdeführer habe angegeben, seit zirka 2003 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung zu sein, da kein Behandlungsbedarf mehr bestanden habe. Zusammengefasst werde aus gutachterlicher Sicht und auf Basis der Ergebnisse aktuell sowie gemäss Angaben des Beschwerdeführers eine anhaltende psychiatrische Störung gemäss ICD-10 nicht diagnostiziert. Auf psychiatrischem Gebiet sei der Beschwerdeführer aktuell als voll arbeits- und leistungsfähig einzustufen (S. 47 Mitte).

In der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung hätten sich inkonsistente Ergebnisse unterschiedlichen Ausmasses gezeigt, welche vor dem Hintergrund der Aktenlage, der Angaben des Beschwerdeführers, der Verhaltensbeobachtung sowie der Ergebnisse aufgrund einer nicht vorhandenen Leistungsbereitschaft im Sinne einer Aggravation zu interpretieren seien (S. 49 unten, S. 52 Mitte).

Die aus Sicht der Rheumatologie objektivierbaren Probleme, eine leichte Wirbelsäulenfehlstatik, eine muskuläre Dysbalance mit insbesondere druckdolenten Weichteilen, hingegen keine relevanten funktionellen Defizite, sowie radiologisch beginnende degenerative Veränderungen der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule, würden keine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beinhalten. Dies sei auch in früheren Beurteilungen und Gutachten festgehalten worden. Diesbezüglich seien keine neuen Aspekte anzufügen (S. 50 oben, S. 52 oben).

Aus neurologischer Sicht könne als Residuum beziehungsweise als Defektheilung der Schnittverletzung an der linken Wange eine leichte, mundastbetonte Fazialisparese links mit Myokymien der fazialisversorgten Muskulatur links festgehalten werden. Diese sei jedoch nicht in einem funktionell relevanten Ausmass vorhanden (S. 51 Mitte). Die im interdisziplinären Gutachten von 2006 postulierte Läsion des N. trigeminus links habe sich aktuell nicht bestätigen lassen und die angegebene Sensibilitätsminderung und Schmerzhaftigkeit der linken Körperhälfte liessen sich aus neurologischer Sicht keinem organischen Korrelat zuordnen (S. 52 Mitte). Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 51 oben).

Aus interdisziplinärer Sicht seien dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit und sämtliche leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Einschränkungen in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche ohne verminderte Leistungsfähigkeit zumutbar. Körperlich schwere Arbeiten könnten eine Exazerbation der vertebrealen bis spondylogenen Schmerzen zur Folge haben und seien daher eher nicht geeignet (S. 53). Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der etwas unklar vorliegenden Aktenlage die Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit seit zirka 2003/2004 nicht exakt eruierbar. Man könne allerdings davon ausgehen, dass der Grad der Arbeitsunfähigkeit zumindest in der näheren Vergangenheit bei 0 % anzusiedeln sei (S. 54 unten). Aus rheumatologischer Sicht seien die zurzeit zu objektivierenden muskuloskelettalen Beschwerden im Sinne einer vertebrealen bis spondylogenen Symptomatik initial. Erste Rapporte mit Auflistung derartiger Probleme gingen auf das Jahr 2002 zurück. In nachfolgenden interdisziplinären Beurteilungen sei dem Beschwerdeführer wegen Problemen seitens des Bewegungsapparates keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 54 f.). Aus neurologischer Sicht bestehe keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr (S. 55 oben). Somit sei aus interdisziplinärer Sicht festzuhalten, dass keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 20 % oder mehr bestehe und eine solche auch retrospektiv nicht bestätigt werden könne (S. 55 oben). Aus interdisziplinärer Sicht sei eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in den letzten Jahren nicht vorgelegen. Aufgrund der fehlenden medizinischen Daten könne insbesondere ein allfälliger Zeitpunkt bezüglich der Verbesserung des psychischen Zustandes nicht genau datiert werden, wobei die gutachterlichen Schlussfolgerungen von 2005 aktuell nicht zu bestätigen seien (S. 55 Mitte).

E. 3.7

Dr. F.____ berichtete am 26. Januar 2013 (Urk. 7/114/1-5) und führte aus, die Situation habe sich nicht verändert. Im Vordergrund stünden nach wie vor die chronischen Schmerzen. Der Beschwerdeführer sei unverändert zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei nicht damit zu rechnen, dass er wieder erwerbsfähig werde (S. 2 Ziff. 1.4).

