

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00419 vom 20. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00419

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00419 du 20 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00419 del 20 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen psychischer Krankheiten, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichter bis mittelschwerer Depressionen, sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» - Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex «Sozialer Kontext» - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen

vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

E. 1.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.4

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 ausgeglichener 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).

E. 1.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich der für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhaltsbestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 2

; vgl. auch Urk. 9, Urk. 10/240/9-10).

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die Abweisung des Rentenerhöhungsgesuchs des Beschwerdeführers in der angefochtenen Verfügung damit, gestützt auf das eingeholte rheumatologische und psychiatrische Gutachten der Gutachtenstelle Y.____

vom 25. Januar 2018 stehe fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Beurteilung des Rentenanspruchs mit Verfügung vom 12. September 2012 nicht verändert habe. Deshalb habe der Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 41 % weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente (Urk.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber im Wesentlichen geltend, das Y.____-Gutachten sei keine beweiskräftige Grundlage zur Beurteilung der Frage nach einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes. Der psychiatrische Befund sei nicht in AMDP-konformer Weise erhoben worden, wie dies von den aktuell gültigen Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der SGPP aus dem Jahr 2016 vorgeschrieben werde. Von den AMDP-Items der Kategorie Affektivität würden im psychiatrischen Teilgutachten nur wenige diskutiert, ob wohl diese Kategorie 21 verschiedene Items vors ehe. Der psychiatrische Gutachter habe seine Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode, gegenwärtig leichte Episode, nicht lege artis gestützt auf aktuelle umfassende Befunde herge leitet. Da

seine Beurteilung massiv von derjenigen des behandelnden Therapeuten

abweiche , hätte d er

Y.____ -Psychiater laut den Leitlinien eine fremdanamnestiche Auskunft beim Behandler einholen müssen. Ferner seien die Persönlichkeitsstruktur und die Ausprägung der affektiven Störungen nicht mit anerkannten Testverfahren objektiviert worden, und er sei nicht neuropsychologisch untersucht worden; mit einer solchen Abklärung hätten Aussagen über seine kognitive Leistungsfähigkeit gemacht werden können. Das psychiatrische Teilgutachten sei widersprüchlich, soweit ihm darin eine mittelgradige psychische Störung attestiert werde, gleichzeitig aber nur eine leichte depressive Episode diagnostiziert werde. Entgegen der Behauptung des begutachtenden Psychiaters sei, mit Ausnahme des Austrittsberichts der integrierten Psychiatrie A.____ vom 10. Februar 2015 ,

in keinem der Austritts- oder sonstigen Facharztberichte von einer Remission seiner rezidivierenden depressiven Störung die Rede. Nach Einschätzung der behandelnden Psychiater und Psychologen bestünden nach wie vor eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (Urk. 1 S. 8-11) .

Das Y.____ -Gutachten sei auch mangelhaft, weil die Gutachter sich nicht mit seinen beruflichen Eingliederungs bemü hungen, insbesondere den Resultaten der vom 24. November bis 19. Dezember 2014 absolvierten Potentialabklärung, auseinandergesetzt hätten. Diese widersprächen der medizinisch-theoretischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Y.____ -Gutachter. Die Eingliederungsfachleute

seien zur Einschätzung gelangt , dass auf dem ersten Arbeitsmarkt keine relevante Leistungsfähigkeit bestehe. Dabei hätten sie ihm gleichzeitig ein durchwegs einwandfreies Arbeitsverhalten im Rahmen der beruflichen Abklärung bescheinigt. Auch dies zeige, dass die gutachterliche Arbeitsfähigkeits-Einschätzung nicht zutreffen könne (Urk. 1 S. 13 ff.).

Eine relevante gesundheitliche Verschlechterung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Dies ergebe sich bereits aus dem von den Y.____ -Gutachtern definierten Zumutbarkeitsprofil :

Dieses

erfülle die psychischen und körperlichen Anforderungen , welche die angestammte Tätigkeit als Kellner an die Berufsleute stelle, teilweise nicht ; dies gelte etwa bezüglich der benötigten Konfliktfähigkeit und dem notwendigen Tragen von Lasten über 5 kg. Dass im angestammten Beruf keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, stelle eine klare gesundheit

liche Verschlechterung dar. Eine mittlerweile eingetretene Verschlechterung sei des körperlichen Gesundheitszustands

lasse sich auch daraus erschliessen, dass der Y.____-Rheumatologe im Gegensatz zum Vorgutachter im Jahr 2011 mit dem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom eine rheumatologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt habe (Urk. 1 S. 11 f.).

