

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00195 vom 28. Januar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-01-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00195

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00195 du 28 janvier 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00195 del 28 gennaio 2014

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 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 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 Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem

Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.4

oben).

Der Patient leide an den Folgen des Autounfalles vom 1. Mai 2015 und der im Jahr 2007 erlittenen Epiglottitis mit intubationspflichtiger Bronchitis (S. 4 Mitte). Dr. K.____ attestierte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit seit 2007 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 5 Ziff. 1.6). Dem Patienten könne zurzeit und bis auf Weiteres keine Tätigkeit zugemutet werden (S. 6 Ziff. 1.7). 4.4 4.4.1

Die Beschwerdegegnerin holte beim B.____, Basel, ein polydisziplinäres Gutachten ein. Das Gutachten vom 21. August 2017 (Urk. 12/153/2-36) beruht auf den Untersuchungen vom 3. Juli 2017 und den IV Akten (S. 1). Es

ist von Dr. med. Q.____, Facharzt für Rheumatologie, Dr. med. R.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med.

S.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. T.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, unterzeichnet (S. 36).

Die Gutachter führten zur Anamnese aus, der Explorand habe angegeben, dass er viele gesundheitliche Probleme habe. Im Jahr 2007 sei er wegen einer Hepatitis ins Koma gefallen. Seither habe er Angst, er würde ersticken. Es bestünden Depressionen und schlechte Träume und beim Atmen komme es zu Panikreaktionen. Sein Zustand habe sich immer weiter verschlimmert. Weiter bestünden ein Schwindel und Kopfschmerzen und er habe Schmerzen und Blockaden in den Muskeln und Gefühlsstörungen im rechten Bein. Zu Durchfällen komme es sieben bis acht Mal pro Tag und es bestünden Schwierigkeiten beim Wasser lösen (S. 11 Ziff. 3.1.1).

Gemäss dem Polizeirapport zum Unfall vom 1. Mai 2015 habe der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt als Pizzakurier gearbeitet (S. 11 Ziff. 3.1.2 unten).

Aus allgemeininternistischer Sicht stehe ein metabolisches Syndrom mit arterieller Hypertonie, einem Diabetes mellitus und Adipositas im Vordergrund. Der Blutdruck sei bei der Untersuchung trotz Medikamenten noch erhöht gewesen. Der Diabetes mellitus sei im Normbereich ideal eingestellt. Die angegebenen täglichen Durchfälle seien bei unauffälligen Laborwerten ohne Entzündungsreaktion und kolonoskopisch nachgewiesener Remission des Morbus Crohn nicht erklärbar. Eine Laktoseintoleranz könne abhängig vom Essen Bauchkrämpfe verursachen. Dies könne aber medikamentös behandelt werden. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entstehe dadurch nicht. Lediglich eine Toilette sollte bei Bedarf erreichbar sein. Für eine körperlich leichte bis zumindest mittelschwere Tätigkeit bestehe aus allgemeininternistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 13 Ziff. 3.4 unten). 4.4.2

Dr. S.____ führte zur psychiatrischen Untersuchung aus, der Beschwerdeführer leide nach seinen Angaben unter Angst und Panikattacken, auch zu Hause. Dazu komme es, wenn er etwas denke, das ihn beunruhige. Weiter leide er unter Depressionen und habe schlechte Träume (S. 14 Ziff. 4.1.1.2 Mitte). Er sei

alle zwei Wochen bei Dr. N.____, J.____, in psychiatrischer Behandlung (S. 14 Ziff.

4.1.1.2 unten). Ab 1981 sei er mit einer Landsfrau verheiratet gewesen. Wie lange könne er nicht sagen. Aus dieser Ehe habe er einen Sohn, der heute über 20 Jahre alt sei. Den Sohn, der in der Türkei lebe, habe er schon lange nicht mehr gesehen. In zweiter Ehe sei er von 1994 bis 2013 mit einer Schweizerin verheiratet gewesen (S. 15 unten). Der Beschwerdeführer habe Kontakte zu Kollegen und zu einem Bruder. Letztmals sei er im letzten Jahr mit dem Flugzeug zusammen mit einem Kollegen in die Türkei verreist (S. 16 oben).

Der Explorand sei vor der Untersuchung ruhig in der Wartezone gesessen. Gleich im Gespräch habe er zu zittern begonnen und schwer geatmet. Er habe ängstlich gewirkt und immer wieder auffällig an den Fingernägeln gekaut (S. 16 Ziff. 4.1.2 Mitte). Der affektive Kontakt habe gut hergestellt werden können. Die Stimmung sei depressiv gewesen. Der Beschwerdeführer habe nervös und ängstlich gewirkt (S. 16 Ziff. 4.1.2 unten).

Diagnostisch bestehe eine leichte depressive Episode. Diese sei gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen, eine erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen mit Alpträumen und einem verminderten Appetit. Weiter bestehe eine Panikstörung mit häufig auftretender, anfallsartiger Angst mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst, die auch unabhängig von der Situation auftreten würden. Schliesslich bestehe eine Somatisierungsstörung. Diese sei gekennzeichnet durch multiple, wechselnde somatische Beschwerden, vor allem mit Schmerzen, deren Ausmass mit der Überzeugung, aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeiten zu können, anhand der somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könne. Weiter bestehe ein Migrationshintergrund. Als somatische Probleme bestünden unter anderem ein Morbus Crohn, Epiglottitis im Jahr 2007, Prostatitis, Asthma bronchiale und eine Spondylodese bei C7 bis Th1 bei Frakturen bei C7 (S.

E. 1.6

und 1.7). 3.3

Die Ärzte der E.____, stellten im Gutachten vom 11.

November 2009 (Urk. 12/32) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 5.1): - Morbus Crohn, Erstdiagnose im Juni 2005 - Status nach erosiver

Ileitis im September 2008, partielle Remission unter Imurek und Steroiden - Status nach möglicherweise Imurek-induzierter Pankreatitis im Februar 2009 - Status nach akuter biliärer Pankreatitis im Juli 2009, Durchführung einer laparoskopischen

Cholezystektomie - psychiatrische Erkrankung: - Differentialdiagnose: massive Belastungsreaktion mit Ängsten, Flash back und Depression nach intubationspflichtiger Epiglottitis 2007 (gemäss Hausarzt) und leichte depressive Episode mit somatischen Beschwerden bei Status nach Epiglottitis mit Intubation (gemäss behandelndem Psychiater) - anatomisch verminderte Kraft und Beweglichkeit im linken Arm und im Schultergelenk

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte eine idiopathische Tickstörung mit wiederholten, ruckartigen Kopfbewegungen zu Beginn der Anamnese, arterielle Hypertonie, Asthma bronchiale und eine gastroösophageale Refluxerkrankung (S. 3 Ziff. 5.2).