E. 4.1

Seit dem Urteil des Bundesgerichts vom 13. August 2014 (Urk. 7/142) sind folgende medizinische Berichte zu den Akten genommen worden:

E. 4.2

Die Ärzte der G.____ berichteten am 17. September 2014 (Urk. 7/146/5-6) und nannten folgende Diagnosen: - andauernde Persönlichkeitsstörung bei chronischem Schmerzsyndrom und bei Status nach komplexer Traumatisierung (Gesichtsschädeltrauma, Traumatisierung im sozialen und beruflichen Bereich; ICD-10 F62/80; ICD-10 F62.88) - rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01) - posttraumatische Ticstörung mit Gesichtszuckungen im Trigeminiereich und episodischen Rülpslauten, differentialdiagnostisch posttraumatische Neuralgie im Trigeminiereich und Vagus Bereich nach Gesichtsschädeltrauma - Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Sie führten aus, dass sich durch das andauernde Schmerzsyndrom und eine komplexe Traumatisierung über die vergangenen 13 Jahre mit Gesichtsschädeltrauma, sozialem Gesichtsverlust durch Arbeitsunfähigkeit, Trennung von der Ehefrau und Familie, finanziellem Notstand und Rentenentzug beim Beschwerdeführer eine Persönlichkeitsstörung entwickelt habe, die im interpersonellen Bereich zu einer andauernden Störung mit Ansprechpersonen in der Umgebung des Beschwerdeführers geführt habe, so dass unter anderem medizinische Therapieversuche oder soziale Reintegrationsversuche wiederholt gescheitert seien in den letzten Jahren. Die rezidivierende depressive Störung zeige einen hartnäckigen Verlauf und werde oft durch die Persönlichkeitsstörung überlagert, maskiert oder aggraviert (S. 1). Zusammenfassend müsse gesagt werden, dass in der Vergangenheit diese psychiatrischen Symptomkomplexe kaum Eingang in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gefunden hätten (S. 2).

E. 4.3

Die Ärzte der H.____ berichteten am 19. März 2015 (Urk. 7/146/2-3) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 6. Januar bis 19. März 2015 und nannten folgende Diagnosen: - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F62.0; andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Status nach Blow-Out-Fraktur medial und inferior Orbita links, Kontusion Bulbi links und Jochbeinfraktur links nach Trauma am 12. Juni 2001 - Status nach Schnittverletzung Wangenregion links mit Neuralgien Dezember 1998 - zervikobrachiales Schmerzsyndrom - rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom (LVS) und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (LSS) Sie führten aus, dass das spezialtherapeutische Angebot durch ein psychotherapeutisches Einzelgespräch pro Woche und bis zu täglich stattfindende Bezugsperson-Gespräche ergänzt worden sei. Der Beschwerdeführer habe sich im Rahmen der stationären Therapie deutlich stabilisieren können. Bei glaubhafter Absprachefähigkeit bezüglich Selbst- und Fremdgefährdung sei der Beschwerdeführer wie geplant in die bestehenden Verhältnisse ausgetreten. Der Beschwerdeführer habe sich für kommenden Dienstag einen Termin bei seinem ambulanten Psychiater im Ambulatorium G.____ organisiert.

E. 4.4

Dr. med. I.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, berichtete am 24. August 2015 (Urk. 7/185/28) und nannte folgende Diagnosen: - komplexe posttraumatische Belastungsstörung (andauernde Persönlichkeitsänderung) - mittelgradige

depressive Episode - chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei mediolateraler Diskushernie L4/5 - chronisches Zervikovertebralsyndrom bei multisegmentalen degenerativen Veränderungen, mediane Diskushernie C3/4 - Status nach Blow-Out-Fraktur medial und inferior Orbita links - Doppelbilder beim Blick nach rechts

Sie führte aus, beim Beschwerdeführer handle es sich um eine erneute Zunahme der Lumbalgien/Lumboischialgien aber auch der Zervikalgien, wobei er regel mässige ärztliche Kontrollen und Analgetika benötige. Nebenbei bestehe eine schwere depressive Entwicklung, die mit Psychopharmaka und psychiatrischer Behandlung nicht wesentlich beeinflusst werden können. In Anbetracht der gesamten Situation sei er nicht arbeitsfähig. Er benötige weiterhin engmaschige ärztliche Kontrollen und medikamentöse Behandlung, wobei sich die Prognose zurzeit noch nicht mit Sicherheit feststellen lasse.

E. 4.5

Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 2. September 2015 (Urk. 7/185/29-30) und nannte folgende Diagnosen: - chronische und weitgehend therapieresistente Zervikalgie und Lumbalgie, mit radikulären Reizerscheinungen in den linken Extremitäten, ohne Hinweise für eine relevante Läsion einer zervikalen, lumbalen oder sakralen Wurzel - posttraumatische Trigemini-neuropathie links, bei Status nach Blow-Out-Fraktur links am 12. Juni 2001 mit Schädigung des N. trigeminus links - residuelle Facialisparese links, bei Status nach Schnittverletzung im Wangenbereich im Dezember 1998

Er führte aus, dass die Nacken- und Kopfschmerzen und die lumbalen Schmerzen eher zugenommen hätten (S. 1). Die lumbalen Schmerzen hätten in den letzten Monaten zugenommen, mit gleichzeitig verstärkten Schmerzausstrahlungen in beide Beine, hauptsächlich ins linke Bein. Neurologisch hätten sich die bekannten und diffus verteilten Hypästhesien an den linken Extremitäten, ohne erkennbares segmentäres Muster gefunden und bei seitengleich intakter Motorik hätten sich keine konkreten Hinweise für eine relevante Läsion einer zervikalen, lumbalen oder sakralen Wurzel ergeben (S. 2).