Aufgrund der aufgezeigten Mängel des Y.____-Gutachtens könne nicht darauf abgestellt werden; vielmehr sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 1 S. 13). Beim Einkommensvergleich sei unter Berücksichtigung seiner Nationalität, des Aufenthaltsstatus, der behinderungsbedingten Einschränkungen und der Teilzeitarbeit ein leidensbedingter Abzug von 25 % zu berücksichtigen. Unter diesen Umständen müsse ihm mindestens eine halbe Rente zugesprochen werden (Urk. 1 S. 15).

E. 3.1

Zeitliche Vergleichsbasis zur Beurteilung der Frage, ob eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, bildet die letzte materielle Beurteilung des Rentenanspruchs mit Verfügung vom 12. September 2012 (Urk. 10 /134). Die Verfügung beruht nämlich auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung sowie Durchführung eines Einkommensvergleichs (Urk. 10 /132-133) und ist nach Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde (Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2012.01090 vom 10. Dezember 2013 [Urk. 10/152]) in Rechtskraft erwachsen (vgl. vorstehend Erwägung 1.5) .

E. 3.2

Die

Verfügung vom 12. September 2012

(Urk. 10/1

E. 4

.3

Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Beschwerdeführer am 13. und 14. September 2017 von zwei Fachärzten der Y.____ , nämlich

Dr. H.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, und Dr. I.____ , Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, bidisziplinär begutachtet. Am 13. September 2017 erfolgte zusätzlich eine Laboruntersuchung und eine MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule . Die Expertise wurde am 25. Januar 2018 fertiggestellt (Urk. 10/236/2 -3).

Dem Gutachten ist in anamnestischer Hinsicht zu entnehmen, dass der bei der Begutachtung 55jährige Beschwerdeführer aus der Türkei stammt, über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt (Urk. 10/236/6) und in seiner Heimat bereits als zwölfjähriger als Lastwagenbelader arbeiten musste, um Geld zu verdienen. Nach der Einreise in die Schweiz 1977 war er als ungelernte Arbeitskraft tätig. 1988 kam es nach dem Aufladen eines 30 kg schweren Zementsacks erst mals zu Rückenbeschwerden mit einer Arbeitsunfähigkeit von einem Jahr. Zuletzt war er bis 2000 als Kellner tätig, seither arbeitete er nicht mehr. Er war von 1982 bis 2005 verheiratet und hat aus dieser Ehe drei

Söhne im Alter von 29, 34 und 36 Jahren (Urk. 10/236/5) . Zu den Söhnen besteht praktisch kein Kontakt (Urk. 10/236/41) . Er lebt allein und erhält aktuell nebst der Viertelsrente der Invalidenversicherung wirtschaftliche Hilfe (Urk. 10/236/5).

Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine chronifizierte Verbitterungsproblematik als Folge der aus Sicht des Beschwerdeführers erfahrenen schweren Benachteiligung in der Kindheit , der familiären Situation mit Ausgrenzung des Beschwerdeführers und unglücklicher Entwicklung seiner Söhne sowie der aktuellen Auseinandersetzung mit den Behörden/Versicherungen, welche nach Ansicht des Beschwerdeführers die Ausrichtung der ihm zustehenden Leistungen verweigerten. Der Y.____-Psychiater diagnostizierte zudem akzentuierte Persönlichkeitszüge mit hauptsächlich ängstlich-vermeidenden, selbstunsicheren und abhängigen Zügen (Urk. 10/236/6-7) . Narzisstische Anteile würden dadurch erkennbar, dass der Beschwerdeführer durchgehend Schuld anderen attribuiere, eigene Anteile kaum erkennen könne und auch in therapeutischen Verhältnissen letztlich nur scheinbar kooperiere, da er doch erkennbar eine eigene, eher regressive Agenda verfolge. Die Kriterien für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung seien nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer habe sich jahrelang in Arbeitsverhältnissen einfügen können, habe sich einen Freundeskreis aufbauen können und könne angesichts der langjährigen Tätigkeit als Kellner offensichtlich auch sozial gut interagieren, was auch im Rahmen der aktuellen Exploration erkennbar sei. Die in den letzten Jahren überdauernden Verhaltensmuster liessen sich sehr viel plausibler als Manifestation oder Folge der Verbitterungsstörung erklären (Urk. 10/236/61). Zudem bestehe wahrscheinlich seit dem Jahr 2000 eine rezidivierende depressive Störung. Dabei handle es sich weniger um eine depressive Störung aus sich heraus – früher als endogen bezeichnet -, sondern um ein klar reaktives Geschehen infolge verschiedener psychosozialer Belastungen. Gegenwärtig bestehe eine leichtgradige depressive Symptomatik, deren Abgrenzung gegenüber einer erkennbaren Verdeutlichungstendenz nicht einfach sei (Urk. 10/236/7) . Die ebenfalls erhobene somatoforme Symptomatik sei unter die depressive Störung zu subsummieren (Urk. 10/236/9) . Im Vordergrund stehe auch eine unspezifische Angstsymptomatik, begleitet von einer ängstlich-vermeidenden Grundhaltung. Da trotz der in den letzten Jahren zunehmenden Thematisierung von traumatischen Ereignissen in der Kindheit keine hinreichenden Hinweise für das Bestehen einer posttraumatischen Belastungsstörung vorlägen, und die gelegentlich attackenartig auftretenden Angstzustände anamnestisch nicht die Kriterien einer Panikstörung erfüllten, könne die Diagnose einer anderen gemischten Angststörung (ICD-10: F41.3) im Sinne einer Restkategorie gestellt werden. Zudem bestehe der Verdacht auf schädlichen Alkoholgebrauch (Urk. 10/236/7).