Die aktuellen Beschwerden des Exploranden mit imperativem Stuhldrang und rezidivierenden Durchfällen seien nachvollziehbar. Unter diesen Bedingungen werde er, insbesondere für die Tätigkeit als Lastwagenchauffeur, als nicht mehr arbeitsfähig erachtet (S. 4 oben). In einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit, welche die Möglichkeit beinhalte, jederzeit und ungehindert eine Toilette aufzusuchen, bestehe momentan eine Arbeitsfähigkeit von 70 % entsprechend einer Arbeitsdauer von 5 3/4 Stunden pro Tag. Die Reduktion gegenüber einem Vollpensum ergebe sich aus einer verminderten körperlichen Belastbarkeit bei Morbus Crohn mit imperativem Stuhldrang und rezidivierenden Durchfällen (S. 4 f. Ziff. 6.3). Ab September 2008 sei es zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen sowohl für den angestammten Beruf als auch für eine angepasste Verweistätigkeit. In einer solchen Tätigkeit habe maximal eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bestanden (S.

5 Ziff. 6.4). 3.4

3.4 .1

Die Beschwerdegegnerin gab

beim A.____ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, das am 31. Januar 2012 (Urk. 12/72) erstattet wurde. Die Untersuchungen erfolgten in der Zeit vom 28.

November bis 2. Dezember 2011 (S. 1). Das Gutachten ist von Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Allergologie und klinische Immunologie, und Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, unterzeichnet (S. 39).

Dr. F.____ führte zur Anamnese aus, der Beschwerdeführer habe zuletzt

als LKW-Chauffeur gearbeitet (S. 15 Ziff. 3.2 oben). Nach den Angaben des Exploranden habe sich seine gesundheitliche Situation im Oktober 2007 schlagartig geändert, als er wegen einer akuten Epiglottitis hospitalisiert worden sei.

Er sei damals intubiert worden. Anschliessend sei er mehrfach, vor allem wegen infektiöser Erkrankungen, behandelt und hospitalisiert worden (S. 15 Ziff.

3.3 unten). Der Explorand habe über eine Anstrengungsdyspnoe, über eine erhöhte Ermüdbarkeit, über Bauchschmerzen mit Durchfällen Tag und Nacht, über Prostatabeschwerden mit Dysurie, obstruktive Zeichen und Pollakisurie, über Nykturie sowie über rezidivierende Ängste und eine Depression geklagt (S.

17 Ziff. 3.6). Die Erhebung der Anamnese sei mit Hilfe einer Dolmetscherin erfolgt (S. 18 Ziff. 4.1 oben). 3.4 .2

Zur orthopädischen Untersuchung durch Dr. H.____ wurde ausgeführt, im Vordergrund stünden Schulterschmerzen links. Der Beschwerdeführer habe geklagt, dass er mit dem Arm keine Arbeiten durchführen könne, vor allem nicht über Kopfhöhe. Er habe keine Kraft (S. 22 Ziff. 4.2.2). Während des Untersuchungsgesprächs habe er die linke Schulter allerdings recht gut und offenbar weitgehend frei bewegen können (S. 22 Ziff. 4.2.3 Mitte). Die Schmerzen in diesem Bereich seien stark subjektiv geprägt. Die Bewegungseinschränkung der Schulter sei nicht konstant und beruhe in erster Linie auf einer starken Abwehrspannung (S. 24 Ziff. 4.2.5 oben). Im Bereich der Halswirbelsäule liessen sich nur leichtgradige degenerative Veränderungen objektivieren, die keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben dürften, die die

Beschwerden aber teilweise erklärten . Aus orthopädischer Sicht bestehe keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als Chauffeur oder für eine Alternativtätigkeit. Lediglich andauernde Arbeiten über Schulterhöhe seien nicht zumutbar (S. 24 Ziff. 4.2.5 Mitte). 3.4 .3

Dr. G.____

führte zur psychiatrischen Untersuchung aus , der Beschwerdeführer sei einmal in drei Wochen bei Dr. C.____

in psychiatrischer Behandlung. Die Gespräche dauerten jeweils etwa eine halbe Stunde . Er habe sich

2007 in psychiatrische Behandlung

begeben . Er erhalte dadurch Trost. Die Ängste hätten sich aber nicht gebessert (S. 29 Ziff. 4.4.1 oben). Er sei 2007 intubiert worden, wobei er Angst gehabt habe , sterben zu müssen. Wegen der Angst leide er unter Schlafstörungen (S. 29 Ziff. 4.4.2 unten). Bei der Behandlung im Spital 2007 sei er zweimal aus dem Bett gefallen. Dabei habe er sich die linke Schulter gebrochen (S. 30 oben).

Dr. G.____ nannte als Diagnosen Angst und depressive Störung gemischt (ICD

E. 2

Der Versicherte erhob am 21. Februar 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 24. Januar 2018 (Urk. 2) und beantragte, es seien ihm die gesetzlich geschuldeten Leistungen zuzusprechen. Eventuell sei ein neues versicherungsexternes psychiatrisches Gutachten einzuholen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2 oben). Am 9. März 2018 (Urk. 6) reichte der Versicherte dem

Gericht einen Arztbericht (Urk. 7) ein.

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 23. März 2018 (Urk. 11) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 29. März 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13).

Mit Gerichtsverfügung vom 28. Mai 2018 wurde dem Beschwerdeführer in Be willigung des Gesuchs vom 21. Februar 2018 (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 3) die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Rechtsvertretung gewährt (Urk. 14 Dispositiv Ziff. 1). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) fest, nach der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 28. November 2016 habe

sie ein medizinisches Gutachten in Auftrag gegeben. Nach den medizinischen Abklärungen sei ihm

eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt seit dem 1.

Januar 2016 wieder zu 70 % zumutbar (S. 1). Die Beschwerdegegnerin ermittelte gestützt auf die medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einen Invaliditätsgrad von 33 % und verneinte erneut einen Rentenanspruch (S. 2).

E. 2.1.3

oben). Nach den Angaben der behandelnden Ärzte sei es im letzten Jahr nicht zu einer Reduktion der Symptome gekommen. Die Symptomatik zeige sich bei einem grösseren Vertrauen des Beschwerdeführers immer deutlicher (S. 7 unten). Das Gutachten sei insgesamt geprägt von einer fast vollständig fehlenden Beschwerdeaufnahme und damit einer ungenügenden Diagnosestellung (S. 8 Ziff.

2.1.7).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte vor, das Gutachten vom 21. August 2017 enthalte diverse Fehler. So sei die im Gutachten aufgeführte Medikamentenliste nicht vollständig. Die Heirat mit seiner ersten Frau habe nicht 1981, sondern 1986 stattgefunden und der Sohn aus erster Ehe sei erst 1989 zur Welt gekommen (Urk. 1 S.

4 Ziff. 2.1.2). Die Untersuchung habe zirka 30 und nicht 50 Minuten gedauert, wie auf S. 16 des Gutachtens fälschlicherweise behauptet werde. Der zeitliche Aufwand für die psychiatrische Begutachtung sei unangemessen (S. 5 Ziff.

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verglichen mit dem Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28.

Januar 2014 (Urk. 12/112) massgeblich verändert hat und ob gegebenenfalls neu ein Rentenanspruch besteht. 3. 3.1

Dr. med.

C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 18. März 2009 (Urk. 12/19/2-5) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode mit somatischen Beschwerden (ICD-10 F32.01) bei einem Status nach Epiglottitis mit Intubation. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine familiäre Belastungssituation und eine Schmerzverarbeitungsstörung nach einem Unfall vom 4.