E. 4.6

Die Ärzte der G.____ erstatteten am 9. September 2015 ein Kurzgutachten zuhanden des Beschwerdeführers (Urk. 7/168/1-3) und führten aus, dass sich sein Gesundheitszustand seit der Begutachtung durch die A.____ ganz bestimmt verschlechtert habe. Gemäss Beurteilung der A.____ hätten damals keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und keine psychiatrischen Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestanden. Demgegenüber seien aus der Dokumentation der G.____ aus dem Jahre 2015 und aus dem Austrittsbericht der H.____ folgende Diagnosen zu entnehmen: - rezidivierende mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) - Hinweise für kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Status nach Blow-Out-Fraktur medial und inferior Orbita links, Kontusion Bulbi links und Jochbeinfraktur links nach Trauma am 12. Juni 2001 - Status nach Schnittverletzung Wangenregion links mit Neuralgien Dezember 1998 (Arbeitsunfall) - rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom (LVS) und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (LSS)

Sie führten aus, dass die oben erwähnten psychischen Störungen zu einem sozialen Rückzug und Schwierigkeiten, adäquate Kontakte zu Mitmenschen aufzubauen führen

würden. Ausserdem beständen kognitive Einschränkungen und Defizite auf der Ebene der Konzentration, der Ausdauer sich mit Problemen konstruktiv auseinanderzusetzen und dies zu verstehen. Weiter gebe es auch pervasive Überforderungen im zwischenmenschlichen Kontakt (Sozialdienst, Therapeuten, Tochter) sowie eine pervasive schmerzbedingte körperliche Leistungseinbusse im Alltag. Aus medizinisch-psychiatrischer Sicht könne von einer Arbeitsunfähigkeit zwischen 40 bis 70 % ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer habe im Juli 2015 selber den Vorschlag gemacht, anstelle einer Haftstrafe einen sozialen Arbeitsdienst anzutreten. Aktuell bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 13. August bis 13. September 2015 gemäss ärztlichem Attest vom 12. August 2015. Interkurrente rezidivierende depressive Episoden könnten mit einem Antidepressivum und einer stützenden Psychotherapie verbessert werden. Bezüglich der Persönlichkeitsveränderung und der kombinierten Persönlichkeitsstörung könnte der Beschwerdeführer von einer Milieuthherapie profitieren, eventuell auch in Kombination mit einer Beschäftigung im 2. Arbeitsmarkt (S. 2 f.). Die Prognose sei vorsichtig zu stellen. Möglicherweise seien die andauernden Persönlichkeitsveränderungen bereits so weit fortgeschritten und die kombinierte Persönlichkeitsstörung bereits so starr und rigide, dass auch eine Milieuthherapie mit Reintegration in den Arbeitsmarkt keine Verbesserung auf der psychischen Ebene mehr mit sich bringe (S. 3).

E. 4.7

Dr. med. K.____, Facharzt für Anästhesiologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 15. Dezember 2015 Stellung (Urk. 7/180/2-3) und führte aus, dass gestützt auf die Berichte der Ärzte der G.____ und Dr. I.____ auf das Gesuch einzutreten sei und der Beschwerdeführer antragsgemäss neu abzuklären sei. Es sei eine interdisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung durchzuführen.

E. 4.8

Med. pract. L.____, Oberarzt Psychiatrisch-Psychologischer Dienst, M.____, führte am 7. Juli 2016 (Urk. 7/191) aus, dass sich der Beschwerdeführer während seines Aufenthaltes im Vollzugszentrum in ambulanter psychiatrischer Behandlung befinde. Es liege eine lange und komplexe psychiatrische Vorgeschichte vor. Aus psychiatrischer Sicht wäre es für den Gesundheitszustand ungünstig, wenn der Beschwerdeführer seine Wohnung verlieren würde, und eine psychosoziale Überforderung mit psychischer Destabilisierung wäre zu erwarten.

E. 4.9

Die Ärzte des N.____ berichteten mit Austrittsbericht vom 18. Juli 2016 (Urk. 7/192/3-7) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 19. bis 22. Juni 2016 und nannten folgende Diagnosen: - langjähriges generalisiertes Schmerzsyndrom - akutenanamnestisch komplexe Persönlichkeitsstörung nach Traumatisierung - posttraumatische Belastungsstörung mit depressiver Symptomatik - depressive Störung - Inguinale Intertrigo - Diabetes mellitus Typ 2 - Hypovitaminose D, substituiert - Adipositas

Sie führten aus, dass eine notfallmässige Rettungsdienstzuweisung bei generalisierten Schmerzen aus dem O.____ erfolgt sei (S. 1). Klinisch, laborchemisch und elektrokardiographisch hätten sich keine wegweisenden Befunde, im Speziellen keine Entzündungskonstellation oder relevante Elektrolytstörungen gezeigt. Während der stationären Hospitalisation zur Schmerzbehandlung auf den ausdrücklichen Wunsch des Beschwerdeführers habe sich täglich und wiederholt eine deutliche Divergenz zwischen

angegebenem Schmerz ausmass und klinischer Objektivierbarkeit manifestiert. Nach Aktenstudium der diversen rheumatisch-orthopädischen, unfallchirurgischen und psychiatrischen Vorabklärungen und ergänzender Rücksprache mit dem vorbehandelnden Psychiater und der betreuenden Ärztin im Vollzug, würden die genannten Beschwerden in beinahe jedem Organsystem bereits suffizient abgeklärt, diagnostiziert und therapiert scheinen. Zudem sei der subjektive Leidensdruck des Beschwerdeführers klinisch sicher nicht objektivierbar. Insgesamt würden die genannten Beschwerden mit primär muskuloskelettaler Ätiologie und nachfolgend vermutlich deutlich somatoformer Aggravation interpretiert werden (S. 3).