Zu funktionellen Einschränkungen führten zum einen die offensichtlich völlig desolate psychosoziale Situation und zum anderen die diagnostizierten krankheitswertigen Reaktionsbildungen. Anhand des Mini-ICF beurteilt müssten leichte bis mittelgradige Einschränkungen in der Ausdauerfähigkeit und in der Selbstbehauptungsfähigkeit wegen der depressiven Störung und der Angststörung mit Einengung auf sich kreisende Gedanken sowie

eine reduzierte Stresstoleranz angenommen werden (Urk. 10/236/7-8, Urk. 10/236/47-49) . Die krankheitsbedingten funktionellen Einschränkungen seien jedoch nicht so ausgeprägt und verwurzelt, dass sie nicht durch eine Veränderung des Umfeldes relativ rasch massiv abgemildert werden könnten. Die vielen stationären Behandlungsberichte zeigten sehr deutlich, dass die psychischen Funktionsstörungen durch strukturierende Interventionen gut

und rasch beeinflusst werden könnten. Wegen seiner Rigidität habe er die Angebote zur Strukturierung jeweils nach kurzer Zeit abgelehnt, wobei nicht einzusehen sei, weshalb ihm mit den geleisteten Hilfestellungen der Aufbau einer Tagesstruktur nicht möglich sein sollte.

Medizinisch-theoretisch könne nicht nachvollzogen werden, dass die mehreren Versuche, den Beschwerdeführer über eine zunächst geschützte Arbeit in eine einfache Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einzugliedern, gescheitert seien (Urk. 10/236/7-8, Urk. 10/236/55, Urk. 10/236/65; vgl. auch Urk. 10/236/2-3). Die rigide, regressive Grundhaltung, die kaum einen konstruktiven Umgang mit der eigenen Situation zulasse, bilde nebst der psychosozialen Situation und der geringen Bildung einen Belastungsfaktor (Urk. 10/236/8). Ein eigentliches therapeutisches Bündnis sei zu keinem Zeitpunkt erkennbar (Urk. 10/236/71). Als Ressourcen zu nennen seien die interaktionellen Fähigkeiten des Beschwerdeführers mit guter Anpassungsfähigkeit und die auch im therapeutischen Kontext immer wieder gesehene Ansprechbarkeit, Sorgfalt und Motivierbarkeit zumindest in Einzelaspekten (Urk. 10/236/8). Die deutlich abweichende Diagnosestellung durch die Ärzte der F.____ sei nicht nachvollziehbar. Auch zu anderen vorbehandelnden Institutionen bestehe eine partielle Diskrepanz in dem Sinne, dass hier – unter Berücksichtigung der reduzierten Ressourcen – lediglich eine mittelgradige psychische Störung attestiert werde. Dies könne damit erklärt werden, dass die behandelnden Ärzte kaum auf die in den Berichten über die stationären Aufenthalte ebenfalls dokumentierten Ressourcen des Beschwerdeführers eingegangen seien. Auch seien die Verbitterungsproblematik mit ihren normalpsychologischen Anteilen, die in diesem Zusammenhang bestehende Dramatisierung und die auf rechterhaltenden psychosozialen Bedingungen nicht gegenüber krankheitswertigen, schwer beeinflussbaren depressiven Symptomen abgegrenzt worden (Urk. 10/236/

E. 4.1

Nach mehreren stationären Aufenthalten im Zentrum D.____, integrierte Psychiatrie A.____ (vgl. Urk. 10/195/9-11), erfolgte vom 2. bis 26. Mai 2014 erneut eine stationäre akupsychotherapeutische Behandlung in der A.____ zur Krisenintervention und Anpassung der Medikation sowie zum Aufbau der Tagesstruktur. Nach motivierter Teilnahme an den Therapien hellte sich die Stimmung des Beschwerdeführers auf und er konnte in stabilisiertem Zustand entlassen werden. Als Austrittsdiagnosen nannten die Ärzte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 10/195/6-7).