Oktober 2008 (S. 1 Ziff. 1.1). Dr. C.____ attestierte aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 2 Ziff. 1.6). 3.2

Dr. med.

D.____, praktischer Arzt, nannte im Bericht vom 13. Juni 2009 (Urk. 12/24/2-5) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff.

1.1): - massive Belastungsreaktion mit starken Ängsten, Schlafstörungen, Flashbacks und Depression bei - Status nach intubationspflichtiger Epiglottitis, 2007 - Status nach Pankreatitis - Morbus Crohn

Dr. D.____ führte weiter aus, aus psychischer Sicht sei die Belastbarkeit massiv eingeschränkt. Daher bestehe für jegliche Tätigkeit

eine volle Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Die Gutachter des A.____

nannten im Gutachten vom 31. Januar 2012 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Asthma bronchiale. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie im Wesentlichen einen Status nach möglicher linksseitiger Schulterkontusion 2007 mit anamnestisch intra muraler Rissbildung der Supraspinatussehne, einen Status nach leichtem Beschleunigungstrauma der HWS 2008 mit noch persistierenden unspezifischen cervikalen Beschwerden, eine Spondylarthrose und eine Uncovertebralarthrose der HWS bei C3/4, anamnestisch eine rezidivierende Ileitis, eine chronische Prostatitis, einen Status nach Pankreatitis, Angst und depressive Reaktion gemischt und eine Somatisierungsstörung. Die Gutachter attestierten für die angestammte Tätigkeit als LKW-Chauffeur und für eine adaptierte Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.4.4).

Die B.____-Gutachter nannten im Gutachten vom 21. August 2017 als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom und ein chronisches

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom. Die Gutachter führten die Folgen des Unfalles vom 1. Mai 2015 in der Diagnose liste auf. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine leichte depressive Episode, eine Panik- und eine Somatisierungsstörung, einen Status nach chronischem Schulter- Impingementsyndrom links, einen Status nach distaler undislozierter Radiusfraktur rechts, einen Zustand nach inkompletter peripherer Fazialisparese links sowie ein metabolisches Syndrom, Morbus Crohn und Asthma bronchiale. Die B.____-Gutachter kamen zur Einschätzung, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als LKW Chauffeur nicht mehr zugemutet werden könne. Für eine angepasste Tätigkeit attestierten sie jedoch eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 70 % (E. 4.4.5).

Demgegenüber attestierten die behandelnden Ärzte des J.____

auch für eine angepasste Tätigkeit konstant eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vorstehend E.

4.1 4.3, 4.6 und 4.8).

E. 6.2

Das B.____-Gutachten vom 21. August 2017 beruht auf umfassenden, polydisziplinären Untersuchungen.

Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt.

Der Beschwerdeführer machte geltend, dass das Gutachten Fehler enthalte. So habe er seine erste Frau erst 1986 geheiratet und der Sohn aus erster Ehe sei 1989 geboren. Weiter sei die aufgeführte Medikamentenliste nicht vollständig

(Urk. 1 S. 4 Ziff. 2.1.2). Dabei handelt es sich jedoch um kleinere Versehen wie die nicht korrekte Schreibweise des früheren behandelnden Psychiaters Dr. C.____ im Gutachten. Die psychiatrischen Medikamente wurden auf S. 14 des Gutachtens zusätzlich aufgeführt. Mit diesen ergänzenden Angaben erweist sich die Medikamentenliste als vollständig. Dass

die Beschwerden oberflächlich aufgenommen worden wären, lässt sich trotz der vom Beschwerdeführer aufgeführten Fehler nicht sagen.

Zum Einwand, die Dauer der Begutachtung sei mit circa 30 Minuten unangemessen kurz gewesen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 2.1.3), ist vorab zu bemerken, dass im Gutachten eine Begutachtungsdauer von immerhin 50 Minuten aufgeführt wurde (Urk. 12 /1 53 S. 16 Mitte). Weshalb diese Angabe nicht zutreffen soll, wurde weder dargelegt noch ist dies sonst ersichtlich. Insbesondere ist zu diesem Punkt generell festzuhalten, dass ein Gutachter einen Exploranden in der Regel nur für eine beschränkte Zeit sieht und sich aus der Anzahl und der Dauer der geführten Gespräche keine Rückschlüsse auf die Wertigkeit eines Gutachtens ziehen lassen. Eine Mindestdauer ist dabei nicht zwingend einzuhalten. Vorliegend kommt hinzu, dass Dr. S.____

eine umfangreiche Krankengeschichte zur Verfügung stand, mit der er sich vorbereiten und die er in seine Beurteilung miteinbeziehen konnte. Aus seinem Gutachten geht sodann hervor, dass der Versicherte seine aktuellen Beschwerden und deren Behandlung, seine sozialen Verhältnisse, seinen Tagesablauf /Freizeitgestaltung/Alltag etc. eingehend schilderte. Es fand eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung statt (vgl.

Urk. 12 /1 53 /1 4 -20). Unter diesen Umständen kann offen bleiben, wie lange die fragliche Exploration tatsächlich gedauert hat, da keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Pathologie nicht angemessen gewesen war (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_953/2010 vom 29. April 2011, E. 5.4 mit Hinweis).

Die Gutachter kamen zur Einschätzung, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem Unfall vom 1. Mai 2015 massgeblich eingeschränkt sei. RAD Arzt Dr. U.____ fasste das Ergebnis des Gutachtens dahingehend zusammen, dass degenerative Veränderungen der LWS hinzugekommen seien und es zu einer Verschlechterung der HWS-Problematik gekommen sei (vorstehend E. 4.5). Die B.____-Gutachter legten sodann nachvollziehbar dar, dass

dem Beschwerdeführer trotz der psychischen und somatischen Beschwerden eine angepasste Tätigkeit noch zu 70 % zugemutet werden könne. Die Gutachter setzten sich weiter mit der abweichenden Beurteilung durch die Ärzte des J.____ auseinander.

Das Gutachten vermag

demzufolge auch in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen zu überzeugen. Es erfüllt daher die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (E.

5.1 hiervor). Entgegen der Kritik des Beschwerdeführers kann auf das B.____ Gutachten abgestellt werden. Auf das Einholen eines weiteren Gutachtens ist – in antizipierender Beweiswürdigung (BGE 136 I 299 E. 5.3) – daher zu verzichten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2 oben).

Nachfolgend sind die sogenannten Standardindikatoren zu prüfen.

E. 6.3

Gutachter Dr. S.____

gab als Gesundheitsschaden depressive Verstimmungen und eine gewisse psychomotorische Unruhe mit Ängstlichkeit und leichten Konzentrationsstörungen an.

Schwere Konzentrationsstörungen verneinte er

ebenso wie das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (vorstehend E. 4.4.3). Die diagnostischen Befunde erweisen sich folglich als nicht schwerwiegend ausgeprägt. Der Beschwerdeführer befindet sich seit Jahren in ambulanter psychiatrischer Behandlung, die bislang zu keiner Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes geführt hat.