E. 4.10

Med. pract. L. ___ berichtete am 14. Februar 2017 (Urk. 7/205) und nannte folgende Diagnosen: - aktenanamnestisch: komplexe Kriegstraumatisierung mit andauernder Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62)

Er führte aus, dass eine Überprüfung dieser Diagnose aufgrund des aufwendigen anamnestischen und fremdanamnestischen Abklärungsumfangs innerhalb der psychiatrischen Grundversorgung nicht möglich gewesen sei. Der Beschwerdeführer sei während eines Gefängnisaufenthalts zwischen dem 28. April und 7. Juli 2016 psychiatrisch betreut worden. Während des Behandlungszeitraums habe der Beschwerdeführer vornehmlich über somatische Beschwerden geklagt. Er habe über subjektives Erleben von Überforderung durch den psychischen Druck, den die Haft bei ihm auslöse, berichtet. Seitens des Beschwerdeführers habe ein hohes Bedürfnis nach paramedizinischen Massnahmen wie Massagen, Physiotherapie und Wärmetherapie bestanden. Psychopathologisch sei der Beschwerdeführer durch eine affektive Niedergestimmtheit und hohe Klagsamkeit aufgefallen. Ausgeprägtere kognitive Defizite hätten klinisch keine eruiert werden können (S. 1). Bezüglich Selbstfürsorge und Alltagsbewältigung habe ein hohes Vermeidungsverhalten bei gleichzeitig erhöhtem Anspruchsverhalten bestanden. Eine medikamentöse Therapie mittels Psychopharmaka habe keine stattgefunden (S. 2).

E. 4.11

Med. pract. P. ___, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, berichtete am 4. August 2017 über die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 11. Juli 2017 (Urk. 7/216) und nannte folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. 8): - generalisiertes Schmerzsyndrom mit Betonung der

Schulternackenregion und des linken Armes ohne Hinweise auf Nervenschädigungen oder Inaktivitätsatrophien - leichte Fehlstatik der

Wirbelsäule mit beginnenden Degenerationen der Wirbelsäule - Senkfüsse

Sie führte aus, dass der Beschwerdeführer bei leichtem Beklopfen der Schädelkalotte über Schmerzen im Bereich des seitlichen Halses, des Nackens und der Schultern klagte. Das Betasten der Dornfortsätze, der Hinterhauptlinie und der paravertebralen Strukturen der Halswirbelsäule führe nach seiner Angabe zu Schmerzen bis in das Gesäss, in die Ohren und in die Schulterregion. Bei Prüfung der Halswirbelsäulen (HWS) -Beweglichkeit schreie er. Die Beweglichkeit der HWS sei bei massivem muskulärem Gegenspannen nicht konklusiv prüfbar. Die Spontanbeweglichkeit liege deutlich über dem Bewegungsausmass in der Untersuchungssituation. Bei der Untersuchung bestünden keine vegetativen

Anzeichen von Schmerz (S. 4 oben) . Bezüglich der Brustwirbelsäule (BWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) führte sie aus, dass eine etwas vermehrte Kypho - seschwingung der BWS und eine leicht abgeschwächte Lendenlordose bestünden. Die Wirbelsäule sei im Lot . Eine konklusive Prüfung der Beweglichkeit der Brust - und Lendenwirbelsäule sei nicht möglich. Die diffusen Schmerzen in allen Abschnitten der

Wirbelsäule bei Betasten der Dornfortsätze oder der paravertebralen Muskulatur seien bei Ablenkung nicht reproduzierbar. Es zeigten sich keine vegetativen Reaktionen als Hinweis auf Schmerzen. Exklusiv werde der Dornfortsatz Th9 als massiv schmerzhaft mit Schreien und Ausweichen bei Betasten demonstriert. Diese Reaktion sei unter Ablenkung nicht reproduzierbar. Die gezeigten Bewegungsausmassen lägen deutlich unter denen der spontanen Beweglichkeit (S. 4 unten). Das Betasten der Clavicula führe links zu einer generalisierten Schmerzangabe über dem gesamten Verlauf der Clavicula, rechts würden Schmerzen des lateralen Drittels geklagt. Das Betasten des AC-Gelenkes löse nach Angabe des Beschwerdeführers Dysästhesien des 4. und 5. Fingers rechts aus. Auf der linken Seite führe das Betasten des AC-Gelenkes zu Schmerzen im gesamten linken Arm und Ohr. Weiter würden durch Betasten des AC-Gelenkes Dysästhesien aller Finger links ausgelöst. An beiden Schultern bestünde eine diffuse Druckschmerzhaftigkeit über allen anatomischen Strukturen. Die Beweglichkeit der Schultergelenke sei mit aktivem Gegenpressen nur eingeschränkt prüfbar (S. 5 oben) . Es bestünden ausgeprägte Gebrauchsspuren an allen Fingerkuppen der rechten Hand sowie links ausgeprägte Gebrauchsspuren der Fingerkuppen am ersten bis vierten Finger. Hinweise auf Muskelatrophien der Hände seien keine feststellbar (S. 6 oben) . Es bestehe ein flüssiges Gangbild ohne Hilfsmittel . Beim Prüfen der Hüftgelenksbeweglichkeit und der Kniegelenksbeweglichkeit mache der Beschwerdeführer eine Angabe von starken Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule. Bei kräftigem Gegenpressen sei eine konklusive Bewegungsprüfung nicht möglich. Verwertbare und reproduzierbare Bewegungsausmassen seien nicht zu ermitteln (S. 6 Mitte)