Laut Bericht der Institution E.____

vom 23. Dezember 2014 wurde vom 24. November 2014 bis zum Abbruch am 16. Dezember 2014 daselbst eine Potentialabklärung durchgeführt. Der Beschwerdeführer habe regelmässig über Schmerzen im Bein, Kopfschmerzen, ein sehr schlechtes psychisches Befinden, starke soziale Ängste sowie ein grosses Misstrauen anderen gegenüber berichtet und mehrfach suizidale Gedanken geäussert. Deshalb seien Gruppenarbeiten und die Arbeit mit mehreren Personen in einem Raum kaum möglich gewesen. Wegen einer geringen Frustrationstoleranz und erheblichen Konzentrationsstörungen habe er sich nicht länger mit einer Aufgabe beschäftigen können. Da seine Belastbarkeit sehr gering gewesen sei, sei die Präsenzzeit auf maximal drei Stunden pro Tag – mit mehreren Pausen – reduziert worden. Am 14. Dezember 2014 (Urk.

10/168/1, Urk. 10/170/

E. 4.2

Dem Bericht der akuten psychiatrischen Abteilung der

A.____ vom 16. Januar 2015 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 14. Dezember 2014 notfallmässig wegen einer Mischintoxikation (Alkohol und Tabletten) eingewiesen wurde. Nach seinem Geburtstag habe er sich entschieden, sich das Leben zu nehmen, da er von seinen Angehörigen kein Telefonat erhalten habe. Nach mehreren Gesprächen in der Klinik sei der Beschwerdeführer deutlich aufgehellter gewesen. Nach einer kurzen Stabilisierungsphase habe er in deutlich gebessertem Zustand in die vor bestehenden Verhältnisse entlassen werden können. Als Austrittsdiagnosen nannten die Ärzte wiederum eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 10/195/4-5). Vom 12. Januar bis 10. Februar 2015 hielt sich der Beschwerdeführer freiwillig mit dem Wunsch nach einer stützend-stabilisierenden Umgebung erneut in der A.____ auf. Dem Austrittsbericht vom 10. Februar 2015 ist zu entnehmen, dass er sich dank optimierter medikamentöser Therapie und unter stützenden psychoedukativen Gesprächen nach anfänglichen Problemen besser ins Stationsmilieu integrieren konnte. Laut den Ärzten stand immer wieder die soziale Problematik (Trennung von der Frau, Einsamkeit) im Vordergrund. Der Beschwerdeführer habe wenig eigene Problemlösungsstrategien gezeigt. Zur Verbesserung der Tagesstruktur hätten die Ärzte eine weitere Therapie in der Tagesklinik empfohlen, was der Beschwerdeführer aber unter Hinweis auf eigene Pläne zu Hause (Musik in einem Chor, Physiotherapie, Schwimmen) abgelehnt habe. Durch die Therapie habe sich der psychische Zustand gebessert, so dass er mit einer leichten depressiven Episode in Remission habe entlassen werden können (Urk. 10/195/1-2).

Am

1. und 6. Juli 2016 berichteten die Ärzte der psychiatrischen Klinik F.____ der IV-Stelle über die bei ihnen erfolgte stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 17. April bis 9. Juni 2016 (Urk. 10/190, Urk. 10/200/1). Laut den Ärzten stellte er sich bei ihnen freiwillig auf Zuweisung eines Notfallarztes mit mittel- bis schwergradigen depressiven Symptomen vor. Er habe angegeben, verzweifelt zu sein, Suizidgedanken zu haben und nicht mehr weiter zu wissen.

Durch den Klinikeintritt sei er sehr erleichtert gewesen und habe sich glaubhaft von Suizidalität distanziert (Urk. 10/190/3, Urk. 10/200/2-3). In anamnestischer Hinsicht habe er über traumatische Kindheitserfahrungen mit physischer und psychischer Gewalt sowie vereinzelt sexueller Gewalt und dies bezüglich fortbestehende Alpträume und Erinnerungen berichtet. In den Verlaufsgesprächen sei auch das schwierige Verhältnis zu seiner Familie immer wieder Thema gewesen (Urk. 10/190/3, Urk. 10/200/3-5). Unterstützung bei der Kontaktaufnahme mit der Familie oder ein Standortgespräch habe er abgelehnt, ebenso die Organisation einer betreuten Wohnform und die Einrichtung eines psychosozialen Spitex-Dienstes (Urk. 10/200/6). In diagnostischer Hinsicht sei von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (emotional-instabil, paranoid), einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und einem schädlichen Gebrauch von Alkohol auszugehen (Urk. 10/190/10, Urk. 10/200/2). Funktionell werde der Beschwerdeführer hauptsächlich durch eine Störung der Emotionsregulation – er habe angegeben, unter unkontrollierbaren