Dr. S.____

bezeichnete die festgestellten psychischen Beschwerden jedoch als heilbar (E. 4.4.2). Eine eigentliche Behandlungsresistenz besteht daher nicht. Zu Gunsten des Beschwerdeführers ist zu berücksichtigen, dass mehrere somatische und psychische Einschränkungen im Sinne von Komorbiditäten bestehen, welche sich gegenseitig negativ beeinflussen.

Gemäss Dr. S.____ bestehen Ressourcen für angelernte Arbeiten und der Beschwerdeführer besitzt Berufserfahrung als LKW-Chauffeur. Weiter ist zu berücksichtigen, dass er soziale Kontakte pflegt und nicht sozial isoliert ist

(E.

4.4.3). Bei der Prüfung der Konsistenz ergibt sich, dass es dem Beschwerdeführer trotz der geklagten Beschwerden möglich ist, in die Türkei zu verreisen und er Autofahren kann. Gegen einen hohen Leidensdruck spricht sodann die festgestellte ungenügende Medikamenteneinnahme. Nach Prüfung der Standardindikatoren kann aus psychiatrischer Sicht für eine angepasste Tätigkeit auf die vom psychiatrischen Gutachter attestierte (Urk. 12/152 S. 17 unten) volle Arbeitsfähigkeit abgestellt werden. Gesamthaft ist, wie im B.____-Gutachten attestiert, für eine behinderungsangepasste Tätigkeit von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen.

E. 6.4

Die Ärzte des J.____ attestierten gesamthaft auch für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Die B.____-Gutachter legten hierzu dar, dass die von den Ärzten des J.____ gestellten Diagnosen massgeblich auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruhen (vorstehend E. 4.4.5). Bereits aus diesem Grund kann der Beurteilung durch die Ärzte des J.____ nicht gefolgt werden. Beispielsweise begründete der Rheumatologe Dr. M.____ im Bericht vom 30. Dezember 2016 eine volle Arbeitsunfähigkeit unter Hinweis auf die Facetten der Persönlichkeit des Beschwerdeführers (E. 4.1). Dabei handelt es sich nicht um eine objektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht. Die psychiatrische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wurde im Bericht vom 30. Dezember 2016 sodann mit den Folgen eines Morbus Crohn vermischt.

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die Ärzte des J.____ aus psychiatrischer Sicht konstant eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestierten. Dies spricht dafür, dass es sich bei den betreffenden Berichten um eine andere Beurteilung des im B.____-Gutachten geprüften Sachverhaltes handelt. In diesem Zusammenhang ist zudem auf den Grundsatz hinzuweisen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Dies gilt für einen allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für einen behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts I 803/05 vom 6. April 2005 E. 5.5). Es ist daher auf die Einschätzung im B.____-Gutachten und jene von RAD-Arzt Dr. U.____ abzustellen.

E. 6.5

Nach dem Gesagten erweist sich der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt, dass gestützt auf das B.____-Gutachten vom 21. August 2017 in einer behinderungsangepassten Tätigkeit im zu berücksichtigenden Zeitraum ab Mai 2017 (vgl. die Neuanschätzung vom 24. November 2016, Urk. 12/119; Art. 29 Abs. 1 IVG) eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 70 % besteht. 7. 7.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 7.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE

139 V 28 E. 3.3.2; 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2). 7.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl.

BGE

143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Inva

Valideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).
7.4

Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne gesundheitliche Einschränkungen weiterhin als Chauffeur oder in einer vergleichbaren Tätigkeit erwerbstätig wäre. Da die letzte Anstellung des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt bereits mehr als 10 Jahre zurückliegt (vgl. Urk. 12/137-138), sind Tabellenlöhne zu verwenden.

Gemäss LSE 2016 Tabelle TA 1

tirage

skill

level ist für eine einfache Tätigkeit körperlicher oder handwerklicher Art im Landverkehr, Ziff. 49-52,

für Männer von einem Tabellenlohn von Fr. 5'504.-- auszugehen. Bei einer Nominallohnentwicklung von 0.4 % im Jahr 2017 (Tabelle T39 Nominallohnentwicklung, 2010-2018) und einer wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2017 von 42.9 Stunden (Tabelle T03.02.03.01.04.01) resultiert ein Einkommen von Fr. 71'120.-- (Fr.

5'504.-- x 12 : 40 x 42.9 x 1.004). Als Valideneinkommen sind daher Fr. 71'120.-- zu veranschlagen. 7.5

Aus medizinischer Sicht kann dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 70 % zugemutet werden. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist aufgrund der noch möglichen körperlich leichten Verweistätigkeiten vom Totalwert von Fr. 5'340.-- (LSE 2016) beziehungsweise angepasst an die Nominallohnentwicklung (0,4 %) und eine wöchentliche Arbeitszeit von 41.7

Stunden von Fr. 67'071.-- bei 100 % und von Fr. 46'949.-- bei 70 % auszugehen. Den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers wurde bereits mit einer reduzierten Arbeitsfähigkeit von 70 % entsprechend einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % Rechnung getragen. Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn kann daher nicht gewährt werden. Daraus resultiert bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 24'171.-- ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 34 %.

Verglichen mit dem Zeitpunkt der Verfügung vom 28. Januar 2014 hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwar verschlechtert. Bei einem Invaliditätsgrad von 34 % besteht jedoch unverändert kein Rentenanspruch.

Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch demzufolge zu Recht verneint. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 8.

E. 8

ATSG) sind.

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. 2 IVG).

E. 8.1

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). Die Gerichtskosten sind vorliegend auf Fr. 900.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Infolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind sie jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 8.2

Die Entschädigung von Rechtsanwalt Dominik Frey, Baden, ist bei einem gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr.

2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen, und eben falls einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dominik Frey, Baden, wird mit Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominik Frey -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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 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 dem 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 Mosimann-Brugger

E. 10

F41.2) und eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1; S. 31 Ziff. 4.4.4). Anamnestisch liessen sich Symptome einer Durchschlafstörung eruieren sowie Gedankenkreisläufe, eine verminderte Energie und zeitweilige Müdigkeit und die manchmal auftretende Angst vor einer Wiederholung des Ereignisses vom Oktober 2007. Weiter bestünden eine oft

nervöse, manchmal traurige und selten fröhliche Stimmung, die verminderte Fähigkeit, sich freuen zu können, Vergesslichkeit, ein vermindertes Selbstvertrauen und das Gefühl allgemeiner Sinnlosigkeit. Die Symptome erfüllten die Diagnose von Angst und depressiver Stimmung gemischt. Jedoch liessen sich keine andauernde, depressive respektive bedrückt-traurige Stimmung, keine Lustlosigkeit und keine absolute Freudlosigkeit nachweisen. Anamnestisch lasse sich zudem keine andauernde Angst eruieren (S. 31 Ziff. 4.4.5 unten). Der Beschwerdeführer habe sich mit zunehmender Dauer des Gesprächs zusehends entspannen können. Die subjektiv geklagte Müdigkeit und eine verminderte Energie liessen sich klinisch nicht feststellen. Die Befunde sprächen für einen leichten Schweregrad der Angst und depressiven Symptomatik. Hinweise auf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bestünden nicht. Insbesondere liessen sich keine spezifischen Nachhallerinnerungen und keine Intrusionen nachweisen (S. 32 oben). In der aktuellen Untersuchung hätten zudem zu keinem Zeitpunkt Hinweise auf eine Impulskontrollstörung bestanden (S. 32 Mitte).