Bei der

segmentalen Untersuchung der groben Kraft sei keine Reduktion der Kraft in den Kennmuskeln der oberen und der unteren Extremitäten beidseits aufgefunden, allerdings bei eingeschränkter Beurteilbarkeit aufgrund mangelnder Compliance . Die geklagten Sensibilitätsstörungen seien diffus gewesen und hätten keinem Dermatome und keiner peripheren Nervenstruktur zugeordnet werden können (S. 8 oben).

Wie schon im Gutachten der A. ___ 2012 hätten sich bei der Untersuchung keine objektiven Hinweise auf dauerhafte Funktionsminderungen im Bereich des Bewegungsapparates gefunden . Die im Gutachten beschriebene leichte Fehlstatik der

Wirbelsäule bestünde weiterhin.

Weiterhin finden sich keine Hinweise auf ein radikales Geschehen. Wie schon zum Gutachtenzeitpunkt seien die geklagten Schmerzen nicht durch objektive Befunde zu stützen. Die gezeigten Schmerzreaktionen seien inkonsistent und bei Ablenkung nicht reproduzierbar. Vegetative Reaktionen, die auf Schmerzen schließen lassen würden, hätten nicht beobachtet werden können . Die von Dr. I. ___

im August 2015 attestierte Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Zunahme der Schmerzen habe nicht nachvollzogen werden können . Auch der Hausarzt Dr. F. ___ stelle

fest, dass sich der Gesundheitszustand chronifiziert habe und eine Besserung nicht zu erwarten sei. Im Rahmen der RAD-Untersuchung seien die Serumspiegel von Paracetamol, Escitalopram und Pregabalin (Lyrica) bestimmt worden. Während Paracetamol in wirksamer Konzentration nachweisbar gewesen sei, habe Lyrica nicht nachgewiesen werden können. Das schliesse eine Einnahme am Vorabend nicht unbedingt aus. Da auch Escitalopram in wirksamer Konzentration nachgewiesen worden sei, könne davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer seine Medikation wie angegeben eingenommen habe. Hinweise auf eine beeinträchtigte Schwindelsymptomatik hätten sich ebenfalls nicht gefunden. Positionswechsel wie Aufstehen aus Sitzen und Liegen, das Drehen im Stand, Richtungswechsel beim Gehen, Zehen-, Fersen- und Einbeinstand sowie das Treppab- und Treppaufgehen hätten keine sichtbare Gang- oder

Standunsicherheit verursacht (S. 8).

Der Neurologe Dr. J.____ schreibe im September 2015, dass sich im Vergleich zur

Voruntersuchung vom April 2014 grundsätzlich keine Änderung ergeben habe. Neurologisch hätten sich die bekannten und diffus verteilten Hypästhesien an den linken Extremitäten gefunden, ohne erkennbares segmentäres Muster hätten sich keine konkreten Hinweise für eine relevante Läsion einer zervikalen, lumbalen oder

sakralen Wurzel ergeben. Auch die Berichte des N.____ von Juni 2016 und Juli 2016

würden keine Hinweise auf eine dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustands gegenüber Mai 2015 enthalten. Aus medizinisch-somatischer Sicht könne weiterhin auf das Gutachten der A.____ von November 2012 abgestellt werden (S. 9).

Bei dem fast 57-jährigen ehemaligen Mitarbeiter Gastronomie/Bäckerei sei anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung

und der körperlichen Untersuchung vom 11. Juli 2017 kein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige. Für körperlich leichte bis mittel schwere, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit (100%). Der Gesundheitszustand habe sich seit Mai 2015 nicht wesentlich verändert (S. 9).

E. 4.12

Dr. med. Q.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, berichtete am 4. August 2017 über die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 11. Juli 2017 (Urk. 7/217) und führte aus, dass sich während der psychiatrischen Untersuchung keine Anzeichen von Schmerzen und keine Positionswechsel gezeigt hätten. Die Kontaktaufnahme sei problemlos gelungen, der Beschwerdeführer sei insgesamt freundlich und offen, aber auch klagsam gewesen. Bei bestimmten Themen oder wiederholten Fragen habe er dysphorisch, gereizt bis wütend reagiert, habe sich aber sofort wieder auf ein neues Thema einstellen können (S. 3 unten).

Insgesamt hätten sich keine fassbaren Hinweise auf echte Aufmerksamkeits-, Konzentrations-, Gedächtnis- oder Auffassungsstörungen ergeben. Der Beschwerdeführer sei während der ganzen drei Stunden und 45 Minuten aufmerksam und konzentriert gewesen. Das Gedächtnis sei unauffällig gewesen (S. 4 Mitte).