Gefühlen zu leiden - und der interpersonellen Schemata , welche deutlich ins Paranoide verzerrt seien, be e i nträchtig. Er könne nicht mit Stresssituationen im Alltag umgehen und zeige eine niedrige Frustrationstoleranz. Während der stationären Behandlung habe diesbezüglich nur eine geringfügige Verbesserung erreicht werden können. Zu dem leide er unter Konzentrationsstörungen, die ihm die Durchführung einer Arbeit während längerer Zeit verunmöglichten, und an einer deutlichen Antriebsminderung, weshalb er die Motivation für eine Arbeit nicht über grössere Zeiträume aufrechterhalten könne. Daraus resultiere ein hohes Konfliktpotential. Bereits alltägliche Belastungen führten beim Beschwerdeführer zu Krisen mit Suizidalität und potentiell mit Fremdaggressivität. Deshalb sei nicht damit zu rechnen, dass er auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeiten könne (Urk. 10/190/5 , Urk. 10/200/6 ; vgl. auch Urk. 10/199/5-10).

Gemäss Kurzaustrittsbericht vom 28. April 2017 hatte sich der Beschwerdeführer vom 20. bis 24. April 2017 stationär in der A.____ aufgehalten. Er sei freiwillig auf Zuweisung durch einen Notfallpsychiater in die Klinik eingetreten. In der Nacht des Eintritts habe er das Gefühl gehabt, dass eine fremde Person in der Wohnung sei, was ihn sehr verängstigt habe. Er habe Suizidgedanken glaubhaft verneint. Ziel des Aufenthalts sei die Stabilisierung gewesen. Der Austritt sei in gegenseitigem Einvernehmen erfolgt. Nebst Weiterführung der ambulanten Behandlung werde der Aufbau einer Tagesstruktur empfohlen (Urk. 10/219).

Dr. G.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, behandelte den Versicherten seit dem Jahr 2013 mit Psychotherapie (Urk. 10/173/1) . In Verlaufsberichten vom 25. Januar und 3. Juni 2016 sowie in einem Bericht über die letzte Kontrolle vom 15. Mai 2017

diagnostizierte er eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, dependenten und emotional-instabilen Zügen, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (Stimmenhören), eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 10/173/1, Urk. 10/194/1, Urk. 10/216/1-2) . Weiter hielt Dr. G.____ fest, im Verlauf der bisherigen Behandlung habe er eine Verschlechterung der Symptomatik beobachten können (Urk. 10/194/1) ;

die schwere Depression bestehe ungefähr seit Dezember 2015. Hinzu kämen mittel- bis schwergradige neuropsychologische Defizite in den Bereichen des Gedächtnisses, der Konzentration, der Aufmerksamkeit und der Exekutive mit einer deutlich verlangsamten Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit. Die Prognose sei schlecht (Urk. 10/173/2) . Der Beschwerdeführer sei seit mindestens 2013 für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig . Deshalb unterstütze er den Antrag auf eine Erhöhung der Invalidenrente auf 100 %

(Urk. 10/173/3 , Urk. 10/194/2-3 , Urk. 10/216/2-5) .

E. 9

, Urk. 10/236/65 , Urk. 10/236/71) .

Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in einer den körperlichen Beeinträchtigungen angepassten Tätigkeit zu etwa 60 % arbeitsfähig , wobei die entsprechende Leistung allenfalls auch bei einer etwas höheren Präsenzzeit erbracht werden könne . Denkbar seien einfache Tätigkeiten in einem Umfeld ohne hohes Potential für Konflikte, ohne Stressspitzen, mit einer klaren Aufgabenstellung und der Möglichkeit, nötigen falls Pausen einzulegen . Diese Arbeitsfähigkeit bestehe wahrscheinlich bereits seit

201 1. Die leichte Abweichung gegenüber der Vorbegutachtung im Jahr 2011 rühre wahrscheinlich daher, dass der psychiatrische Gutachter die eingeschränkten Ressourcen des Beschwerdeführers bei einem ähnlichen klinischen Befund erheblich gewichtet habe, wodurch ein mittelgradiger Schweregrad der Störung resultiere. Zu einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes sei es seit der letzten Beurteilung des Rentenanspruchs nicht gekommen (Urk. 10/236/10-11, Urk. 10/236/70 -71).