Anamnestisch liessen sich Symptome von inguinalen Schmerzen beidseits, einer Dysurie und Nykturie, einer Diarrhoe und ein Husten nachweisen. Diese Beschwerden liessen sich aus somatischer Sicht nicht alle objektivieren. Aus psychiatrischer Sicht liessen sich Belastungen nachweisen, die schwerwiegend genug seien, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Beschwerden zu stehen. Diesbezüglich sei das Ereignis vom Oktober 2007 zu nennen sowie der fehlende Kontakt zum Sohn des Beschwerdeführers. Der Explorand habe das Ereignis vom Oktober 2007 bis heute nicht adäquat verarbeitet. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich die Diagnose einer Somatisierungsstörung begründen. Differentialdiagnostisch müsse indes eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung der Beschwerden in Betracht gezogen werden. In diesem Kontext sei festzuhalten, dass die psychosoziale Funktionsfähigkeit des Exploranden durch die genannten Beschwerden nicht eingeschränkt sei. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens lasse sich nicht feststellen (S. 33 oben). Eine schwere psychiatrische Komorbidität könne nicht diagnostiziert werden (S. 33 Mitte). 3.4.4

Die Gutachter nannten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Asthma bronchiale (S. 35 Ziff. 7). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 35 f.

Ziff. 8): - Status nach möglicher linksseitiger Schulterkontusion 2007 mit anamnestisch intramuraler Rissbildung der Supraspinatussehne - Status nach leichtem Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule (HWS) 2008 mit noch persistierenden unspezifischen cervicalen Beschwerden - radiologisch nachgewiesene Spondylarthrose und Uncovertebralarthrose der HWS auf Höhe von C3/4 - anamnestisch rezidivierende Ileitis mit Durchfällen - anamnestisch chronische Prostatitis - Status nach Pankreatitis - Status nach Cholezystektomie bei Cholelithiasis - arterielle Hypertonie - Adipositas (BMI 35) - Angst und depressive Reaktion gemischt - Somatisierungsstörung

Der Explorand habe im Jahr 2007 eine akute Epiglottitis erlitten. Er sei deswegen auf der Intensivstation intubiert und tracheotomiert

worden. Danach sei es zu diversen entzündlichen Erkrankungen gekommen. Bei einem Verkehrsunfall im Oktober 2008 habe er sich eine Distorsion der HWS zugezogen (S. 36 Ziff. 9 oben). Im Vordergrund der somatischen Befunde stünden ein Asthma bronchiale und eine aktive chronische Prostatitis. Der Explorand habe zudem über rezidivierende

Durchfälle geklagt, wobei eine spezifische entzündliche Darmerkrankung ausgeschlossen worden sei (S. 36 Ziff. 9 Mitte). Radiologisch bestehe lediglich eine leichte Spondylarthrose bei C3/4 ohne klinische Korrelation (S. 37 Ziff. 9 oben).

Aus neurologischer Sicht sei keine Pathologie festgestellt worden. Aus psychiatrischer Sicht sei seit 2007 eine Angst und depressive Störung gemischt bekannt. Die 2009 festgestellte Impulskontrollstörung müsse unter die Diagnose Angst und depressive Störung gemischt subsumiert werden (S. 37 oben).

Das Asthma bronchiale bewirke eine theoretische Arbeitsunfähigkeit für Arbeiten in belasteter Atmosphäre. Abgesehen davon liessen sich aber keine Erkrankungen diagnostizieren, die die Arbeitsfähigkeit einschränkten. Der Explorand sei für die Tätigkeit als LKW-Chauffeur daher vollschichtig arbeitsfähig (S. 37 Ziff. 10). Für weitere adaptierte Tätigkeiten bestehe ebenfalls eine normale Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Schulterpathologie seien andauernde Arbeiten über Schulterhöhe nicht zumutbar (S. 37 Ziff. 11). Der Explorand sei indes davon überzeugt, dass er an schweren Erkrankungen leide und nicht in der Lage sei, einer Arbeit nachzugehen (S. 38 Ziff. 13). 3.5

Dr. G.____ und Dr. F.____, A.____, antworteten am 18. Dezember 2012 (Urk.

12/94) auf eine Rückfrage der Beschwerdegegnerin zum Gutachten der Ärzte des E.____ vom 11. November 2009. Sie gaben an, beim Exploranden sei etwa im Jahr 2005 eine entzündliche Darmerkrankung diagnostiziert worden, welche

nosologisch

als Morbus Crohn beurteilt worden sei. Danach habe er diverse entzündliche Erkrankungen an anderen Organen erlitten. Die Behandlung der entzündlichen Darmerkrankung habe sich als etwas schwierig gestaltet. Insgesamt habe sich die Situation in den letzten Jahren aber stabilisiert (S. 1). Anlässlich der Untersuchung im A.____ hätten sich sowohl der klinische Zustand sowie die Laborbefunde im Normbereich befunden. Der Explorand habe anlässlich der Begutachtung auch nie über einen imperativen Stuhl drang geklagt. Dazu befragt habe er angegeben, dass er im Durchschnitt drei- bis fünfmal pro Tag eine Stuhlentleerung habe, dies ohne jegliche medikamentöse Therapie (S. 2 oben).

Die Gutachter des A.____ könnten für die Tätigkeit als Lastwagenchauffeur keine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestieren. Sie seien der Ansicht, dass der Beschwerdeführer auch als Lastwagenchauffeur drei- bis viermal pro Tag eine Toilette aufsuchen könne. Weiter könne er bei Bedarf Medikamente zu sich nehmen, um die Stuhlfrequenz zu reduzieren. Zu unterstreichen sei, dass die Ärzte des E.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowohl eine psychiatrische Erkrankung sowie eine verminderte Kraft und Beweglichkeit im linken Arm und Schultergelenk angegeben hätten. Dagegen hätten die Gutachter des A.____ weder aus psychiatrischer noch aus orthopädischer Sicht eine Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren können (S.

2 unten). 3.6

Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Hämatologie, Regionalärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), führte in der Stellungnahme vom 24. August 20

E. 13

(Urk. 12/111 S. 9 f.) aus, gemäss den verkehrsmedizinischen Gutachten

(vgl. Urk. 12/90, Urk. 12/106) bestehe für die bisherige Tätigkeit als Lastwagenchauffeur keine Fahreignung. Für eine angepasste Tätigkeit gemäss Belastungsprofil liege seit der Eröffnung der Wartezeit keine Arbeitsunfähigkeit vor, mit Ausnahme kurzfristiger und vorübergehender Krankheitsphasen. Ausgenommen vom Belastungsprofil seien Arbeiten in schadstoffbelasteter Luft und andauernde Arbeiten über Schulterhöhe. Weiter sei dem Beschwerdeführer das Führen von Fahrzeugen der 2.

medizinischen Gruppe (Kategorie C, C1 und Taxi) nicht möglich. Das Führen von Fahrzeugen der 3. medizinischen Gruppe sei seit dem 31. Januar 2013 wieder möglich (S. 10 Mitte). 3.7

Mit Verfügung vom 28. Januar 2014 (Urk. 12/112) verneinte die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten des A.____ vom 31. Januar 2012

einen Rentenanspruch. 4. 4.1

Nach der Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 24. November 2016 (Urk.

