

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01037 vom 7. Juli 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.01037

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01037 du 7 juillet 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01037 del 7 luglio 2020

Erwägungen

E. 1

6. April 2018 (Urk. 7/87/1-3 mit dem beigelegten Bericht über die Kontrolluntersuchung vom 10. Januar 2018, Urk. 7/87/4-6) und den Verlauf sbericht von Dr. D.____ vom 4. Mai 2018 (Urk. 7/88) ein und nahm den weiteren Kontrollbericht der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B.____ vom

E. 1.1

Invaliddität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerb sunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]).

Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden aus geglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

E. 1.2

Im Hinblick auf das Erfordernis in Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG hat das Bundesgericht spezifische Leitlinien aufgestellt. Im Grundsatzurteil vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) hat es in Änderung seiner bisherigen Rechtsprechung ein neues Prüfungsrastrer in Form von spezifischen Standardindikatoren entwickelt, anhand dessen die Auswirkungen von sogenannten pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage, insbesondere von somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren Leiden, zu ermitteln sind. Das Raster präsentiert sich wie folgt (BGE 141 V

281 E. 4.1.3 und E. 6): - Kategorie « funktioneller Schweregrad» - Komplex « Gesundheitsschädigung » - Ausprägung der diagnosterelevanten 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

eingliederung sanamnestisch ausgewiesener Leiden druck.

In einem weiteren Schritt hat das Bundesgericht in zwei Grundsatzurteilen vom 30. November 2017 die Anwendbarkeit der neu entwickelten Standardindikatoren auf grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen ausgedehnt, indem es für alle diese Erkrankungen das strukturierte Beweisverfahren als massgebend erklärt hat (BGE 143 V 418 E. 7, BGE 143 V 409 E. 4.4 und E. 4.5). Damit hat das Bundesgericht insbesondere seine bisherige Rechtsprechung zu den depressiven Störungen fallengelassen und nicht länger daran festgehalten, dass Depressionen leicht- bis mittelgradiger Natur nur dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind.

E. 1.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

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 (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen).

Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 28 Abs. 1 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig war (lit. b), so fern sie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ist (lit. c). Zusätzlich kann der Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG nicht vor Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung entstehen.

E. 1.4

Im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz. Der Versicherungsträger prüft nach Art. 43 Abs. 1 ATSG die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein, wobei mündlich erteilte Auskünfte schriftlich festzuhalten sind.

Für die Beurteilung von Rechtsfragen, denen medizinische Sachverhalte zu Grunde liegen, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Angaben und Unterlagen von medizinischen Fachpersonen, namentlich von Ärztinnen und Ärzten, angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist nach höchstrichterlicher Praxis entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a).
2.

Strittig und zu prüfen ist, ob und gegebenenfalls ab welchem Zeitpunkt der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Verneinung des Rentenanspruchs auf das bi- disziplinäre Gutachten von Dr. K. ___ und Dr. L. ___ vom 6. August 2018 (Urk. 7/108). In der Gesamtbeurteilung gelangten die beiden Ärzte zum Schluss, aus somatisch-rheumatologischer und aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht habe nach der zeitlich limitierten Arbeitsunfähigkeit von Dezember 2015 bis zum Abschluss der Chemotherapie beziehungsweise bis Ende Juni 2016 in keinem Zeitraum eine anhaltende relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit um mehr als 20 % bestanden (Urk. 7/108/21+23+24), und die RAD-Ärztin Dr. J. ___ empfahl am 15. August 2018, dieser Beurteilung zu folgen (Urk. 7/109/11).

Aufgrund dieser Beurteilung im Gutachten von Dr. K. ___ und Dr. L. ___

war bereits in Frage gestellt, ob der Beschwerdeführer das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG mit einer Arbeitsunfähigkeit ohne wesentlichen Unterbruch von durchschnittlich mindestens 40 % bestanden habe. Die Beschwerdegegnerin interpretierte die Beurteilung denn auch dahingehend, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Juli 2016 wieder voll arbeitsfähig in der bisherigen Tätigkeit gewesen sei (Urk. 2 S. 1), und verneinte den Rentenanspruch deshalb implizit schon wegen des nicht erfüllten Wartejahres, ohne dass sie einen Einkommensvergleich durchgeführt hätte (vgl. Urk. 2 S. 2). 3.

E. 3

1. Mai 2018 zu den Akten (Urk. 7/91). Am 5. Juni 2018 ordnete die IV-Stelle sodann auf den Vorschlag der RAD-Ärztin Dipl.-Med. J. ___, Fachärztin für Innere Medizin, Prävention und Gesundheitswesen, hin (Urk. 7/109/8-9) eine bidisziplinäre Begutachtung des Versicherten in den Fachrichtungen Innere Medizin und Psychiatrie an (Urk. 7/93).