Der rheumatologische Gutachter diagnostizierte im Wesentlichen ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit möglicher intermittierender Irritation, nicht progredienter Radikulopathie L5 linksseitig. Der Beschwerdeführer habe hauptsächlich über Rückenschmerzen im lumbosakralen Übergang mit linksseitiger Ausstrahlung nach unten über die Gesässregion dorsolaterale bis zum linken Fuss geklagt. Die MRI-Untersuchung vom 13. September 2017 habe breitbasige, linksbetonte Diskusprotrusionen und eine Facettengelenksarthrose in den Segmenten L3 bis S1 mit leichten foraminalen Engen ergeben. Auf Höhe L4/5 links bestehe Kontakt zur L5-Wurzel, jedoch ohne Wurzelkompression, und es bestehe keine Spinalkanalstenose (Urk. 10/236/83) . Gegenüber der Voruntersuchung vom 24. Januar 2011 (Urk. 10/236/81) habe auf der Höhe L4/5 keine Progression erhoben werden können. Die subjektiven Beschwerden korrelierten nicht vollständig mit den radiomorphologischen Befunden. Insgesamt fänden sich weder klinisch noch kernspintomografisch

Hinweise für eine relevante Progression der degenerativen Veränderungen und für eine Verschlechterung der Klinik im rund 30jährigen Verlauf dieser Problematik (Urk. 10/236/84).

Funktionell wirkt sich die Beeinträchtigung in dem Sinne aus, dass eine verminderte Belastbarkeit des axialen Skeletts für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe. Relevante funktionelle Einschränkungen der peripheren Gelenke bestünden nicht (Urk. 10/236/8) . Der Gesundheitszustand habe sich mit Blick auf den Bewegungsapparat seit Erlass der letzten Rentenverfügung im Jahr 2011 nicht verändert (Urk. 10/236/ 8 -11) .

Zu beachten bleibe allerdings , dass der Beschwerdeführer mittlerweile 56 Jahre alt geworden sei, eine vorzeitige Alterung aufweise und wegen der degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule Lasten von mehr als 5 kg nicht mehr tragen könne. Zusätzlich bestehe eine quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 % . In diesem Rahmen könne der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Kellner ausüben. Auch in jeder anderen körperlich leichten wechselbelastenden Arbeit ohne Heben von Gewichten über Kopfhöhe bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 80 % . Die attestierte Arbeitsfähigkeit entspreche derjenigen gemäss Gutachten des Rheumatologen

Dr. Z.____ vom 30. August 2010 (Urk. 10/72; Urk. 10/236/87).

Aus interdisziplinärer Sicht bescheinigten die Gutachter dem Beschwerdeführer eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60 % in leidensangepassten Tätigkeiten; bei erhöhtem Pausenbedarf könne die Leistung allenfalls bei einer höheren Präsenzzeit erbracht werden. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei hauptsächlich psychisch bedingt (Urk. 10/236/10). 5. 5.1

Das interdisziplinäre

Y.____ -Gutachten vom 25. Januar 2018 ist

für die streitigen Be lange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die ge klagten Beschwerden (Urk. 10/236/32-34 , Urk. 10/236/76-79), ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden (Urk. 10/236) , leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält begründete Schlussfolgerungen (Urk. 10/236/6-11, Urk. 10/236/50-73, Urk. 10/236/83-88) . Es ist damit grundsätzlich voll beweis kräftig (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c) . Dabei ist auch von Belang, dass die rechtsprechungsgemäss f ür die Beurteilung der Arbeitsfä higkeit bei Vorliegen psychischer Krankheiten massgeblichen Standardindikato ren (vorstehend E. 1.2) im psychiatrischen Teilgutachten berücksichtigt wurden (Urk. 10/236/52-69) ; zudem wird in der Expertise zur relevanten Frage, ob s eit Erlass der letzten Rentenverfügung vom 1 2. September 2012 eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, klar Stellung bezogen (Urk. 10/236/10-11, Urk. 10/236/70, Urk. 10/236/ 86-87) . 5.2

Die Kritik, der psychiatrische Befund sei nicht in AMDP-konformer Weise erho ben worden, läuft ins Leere. Der psychiatrische Teilgutachter hat die erhobenen Befunde detailliert und differenziert dargelegt (Urk. 10/236/45-49). Dass er dabei ni cht ausdrücklich auf die AMDP-I tems einging, tut der Nachvollziehbarkeit sei ner Erhebungen keinen Abbruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1) . Mit Blick auf die überzeugende, äusserst umfassende Herleitung der Diagnosen (Urk. 10/236/52-60) kann auch keine Rede davon sein, der Sachverständige habe die diagnostizierte depressive Störung nicht einleuch tend begründet. Dass er trotz abweichender Einschätzung keine fremdanannes tische Auskunft beim behandelnden Psychiater einholte, ist ebenfalls nicht ge eignet, die Beweiskraft seiner Beurteilung zu erschüttern (Urteil des Bundesge richts 9C_65/2012 vom 2 8. Februar 2012 E. 4.3) . In seinem Teil des Gutachtens hat er ausführlich dargelegt, weshalb die teilweise abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte, insbesondere auch der F.____ , nicht überzeugen (Urk. 10/236/66-68). Die Einholung ergänzender Auskünfte bei den Behandlern stand in seinem Ermessen. Sie ist nicht zwingend erforderlich und ist etwa dann sinnvoll, wenn sie neue Erkenntnisse über die zu explorierende Person erwarten lässt (Urteil des Bundesgerichts 8C_738/2011 vom 3. Februar 2012 E. 5.3), wovon der Psychiater offensichtlich ausging, was nicht zu beanstanden ist . Auch aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der schweize rischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP; 3. Auflage vom 1 6. Juni 2016) ergibt sich in dieser Hinsicht nichts anderes (Urteil des Bundesge richts 8C_318/2019 vom 1 4. Oktober 2019 E. 4.2.2.1 mit weiteren Hinweisen) . Bei seinem Vorwurf, die Persönlichkeitsstruktur und die Ausprägung der affektiven Störungen seien nicht mit anerkannten Testverfahren objektiviert worden, ver kennt der Beschwerdeführer ebenfalls , dass es im Ermessen der medizinischen Fachperson liegt, ob sie psychologische Tests durchführen will. Einem testmässi gen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration kann generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klini sche Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltens beobachtung ausschlaggebend bleibt (Urteil des Bundesgerichts 9C_276/2016 vom 1 9. August 2016 E. 3.2) .