12/119) erstatteten die Ärzte des J.____ am 30. Dezember 2016 (Urk. 12/123) einen Bericht über eine interdisziplinäre Schmerzbehandlung. Sie stellten folgende Diagnosen (S. 1 f.): - Partialruptur Supraspinatus - und Subscapularissehne links - Status nach Schulterarthroskopie, Débridement, Bursektomie, Acromioplastik

arthroskopisch links am 18. März 2010 - Hinweise auf eine frozen

shoulder, interstitielle Partialruptur der Supraspinatussehne - chronisches cervicospondylogenes Syndrom mit/bei - Status nach Selbstunfall vom 1. Mai 2015 - Fraktur des Processus

articularis

superior C7 rechts - Fraktur des Processus

transversus C7 rechts - Fraktur Lamina C7 rechts - Fraktur des Processus

articularis inferior C6 rechts - Rissquetschwunde Stirnfront links von zirka 4 cm - Status nach ventraler Spondylodese mit Beckenkamm- und Platte bei Fraktur C6/7 vom 17. Juni 2015 - lumbovertebrales Syndrom mit/bei - tieflumbal betonten

osteochondrotischen und spondylarthrotischen Veränderungen, nebenbefundlich kleine Inguinalhernie beidseits - Lumboischialgie bei L4/5 - Status nach Sturz auf die rechte Hand vom 27. September 2016 - Status nach distaler, undislozierter Radiusfraktur der rechten Hand - Ellenbogenkontusion - inkomplette periphere Facialisparese links - Morbus Crohn, Erstdiagnose Juni 2005 - Status nach biliärer Pankreatitis, Colonwandverdickung beginnend im Colon descendens bis ins Sigma reichend ohne Divertikel, wohl im Rahmen des Morbus Crohn und Wandverdickung auch im terminalen Ileum - gastroösophageale

Refluxerkrankung - Torticollis - Asthma bronchiale - Differentialdiagnose: COPD - arterielle Hypertonie - Status nach Epiglottitis 2007 mit Intubationspflicht - infizierte follikuläre Zyste 38 - Perimandibularabszess in Unterkiefer links - Status nach posttraumatischer Belastungsstörung seit Epiglottitis 2007 (ICD-10 F43.1) - Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) - Onychotillomanie - anamnestisch chronische Prostatitis - Status nach Tonsillektomie - Status nach Appendektomie - Status nach Cholezystektomie bei Cholelithiasis - Diabetes mellitus

Zur Untersuchung durch Dr. med.

K.____, Facharzt für Chirurgie, wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe bei einem Autounfall 2015 eine HWS-Distorsion mit einer frontalen Rissquetschwunde, einer Distorsion der Lendenwirbelsäule (LWS) und einer Commotio cerebri erlitten. Seit dem Unfall leide er an einem cervicocephalen Syndrom mit Begleitschwindel sowie an neuropsychologischen Defiziten mit erhöhter Ermüdbarkeit, einer Konzentrationschwäche, Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen und an einer verminderten Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Nach dem Unfall

sei eine

Spondylodese durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer leide weiter an einem chronischen,

rezidivierenden cervical und lumbal betonten

Panvertebralsyndrom. Abklärungen der LWS und des Beckens vom 10. Oktober 2014 hätten den Befund von distal betonten spondylarthrotischen Veränderungen mit breitbasigen Diskusvorwölbungen beziehungsweise Protrusionen bei L4-5 ergeben. Es handle sich um mittelgradige degenerative Veränderungen der LWS, was zu einem chronischen lumbovertebralen Syndrom mit Ausstrahlung rechtsbetont beidseits führe. Der Beschwerdeführer habe sich zudem im Jahr 2007 an der linken Schulter verletzt, worauf er operiert worden sei. Seither bestehe eine diffuse Hypästhesie im Bereich des linken Armes (S. 2 unten).

Aus psychosomatischer Sicht klagt der Patient seit dem Ereignis von 2007 über Atemnot, Ohnmachtsgefühle, Existenzängste, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und einen sozialen Rückzug. Weiter bestünden multiple Verlust Erfahrungen, Einsamkeits- und Schuldgefühle, Schlafrythmusstörungen, eine innere Nervosität etc. (S. 3 Mitte).

Der Anästhesist und Schmerztherapeut Dr. med.

L.____, Facharzt für Anästhesiologie, attestiere aus schmerztherapeutischer Sicht wegen chronischer Schmerzen, die bei körperlicher und psychischer Belastung zunehmen würden, generell eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Dr. med.

M.____, praktischer Arzt, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, attestiere aus schmerztherapeutischer Sicht unter Berücksichtigung aller Facetten der Persönlichkeit des Patienten ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Gemäss Dr. K.____ könne dem Beschwerdeführer zurzeit und bis auf Weiteres keine Tätigkeit zugemutet werden. Die Einschätzung gelte vor allem aufgrund von belastungsabhängigen Beschwerden bei cervical und lumbal betontem Panvertebralsyndrom und einem Status nach multiplen Operationen am Bewegungsapparat einerseits sowie komplexen internistischen Problemen andererseits. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht sei aus akutem Anlass mit einem Bruch des rechten Handgelenkes zurzeit keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Der festgestellte Schwindel müsse bei der Wahl des Arbeitsplatzes beziehungsweise bei der früheren Tätigkeit als LKW-Chauffeur wahrscheinlich berücksichtigt werden. Aufgrund der psychiatrischen Diagnosen mit einer ständigen Unruhe und den Folgen eines Morbus Crohn bestehe aus psychiatrischer Sicht auch für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (S. 8 unten).

Die Ärzte des J.____ att estierten gesamthaft sowohl für die Tätigkeit als Last wagen chauffeur als auch für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsun fähigkeit von 100

% (S. 9 oben). 4.2

Dr. phil.

N.____ , k linischer Psychologe und Supervisor, Dr. med. O.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. P.____ , Facharzt für Neurologie, J.____ , berichteten am 27. Januar 2017 (Urk. 12/131) über eine Verschlechterung des Zustandes des Patienten seit 2012.

Die Ärzte des J.____ führten aus, 2012 seien als Pro bleme eine Anstrengungs dyspnoe, eine Ermüdbarkeit, Bauchschmerzen und Prostatabe schwe rden beschrieben worden. Der Beschwerdeführer habe zudem

Ängste, eine Depression, Schulterschmerzen links, Schmerzen im Bereich der HWS, der Brustwirbelsäule (BWS) und der LWS sowie Atemnot , Schwindel, eine Schlafstörung, Panik attacken, Müdigkeit und Freudlosigkeit beschrieben (S. 1 f.). 2017 klage der Patient seit dem Ereignis von 2007 über persistierende Atemnot, O hnmachts ge fühle, Existenzängste und Konzentrationsstörungen. Weiter bestünden

Ein sam keits - und Schuldgefühle, Schlafrhythmusstörungen, ei ne innere Nervosität, Herz rasen, starke Kopfschmerzen, eine geringe Frustrations toleranz und starke Sinn losigkeitsgedanken. Die Diagnose Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2), welche im Gutachten des A.____ vom 31. Januar 2012 beschrieben, aber nicht diagnostiziert worden sei, sei nun eindeutig erfüllt. Zudem bestünden eine Diarrhoe, Blasenprobleme, eine Inkontinenz und Rückenschmerzen. Der beste Kollege des Beschwerdeführers sei zudem 2013 an einem Herzinfarkt gestorben. K örperlich fühle er sich sehr krank und geschwächt . Anamnestisch bestünden konkrete Suizidgedanken und -wünsche (S. 2 oben).