Insgesamt sei das Denken während des Gesprächs formal eingengt gewesen, vor allem auf die Streichung der IV-Rente und die daraus resultierenden finanziellen Probleme.

Weitere Auffälligkeiten hätten nicht bestanden (S. 4 unten). Im Affekt sei der Beschwerdeführer euthym und die Schwingungsfähigkeit sei uneingeschränkt gewesen.

Der Beschwerdeführer habe eine grosse emotionale Spannbreite gezeigt. So habe er frustriert, dysphorisch und gereizt, zuweilen wütend, dann aber auch witzig und aufgestellt sein können. Während der Untersuchung habe der Beschwerdeführer im Antrieb nicht eingeschränkt gewirkt. Während der gesamten psychiatrischen Untersuchung und dem orthopädischen Gespräch sei der Beschwerdeführer - bis auf das etwa drei malige Gesichtszucken und etwa sechs malige Rülpsen - ohne psychomotorische Auffälligkeiten oder Anzeichen von Schmerzen auf seinem Stuhl gesessen. Der Beschwerdeführer habe sich extrem krankheitseinsichtig gezeigt, was etwas unglaubwürdig wirkt. Im Gespräch hätten sich keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung ergeben. Der Beschwerdeführer

habe gegen Schluss der Untersuchung, völlig zusammenhangslos erwähnt, dass er auch schon daran gedacht habe, nicht mehr leben zu wollen.

Genauere Angaben über wann

/

wie oft

/

mit welchen Mitteln habe er aber nicht machen können (S. 5 oben).

Bezüglich Selbstwahrnehmung führte sie aus, dass sich der Beschwerdeführer viel zu krank sehe, um arbeiten zu können. Im Verlauf habe er dann aber gemeint, dass, wenn die Schulter-/Nackenbeschwerden nicht wären, er doch etwas arbeiten könnte (S. 5 unten).

Freude könne er vor allem an und mit der jüngeren Tochter empfinden.

Aufgrund verschiedenster Inkonsistenzen könne

eine Aggravation bei sekundärem Krankheitsgewinn nicht ausgeschlossen werden. Es gebe Hinweise auf Selbstlimitierung (S. 6 oben).

In der aktuellen Untersuchung habe keine depressive Symptomatik erkannt werden können. Der Beschwerdeführer habe eine grosse emotionale Spannbreite gezeigt. Die Schwingungsfähigkeit sei uneingeschränkt. Insgesamt sei der psychopathologische Befund in der aktuellen Untersuchung unauffällig gewesen. Immer wieder seien anhaltende Persönlichkeitsänderungen diagnostiziert worden, problematisch allerdings sei der jeweilige Grund dieser angeblichen Änderung. Im Bericht der R. ___ von April 2015 heisse es nach Extrembelastung (F62.0), weiter hinten im Bericht werde angegeben, bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) und nach komplexer Traumatisierung (Gesichtsschädeltrauma, Traumatisierung im sozialen und beruflichen Bereich; F62.88). Im Bericht des Psychiatrisch-psychologischen Dienstes vom Februar 2017 heisse es „nach komplexer Kriegstraumatisierung“, obwohl der Beschwerdeführer nie im Krieg gewesen sei. Grundsätzlich aber seien die Kriterien für eine andauernde Persönlichkeitsänderung, welcher Genese auch immer, nicht erfüllt: Eine solche Störung sei gekennzeichnet durch eine hochgradige Abhängigkeit sowie Anspruchs- und Erwartungshaltung gegenüber anderen (der Beschwerdeführer verlange klar eine IV-Rente), eine Überzeugung, durch die Krankheit verändert oder stigmatisiert worden zu sein (beim Beschwerdeführer bestehe die

Überzeugung, seit dem Unfall völlig arbeitsunfähig zu sein). Dies führte zu einer Unfähigkeit, enge und vertrauensvolle persönliche Beziehungen aufzunehmen und beizubehalten, sowie zu sozialer Isolation (der vom Beschwerdeführer beschriebene soziale Rückzug beruhe nach seinen Angaben darauf, dass sich die früheren Kollegen seit seinem Unfall im 2001 von ihm zurückgezogen hätten). Ferner fanden sich Passivität, verminderte Interessen (weiterhin interessiere sich der Beschwerdeführer für Politik und Fussball) und Vernachlässigung von Freizeitbeschäftigungen (die Hobbies (Fussball spielen, Fitness) habe der Beschwerdeführer, gemäss seinen eigenen Aussagen, wegen der Schmerzen nicht mehr durchführen können), ständige Beschwerden über das Kranksein (der Beschwerdeführer habe sich aktuell vorrangig über die Ungerechtigkeit beschwert, dass ihm die IV-Rente gestrichen worden sei), oft verbunden mit hypochondrischen Klagen und kränkelndem Verhalten, dysphorische oder labile Stimmung (hier vor allem im Zusammenhang mit der empfundenen

Ungerechtigkeit, dass ihm die IV-Rente gestrichen worden sei), die nicht auf dem Vorliegen einer gegenwärtigen psychischen Störung oder einer vorausgegangenen psychischen Störung mit affektiven Residualsymptomen beruhe. Schließlich bestünden seit längerer Zeit Probleme in der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit (diese Probleme bestünden im sozialen Bereich nicht, im beruflichen Bereich vor allem aufgrund der Selbstlimitierung; S. 6 f.).