Auch die vom Beschwerdeführer verlangte neuropsychologische Untersuchung stellt lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (Urteil e des Bundesgerichts 9C_302/2018 vom 1 2. Juli 2018 E. 4.2.1 sowie

9C_566/2017 vom 20. November 2017 E. 2.1).

Der psychiatrische Y.____-Gutachter hat den Beschwerdeführer während mehr als drei Stunden untersucht und sein Augenmerk auch auf die vom Beschwerdeführer angegebenen kognitiven Einschränkungen

gerichtet. Dabei konnte er während der ganzen Exploration keine Abnahme der Konzentration feststellen (Urk. 10/236/46-48). Mit Ausnahme geringfügiger mnestischer Defizite fielen ihm keine kognitiven Defizite auf (Urk. 10/236/46). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Y.____-Gutachter auf eine zusätzliche neuropsychologische Abklärung des Beschwerdeführers verzichteten. Generell ist zudem zu beachten, dass weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten der SGPP vorschreiben. Ein Gutachten verliert nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die fraglichen Qualitätsrichtlinien anlehnt (Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E.

5.4 mit Hinweisen). Die Leitlinien verstehen sich als Empfehlung, von welcher im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann (Urteile des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 3.3 sowie 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.2).

Der vom Beschwerdeführer im psychiatrischen Teilgutachten erblickte Widerspruch, dass einerseits nur eine leichte depressive Episode diagnostiziert wurde, gleichzeitig aber von einer mittelgradigen psychischen Störung die Rede ist, lässt sich bei genauer Betrachtung zwanglos auflösen: Der Gutachter mass dem gesamten psychischen Leidensbild unter Berücksichtigung sämtlicher Diagnosen, also etwa auch der Angststörung, einen mittleren Schweregrad zu. Zudem veranlassten ihn erklärermassen auch die eingeschränkten Ressourcen des Beschwerdeführers zu dieser Beurteilung (Urk. 10/236/9, Urk. 10/236/11, Urk. 10/236/64-65, Urk. 10/236/70). Für die gestützt auf die medizinischen Vorakten gemachte Beobachtung, dass die depressive Störung jeweils im Rahmen stationärer Hospitalisationen zurückging, hat der begutachtende Psychiater zahlreiche Belege angeführt (Urk. 10/236/54-60, Urk. 10/236/62-63) .

Gleichzeitig hat er aufgezeigt, dass die behandelnden Fachpersonen für die Einordnung des Schweregrades der regelmässig als mittelgradig bis schwer eingestuften depressiven Episoden hauptsächlich auf die subjektiv angegebenen Beschwerden abstellten, wobei der in den Berichten beschriebene günstige Verlauf ihrer Einschätzung teils deutlich widersprach (Urk. 10/236/57, Urk. 10/236/62-63) . Unzutreffend ist deshalb die Kritik des Beschwerdeführers, eine Remission der rezidivierenden depressiven Störung sei lediglich im Austrittsbericht der A.____ vom 10. Februar 2015 (Urk. 10/195/1-2) dokumentiert.

Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers hat sich der psychiatrische Sachverständige der Y.____

durchaus auch mit den Ergebnissen der absolvierten beruflichen Massnahmen auseinandergesetzt. Zu Beginn der Expertise wird die Ende 2014 eingeleitete Potentialabklärung, welche aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen wurde, ausdrücklich erwähnt (Urk. 10/236/2-3). An anderer Stelle werden weitere, in den Jahren 2006 und 2011 durchgeführte Massnahmen aufgeführt; deren wiederholtes Scheitern wird überzeugend erklärt mit der negativen Prognose durch den Behandler in einem frühen Stadium der Erkrankung, welche kontraproduktiv gewesen sei, dem rigiden Krankheitskonzept des Beschwerdeführers

und dem drohenden Gesichtsverlust gegenüber der Familie bei einem Abweichen von diesem Krankheitskonzept (Urk. 10/236/55, Urk. 10/236/65). Zwar bezieht sich der Y.____-Psychiater in seinen Ausführungen nicht ausdrücklich auf die Ende 2014 abgebrochene Potentialabklärung. Dies vermag die Beweiskraft seiner Beurteilung aber aufgrund folgender Überlegungen nicht einzuschränken: Während der Potentialabklärung in der Institution E.____ vom 24. November bis zum 16. Dezember 2014 kam es für den Beschwerdeführer zu einer psychosozialen Belastungssituation, als seine

engsten Familienmitglieder

sich an seinem Geburtstag (am 12. Dezember; Urk. 10/195/4) nicht bei ihm meldeten. Die damit einhergehende Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit mit einem Suizidversuch führte zum Abbruch der Massnahme (Urk. 10/168). Die Einschätzung der Eingliederungsfachleute, dass der Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt keine relevante Arbeitsfähigkeit aufwies,

erfolgte wohl zu einem grossen Teil unter dem Eindruck

des aus invaliditätsfremden Gründen vorübergehend verschlechterten Gesundheitszustandes. Dass danach rasch wieder eine Verbesserung eintrat, ergibt sich aus dem Austrittsbericht der A.____ vom 10. Februar 2015 und dem psychiatrischen Y.____-Gutachten. In diesen medizinischen Stellungnahmen wird die depressive Störung nur noch als leicht eingestuft (Urk. 10/195/1).

Der Gutachter hat durch seine Analyse des gesundheitlichen Verlaufs aufgezeigt, dass es in der Vergangenheit nach ähnlichen psychosozialen Belastungssituationen jeweils zu einer Exazerbation der depressiven Symptomatik kam und es in diesem Zusammenhang auch Phasen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit gab, dass sich die Symptomatik in der Folge aber durch strukturierende Interventionen gut und rasch beeinflussen liess (Urk. 10/236/9, Urk. 10/236/67-68).

Dass die Einschätzung der Eingliederungsfachleute nicht Ausdruck einer anhaltenden gesundheitlichen Verschlechterung ist, folgt auch daraus, dass bereits eine Arbeitsabklärung im Jahr 2006 eine relativ geringfügige Arbeitsfähigkeit von lediglich 30% ergab – gemessen an der deutlich optimistischeren medizinisch-theoretischen Einschätzung im Gutachten der Y.____ vom 21. Mai 2007 (Urk. 10/33/13) – und ab dem Jahr 2000 sämtliche Eingliederungsbemühungen scheiterten (Urk. 10/236/65). Auch der psychiatrische Vorgutachter Dr. C.____ wies in seinem Teil des Gutachtens vom 22. August 2011 darauf hin, dass die kontraproduktive Haltung des Beschwerdeführers einem beruflichen Wiedereinstieg im Weg stehe, und nicht ein fehlendes Rehabilitationspotential (Urk. 10/109/28-29).

Rechtsprechungsgemäss ist im Weiteren die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteile des Bundesgerichts 8C_801/2018 vom 13. Februar 2019 E. 4.3 und 9C_646/2015 vom 19. Mai 2016 E. 4.4). 5.3

Auch die Beurteilungen des Gesundheitszustandes durch die behandelnden Ärzte vermögen die Beweiskraft des interdisziplinären

Y.____ -Gutachtens vom 25. Januar 2018 nicht zu erschüttern.

Die Psychiater der A.____ behandelten den Beschwerdeführer wiederholt stationär im Mai und Ende 2014/Anfang 2015 sowie

im April 2017 im Anschluss an psychosoziale Belastungssituationen (Urk. 10/195, Urk. 10/219). Im Austrittsbericht vom 10. Februar 2015 erwähnten sie bei den Diagnosen eine leichte depressive Episode in Remission (Urk. 10/195/1). Insofern besteht keine wesentliche Abweichung von der Beurteilung im Y.____ -Gutachten. Im Austrittsbericht vom 28. April 2017 diagnostizierten sie nach einer Exazerbation der depressiven Symptomatik und Kurzhospitalisation von vier Tagen eine mittelgradig depressive Episode (Urk. 10/219). Diese Einschätzung liegt ebenfalls noch im Rahmen des vom Y.____ -Psychiater gezeichneten Krankheitsbildes mit gelegentlichen, eher kurzzeitigen Exazerbationen der grundsätzlich leichtgradigen rezidivierenden depressiven Symptomatik.

Die von den Ärzten der F.____ in ihrem Berichten vom

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