Die Ärzte gaben zum psychopathologischen Befund an, der Pati ent erscheine äusserlich verwahrlost sowie altersentsprechend, bewusstseinsklar und allseits orientiert. In der emotionellen Kontaktaufnahme sei er zurückhaltend und gehemmt. Er sei vollständig mit den Themen Wasserlösen, Bauchschmerzen, Koma und Fingernägel beschäftigt . Die Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert sowie ängstlich bis hin zum Impuls, sich umbringen zu wollen. Weiter bestehe eine deutliche Störung des Vitalgefühls . Kognitiv sei der Beschwerde führer in der Aufmerksamkeit, der Konzentration und Merkfähigkeit und im Hin blick auf das Gedächtnis verlangsamt beziehungsweise deutlich eingeschränkt. Die Krankheitseinsicht sei erhalten (S. 2 unten).

Aufgrund der neuropsychologisch bestätigten Depression, des negativen und positiven Leistungsbildes sowie der Fremdanamnese sei der Patient auch für angepassten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 6). 4.3

Dr. K.____

stellte im Bericht vom 17. März 2017 (Urk. 12/136 /2 -7) neu fol gende Diagnosen mit Auswi rkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - cervicocephales Syndrom mit Begleitschwindel und Verdacht auf neu ropsychologische Defizite bei Status nach Trauma mit HWS-Distorsion und Commotio cerebri - Status nach cervicaler

Spondylodese wegen Fraktur bei C6/7 vom 17. Juni 2015 - Status nach Weichteil-Operation am Hals links, 2016 - generalisiertes Schmerzsyndrom mit

Schwerpunkt cervicocephal mit wahrscheinlich cervical bedingtem Begleitschwindel und Tinnitus bei Sta tus nach Polytrauma vom 1. Mai 2015 - Meralgia

parästhetika rechts - Lumboischialgie L4/5

Dr. K. ___ führte weiter aus, die Anamnese sei sehr komplex. Neben diversen internistischen Problemen leide der Patient auch an einem chronischen rezi di vieren den cervical und lumbal betonten

Panvertebralsyndrom . Die Ab klärungen vom Oktober 2014 hätten distal betonte spondylarthrotische Ver änderungen mit breitbasigen Diskusvorwölbungen beziehungsweise Protrusionen bei L4-5 erge ben. Dies führe zu einer leichtgradigen konzentrischen Spina l kanaleinengung sowie zu bilateralen foramina len , rezessalen Einengungen mit einer möglichen Reizung der Nerve n wurzel L4 foraminal und L5 rezessal beidseits (S. 2 f. Ziff. 1.4). Es handle sich um mittelgradige degenerative Veränderungen der LWS, was zu einem chronischen lumbovertebralen Syndrom mit Ausstrahlung rechtsbetont beidseits führe (S. 3 Ziff.

E. 16

f.).

Bei der Arbeit könne es auch aufgrund der somatischen Probleme zu einer erhöhten Ermüdbarkeit kommen. Panikattacken würden nicht allzu häufig auf treten. Während des Untersuchungsgespräche s habe er sitzen bleiben können . Es könne dem Exploranden zugemutet werden, in einer somatisch angepassten Tätigkeit zu arbeiten. Er leide nicht unter einer schweren Krankheit, die nicht behandelt oder geheilt werden könne (S. 17 Ziff. 4.1.4 unten).

Für in somatischer Hinsicht

an die Fähigkeiten des Beschwerdeführers angepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ohne Leistungsein schränkung. Auch im Verlauf lasse sich eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigen. Ansonsten könne auf das Gutachten des A. ___ vom 3 1. Januar 2012 abgestellt werden (S. 17 f. Ziff. 4.1.5). Nach der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers könne er nicht mehr arbeiten. Eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich mit den objektiv zu erhebenden Befunden aber nicht begründen (S. 18 Ziff.

4.1.6). Die Ärzte des J. ___ hätten die im A. ___ -Gutachten gestellte Diagnose Angst und depressive Störung gemischt übernom men. Sie hätten aber eine 100% ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 bestünden mittlerweile eine depressive Episode und eine Angststörung mit einer Panikstörung. Dies gelte auch unter den zunehmenden psychosozialen Belastungsfaktoren, die zu einer gewissen Verschlechterung bei getragen hätten mit einer nun schon langen finanziellen Abhängigkeit vom Sozialamt. Eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich dadurch aber nicht begründen, da es sich nicht um schwere psychische Störungen handle . Diese könnten therapeu tisch günstig beeinflusst oder geheilt werden (S. 18 Ziff. 4.1.7 oben). 4.4.3

Dr. S. ___ äusserte sich im Weiteren zu den Standardindikatoren. Zum Gesund heitsschaden gab er an, als objektive psychopathologische Befunde hätten sich depressive Verstimmungen, eine gewisse psychomotorische Unruhe mit einer Ängstlich keit und leichte Konzentrationsstörungen ergeben. Der Explorand habe vor allem über eine erhöhte

Ermüdbarkeit geklagt und über Konzentrationsstörungen mit Vergesslichkeit, Schlafstörungen mit Alpträumen, Panikattacken und über Ängste unter Menschen und multiple und wechselnde somatische Beschwerden, vor allem mit Schmerzen (S. 18 Ziff. 4.1.10.1 unten). Der Explorand habe seine Medikamente am Untersuchungstag nicht bei sich gehabt. Er könne also durchaus eine Zeitlang auf die Einnahme von Benzodiazepinen verzichten. Schwere Konzentrationsstörungen lägen nicht vor. Es bestünden akzentuierte ängstliche Persönlichkeitszüge, was für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht ausreicht. Dagegen spreche vor allem der Längsverlauf mit einer normalen Sozialisation vor der Erkrankung und einer vollen Leistungsfähigkeit. Ressourcen bestünden vor allem bezüglich angelernter Arbeiten. Der Beschwerdeführer besitze vor allem Berufserfahrung als Lastwagenchauffeur (S. 19 oben).

Die gesundheitlichen Probleme und das Unfallereignis führten psychisch zu einer Verunsicherung. Die bisher nicht eingetretene Beschwerdefreiheit führe auch zu einer Enttäuschung. Dadurch könne es zu regressiven Tendenzen bezüglich einer Erwerbstätigkeit kommen. Der Explorand habe angegeben, dass er durchaus gute Kontakte in seinem Umfeld habe (S. 19 Ziff. 4.1.10.2 unten). Es bestehe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit psychopharmakologischer Medikation. Die Medikamentenspiegel hätten sich alle an der unteren Grenze des therapeutischen Bereichs befunden. Dies sei ein Hinweis auf eine schlechte Compliance. Die regelmässige Einnahme von Benzodiazepinen erweise sich zudem als nicht gut. Dies könne die psychiatrische Problematik verschlechtern. Benzodiazepine sollten als Reservemedikation beibehalten werden und nur in Notfallsituationen bei Panikattacken eingenommen werden (S. 19 f. Ziff. 4.1.10.3).