Eine andauernde Persönlichkeitsänderung aufgrund chronischer Schmerzen sei nicht wirklich nachvollziehbar. Eine Persönlichkeitsänderung nach Kriegstraumata sei absolut nicht nachvollziehbar, auch nicht nach einem Gesichtsschädelt trauma 2001, hier würde am ehesten noch eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) diagnostiziert werden können, allerdings seien die Kriterien dafür nicht erfüllt. Traumatisierungen im sozialen und beruflichen Bereich seien kein Eingangskriterium für die Diagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung (S. 7 oben).

Weiter sei im psychiatrischen Kurzbericht der G.____ vom September 2014 die Diagnose einer posttraumatischen Ticstörung (F95.9) gestellt worden, die nicht nachvollzogen werden könne, da eine solche nicht existiere. Eine Tic-Störung müsse immer vor dem 18. Lebensjahr begonnen haben. Zudem seien während der gesamten drei Stunden und 45 Minuten dauernde Untersuchung etwa 3 „Zuckungen“ aufgetreten.

Aufgrund der Schmerzen, für die es kein somatisches Korrelat gebe, müsse die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung diskutiert werden: Die Schmerzstörung bestעה seit zirka 2001 und weise eine Chronifizierung auf. Ein psychodynamischer Zusammenhang der Schmerzen mit einer für den Beschwerdeführer (sonst) nicht lösbaren emotionalen/psychosozialen Belastungsfaktoren könne jedoch nicht erkannt werden. Zudem würden die Schmerzen zwar vom Beschwerdeführer als extrem beschrieben, jedoch benenne er als Hauptbelastung seine psychosoziale Situation, insbesondere die Streichung der IV-Rente. In diesem Sinne könne diese Diagnose nicht gestellt werden.

Insgesamt spreche die mangelnde Behandlungsmotivation gegen einen hohen Leidensdruck.

Der Beschwerdeführer habe sich seit 2003 erst wieder bei einem Psychiater gemeldet, nachdem die IV-Rente gestrichen worden sei. Bisher hätte keine Therapie geholfen, es sei jeweils sogar schlechter gegangen. Da der letzte Behandler ihn für hafterstehungsfähig

gehalten habe, habe er sogar vier Monate im Gefängnis verbringen müssen. Jetzt habe er den Psychiater gewechselt .

Aufgrund der als unauffällig geschilderten Kinder- und Jugendzeit könne keine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt werden. Beim vom Beschwerdeführer angegebene n Stimmenhören müsse von fraglich authentischen akustischen Halluzinationen ausgegangen werden, da nicht über kommentierende, beleidigende, befehlende oder dialogisierende Stimmen berichtet worden sei . Auch bei den Angaben über Schatten in der Wohnung, stelle sich die Frage nach authentischen optischen Halluzinationen.

Erhebliche Diskrepanzen hätten erkannt werden können : Insgesamt seien die Beschwerden diffus, in unterschiedlichem Kontext unterschiedlich und wenig nachvollziehbar beschrieben worden (S. 7) .

Befragt über die psychischen Einschränkungen, habe der Beschwerdeführer nur auf die Berichte verwiesen , dort stehe, worunter er leide. Eine Symptomatik habe er nicht klar angeben können . Immer wieder habe er die schwierige psychosoziale Situation beklagt (S. 8 oben).

Das Verhalten habe nicht den geschilderten Beschwerden entsprochen , so habe der Beschwerdeführer fast vier Stunden gut konzentriert bei der Befragung mitmachen können. Er habe keinerlei schmerzbedingte Einschränkungen oder Positionswechsel gezeigt. Bei der körperlichen Untersuchung hingegen habe er praktisch bei jedem Untersuchungsschritt Schmerzen angegeben . Auf dem Untersuchungstisch liegend habe er Schwindel angegeben , auch beim Aufstehen . Danach habe er aber trotzdem den Zehen-, Fersen- und Einbeinstand problemlos durchführen können . Auf die Frage der Art des Schwindels habe er diesen nicht präzisieren können. Einmal sei es ein Schwankschwindel, dann wieder ein Drehschwindel gewesen . Insgesamt spreche einiges gegen eine Schwindelsymptomatik. Insgesamt - mit Ausnahmen der Inkonsistenzen – hätten die Angaben der Beschwerden in etwa denjenigen im A.____-Gutachten 2012 entsprochen. Damals seien keine psychiatrischen Diagnosen mit oder ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden , was auch der aktuellen Beurteilung entspreche (S. 8 unten).

Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Einschränkungen, die nach einer Aufbauphase die Arbeitsfähigkeit beeinflussen könnten. Aus psychiatrischer Sicht spreche das Belastungsprofil der bisherigen Tätigkeit (S. 9) .