Der psychiatrische Gutachter gab zur Konsistenz an, dem Exploranden sei es nach wie vor möglich, selber Auto zu fahren, auch wenn er kein eigenes Auto besitze. Flugreisen in seine Heimat Türkei seien ihm ebenfalls weiterhin möglich, trotz subjektiv starker Beschwerden mit Ängsten und Schmerzen. Da er sich am Tag hinlege, könnten sich die Schlafstörungen in der Nacht noch verstärken. Die Reisefähigkeit sei nicht beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer könne öffentliche Verkehrsmittel alleine benützen und habe auch alleine mit dem Zug zur Untersuchung nach Basel fahren können. Er könne sich also durchaus unter vielen Menschen bewegen. Eine zusätzliche Agoraphobie bestehe daher nicht. Weiter habe er gute Kontakte zu Kollegen und innerhalb der Herkunftsfamilie zu den Geschwistern und zur betagten Mutter (S. 20 Ziff. 4.1.10.4). 4.4.4

Zur rheumatologischen Untersuchung durch Dr. Q. ___ wurde ausgeführt, der Explorand habe primär chronische und seit Jahren persistierende, therapieresistente lumbale Rückenbeschwerden mit Ausstrahlung in den Beckengürtel angegeben. Die Beschwerden akzentuierten sich bei praktisch allen Bewegungen. Der Schmerz sei als messerstichartig beschrieben worden (S. 21 oben). Im Weiteren habe er

über chronische zervikale Beschwerden geklagt, welche sich nach dem Unfallereignis vom Mai 2015 mit einer Fraktur im Bereich der HWS und einer ventralen Spondylodese des Segments C6/7 im Vergleich zu den bereits vor bestehenden Beschwerden ganz klar akzentuiert hätten. Jegliche Bewegungen der HWS führten sofort zu massiven Schmerzen im gesamten Nackenschultergürtel. Auch mit teils Physiotherapie habe kein positiver schmerzlindernder Effekt erzielt werden können. Der Explorand habe weiter über zum Teil blockierende Beschwerden an beiden Schultergelenken rechts mehr als links geklagt (S. 21 unten).

Der Explorand habe bei der halbstündigen Anamneseerhebung ruhig sitzen können und nicht das Bedürfnis gehabt, die Position zu wechseln (S. 22 Ziff. 4.2.2 oben). Die spontan geklagten Beschwerden lokalisierten sich hauptsächlich im Bereich der LWS, des Beckengürtels und zervikal sowie an beiden Schultern. Die Untersuchung sei bei knapp genügender bis guter Compliance durchgeführt worden (S. 25 Ziff. 4.2.4 Mitte). Die spontane Bewegungsfähigkeit beim An- und Abziehen der Kleidungsstücke vor und nach dem Status habe ein unauffälliges Bild ergeben. Insbesondere hätten keine spezifischen Bewegungseinschränkungen bestanden und es sei zu keiner Schmerzartikulation gekommen. Im gezielten Status bestehe eine Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform, negativ begünstigt durch eine allgemeine muskuläre Dysbalance (S. 25 Ziff. 4.2.4 unten). Es fänden sich degenerative Veränderungen lumbal sowie zervikal, wo im Segment C6/7 ein Status nach einer Osteosynthese vorliege. Das gesamte präsenitierte Ausmass der Bewegungseinschränkung lumbal und insbesondere zervikal könne durch die lokalisierten degenerativen Veränderungen aber nicht adäquat erklärt werden. Diesbezüglich sei von einer aktiven Gegeninnervation des Exploranden auszugehen, auf der Basis einer ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit sekundärer Selbstlimitierung (S.

25 f.).

Dr. K. ___

habe im Bericht vom 30. Dezember 2016 eine Rotation der HWS bis 45° und eine Seitneigung bis 10° objektivieren können. Die im Dezember 2016 festgestellte Rotationsfähigkeit erweise sich damit als massiv besser als die aktuell festgestellte, weitgehend eingeschränkte cervikale Rotationsfähigkeit. Dies sei somatisch orientiert nicht zu erklären und lasse dementsprechend auf ein bewusstseinsnahes Verhalten des Exploranden schliessen (S. 26 oben).

Aus rheumatologischer Sicht bestehe für eine körperlich regelmässig mittel bis schwer belastende berufliche Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Der Explorand müsse als Lastenwagenchauffeur regelmässig das Ladegut be- und entladen. Eine diesbezügliche Tätigkeit werde daher als nicht mehr möglich erachtet. In Bezug auf körperlich leicht belastende Verweistätigkeiten bestehe insgesamt eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70%. Die um 30% reduzierte Leistungsfähigkeit werde für die Gewährung von regelmässigen Pausen berücksichtigt (S.

27 Ziff. 4.2.5 oben). 4.4.5

Die B. ___ -Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 32 f. Ziff. 5.1): - chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom - Status nach posttraumatischer Fraktur bei Unfall vom 1. Mai 2015 des Processus

articularis

superior C7 rechts, des Processus

transversus C7 rechts, der Lamina von C7 rechts und Fraktur des Processus

articularis

inferia von C6 rechts mit Status nach ventraler Spondylolese mit Beckenkammplatte bei Fraktur C6/7 - ausgeprägte reaktive Myogelose der Subokzipital-, Trapezius- sowie der interskapulären Muskelgruppen - radiomorphologisch im Röntgen der HWS vom 3. Juli

2017 bei Status nach ventraler Spondylodese - ohne radikuläre oder pseudoradikuläre Beteiligung - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - thorakolumbales s-förmige gut kompensierte Skoliose - radiomorphologisch im Röntgen der LWS vom 3. Juli 2017: Im Seitenbild normales Alignment der dargestellten LWS, chondrotische Veränderungen zwischen LWK 3/4 - aktenanamnestisch im MRT der LWS vom Oktober 2014 tieflumbal osteochondrotische und spondylarthrotische Veränderungen mit sekundärer Spinalkanalengeengung LWK 4/5 und bilateralen foraminale und rezessalen Einengungen - anamnestisch aktuell keine Hinweise für sensomotorische Defizite an den unteren Extremitäten

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (S.

33 Ziff. 5.2): - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F54.0) - Status nach chronischem Schulter- Impingementsyndrom links - Status nach posttraumatischer, konservativ behandelter distaler undislozierter Radiusfraktur rechts vom 27. September 2016 - Zustand nach inkompletter peripherer Fazialisparese links 2012 - metabolisches Syndrom - anamnestisch Morbus Crohn - Kolonoskopie vom 16. Juni 2017: vollständige Remission - Asthma bronchiale

Der Explorand habe verschiedenste gesundheitliche Probleme angegeben, vor allem mit Schmerzen an verschiedenen Körperstellen und Depressionen (S. 34 Ziff.

E. 017

vom 15. März 2018 E. 7.4). 6.

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