E. 5.1

Wie bereits in Erwägung 5.1 des Urteils vom 10. Juni 2016 (Urk. 7/189) festgehalten, konnten zum Zeitpunkt des Urteils des Bundesgerichts vom 13. August 2014 beim Beschwerdeführer gestützt auf das Gutachten der Ärzte der A.____ vom 6. November 2012 (vgl. vorstehend E. 3.6) insbesondere durch die Rückbildung der psychischen Leiden nunmehr keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr festgestellt werden. Es wurde ein unauffälliger psychischer Befundstatus festgestellt und der erhobene klinische rheumatologische Befund bot keine Hinweise für relevante funktionelle Defizite. Gestützt darauf wurde dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer leichten bis mittel schweren wechselbelastenden Tätigkeit attestiert.

E. 5.2

Anlässlich der Untersuchung durch die RAD-Ärztin im Juli 2017 (vgl. vorstehend E. 4.11) bestand zwar immer noch eine subjektiv schmerzhaftes Bewegungs- und Belastungseinschränkung, Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden jedoch keine festgestellt. Der Beschwerdeführer war zudem fähig, sich spontan flüssig zu bewegen. Die RAD-Ärztin stellte fest, dass die gezeigten Schmerzreaktionen inkonsistent und bei Ablenkung nicht repro duzierbar seien. Somit seien die geklagten Beschwerden nicht durch objektive Befunde zu stützen. Hinweise für ein radikuläres Geschehen fanden sich weiterhin nicht. Seitens des RAD wurde ein Belastungsprofil dargelegt, wonach der Beschwerdeführer nach wie vor für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig sei. Von einer wesentlichen Verschlechterung kann demnach nicht ausgegangen werden.

E. 5.3

Auch in psychischer Hinsicht ist nicht von einer wesentlichen Verschlechterung auszugehen. So vermochte die RAD-Ärztin im Juli 2017 weiterhin keine psychiatrische Diagnose zu stellen (vgl. vorstehend E. 4.12). Sie führte in nach vollziehbare Weise aus, dass sich in der Untersuchung keine Hinweise auf echte Aufmerksamkeits-, Konzentrations-, Gedächtnis- oder Auffassungsstörungen ergeben hätten. Auch eine depressive Symptomatik habe aktuell nicht erkannt werden können, zumal der Beschwerdeführer eine grosse emotionale Spannbreite gezeigt habe und die Schwingungsfähigkeit uneingeschränkt gewesen sei. Gegen einen hohen Leidensdruck spreche zudem auch die mangelnde Behandlungsmotivation. Zu den von anderen Ärzten genannten anhaltenden Persönlichkeitsänderungen machte die RAD-Ärztin in ausführlicher Weise darauf aufmerksam, dass die Kriterien für diese Diagnose - egal welcher Genese - nicht erfüllt seien. Auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung könne nicht gestellt werden. Ein psychodynamischer Zusammenhang der Schmerzen mit einer für den Beschwerdeführer nicht lösbaren emotionalen/psychosozialen Belastungsfaktor sei nicht zu erkennen. Es bestünden keine Einschränkungen, die nach einer Aufbauphase die Arbeitsfähigkeit beeinflussen könnten. Auch in dieser Hinsicht ist demnach keine wesentliche Verschlechterung eingetreten.

E. 5.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die

Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis ver si cherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte ge hören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zu ver lässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 5.5

Die RAD-Berichte genügen den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. vorstehend E. 1.3): Sie beinhalten eine Abklärung der psychischen und somatischen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und sind damit für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Unter su chungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden, wurden in Kenntnis der Vor akten verfasst und sind genügend begründet. Zudem verfügen sowohl med. pract. P. ___ als auch Dr. med. Q. ___ über einen Facharzttitel und damit über die notwendige fachliche Qualifikation. Es bestehen keine Zweifel an der Zu ver lässigkeit und Schlüssigkeit ihrer Expertisen.

Dem gegenüber kann auf die Berichte der behandelnden Ärzte (vgl. vorstehend E. 4.2-4.6, E. 4.8-4.10) nicht abgestellt werden. So fehlt es ihnen entweder an der notwendigen fachärztlichen Quali fi ka tion zur Beurteilung der psychischen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 4.4, E. 4.9), oder es wird keine ausführlich begründete und auf entsprechende Befunde gestützte Beurteilung der Einschränkung abgegeben. Die Ärzte des N. ___ be-stätigten zudem die Einschätzung der RAD-Ärzte, wonach eine deutliche Diver genz zwischen den angegebenen Schmerzen und der klinischen Objektivier barkeit bestehe (vgl. vorstehend E. 4.9).

E. 5.6

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass im Vergleich zur medizinischen Sachlage im Jahr 2013

nicht von einer wesentlichen Verschlechterung auszu gehen ist; der Beschwe r deführer ist nach wie vor in einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Bei voller Arbeits fähig keit in der angestammten Tätigkeit besteht ohn e weiteres kein Renten an spruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_786/2013 vom 14. Jan uar 2014 E. 4.2), wes halb auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichtet werden kann.

Der angefochtene Entscheid ist somit rechens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 6

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Strei t wert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 9 00.-- anzusetzen. Entspre chend dem Aus gang des Verfahrens sind sie dem u nterliegenden Beschwer de führer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSV hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Y.____ Soziale Dienste, lic. iur. Z.____ - 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Schüpbach

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