Unabhängig von dieser Begutachtung sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 11. Juli 2018 die Übernahme der Kosten von orthopädischen Serienschuhen zu (Urk. 7/107; vgl. die Anmeldung hierzu vom 9. Juni 2018, Urk. 7/97), dies aufgrund der Diagnose einer Polyneuropathie mit Missempfindungen an den Füßen (vgl. den Bericht von Dr. I. ___ vom 25. Juni 2018, Urk. 7/103/1-3, mit dem beigelegten Bericht der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals B. ___ vom 24. März 2017, Urk. 7/103/4-14).

Am 10. August 2018 reichten die Gutachter Dr. med. K. ___, Spezialarzt für Innere Medizin und Rheumatologie, Manuelle Medizin SAMM und Neuraltherapie ÖÄK, und Dr. med. L. ___, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP, das Gutachten vom 6. August 2018 ein, bestehend aus einem rheumatologischen Fachgutachten (Untersuchung vom 5. Juli 2018), einem versicherungspsychiatrischen Gutachten (Untersuchung vom 25. Juli 2018) und einer Gesamtbeurteilung (Urk. 7/108).

E. 3.1

Fest steht, dass anlässlich der Kontrolluntersuchung in der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B. ___ von Mitte Juni 2016 die komplette metabolische und morphologische Remission des B-Zell-Lymphoms festgestellt wurde (Urk. 7/23/1+2) und dass die Verlaufsuntersuchungen im nachfolgenden Zeitraum bis zum Datum des aktuellsten in den Akten vorhandenen Berichts vom 7. Mai 2019 keine Hinweise auf ein Tumorrezidiv ergaben (vgl. Urk. 7/24/6+8, Urk. 7/36/3+5, Urk. 7/42/2+4, Urk. 7/44/2+4,

Urk. 7/87/2+4+6, Urk. 7/91 /1+3, Urk. 5/1 S. 2 und S. 3 und Urk. 16 S. 2 und S. 3).

E. 3.2

In körperlicher Hinsicht zeigte sich jedoch ein Beschwerdebild, das sich gemäss dem Kontrollbericht der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B.____ vom 10. Januar 2017 in schmerzhaften Kribbelparästhesien an beiden Unterschenkeln äusserte (Urk. 7/36/4), und anlässlich der elektrodiagnostischen Untersuchung in der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals B.____ vom 24. März 2017 konnte der Verdacht auf eine Polyneuropathie als Folge der durchgeführten Chemotherapie (vgl. Urk. 7/36/5) bestätigt werden (Urk. 7/103/14). Im weiteren Zeitverlauf bestanden die Beschwerden gemäss den Berichten der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals

B.____

über die Kontrolluntersuchungen von März und Juli 2017 fort (Urk. 7/42/4 und Urk. 7/44/4), sie waren auch Thema während der Behandlung des Beschwerdeführers im Zentrum F.____ von Juli bis September 2017 (Urk. 7/67/7) und wurden

in den nachfolgenden Berichten der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B.____ über die Kontrolluntersuchungen von Januar und Mai 2018 als noch so stark beschrieben, dass eine Steigerung der Medikation empfohlen wurde (Urk. 7/87/6 und Urk. 7/91 /3) und der Beschwerdeführer ausserdem im Juli 2018 orthopädische Serienschuhe zugesprochen erhielt (vgl. Urk. 7/107).

Neben den spezifischen neuropathischen Schmerzen klagte der Beschwerdeführer während des Aufenthaltes in der Klinik E.____ von Februar/März 2017 über erhebliche Rückenschmerzen (Urk. 7/39/2), und im Schlussbericht der Institution H.____ über den Verlauf des Belastbarkeitstraining im Februar/März 2018 ist die wiederholte Aussage des Beschwerdeführers wiedergegeben, er verspüre Schmerzen am ganzen Körper (Urk. 7/84/2+3).

Sodann ist in den Berichten der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B.____ als weitere Diagnose körperlicher Natur neben einer durchgemachten Hepatitis-B-Infektion eine chronisch-obstruktive Pneumopathie des Gold-Stadiums II aufgeführt, die anlässlich eines Lungenfunktionstests von Januar 2016 festgestellt worden sei (vgl. beispielsweise Urk. 7/91/1), und schliesslich ist im Bericht des Universitären Herzzentrums des Universitätsspitals B.____ vom 23. März 2018, den der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren eingereicht hat, ein angeborener Herzfehler in der Gestalt eines kleinen Ventrikelseptumdefekts dokumentiert (Urk. 5/3 und Urk. 5/4).

E. 3.3.1

In Bezug auf den psychischen Zustand

konstatierte die Ärztin der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B.____

bereits im Bericht vom 14. Juni 2016 eine Reaktion auf schwere Belastung bei onkologischer Erstdiagnose (F43.8

der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10) und hielt fest, der Beschwerdeführer sei psychisch sehr belastet durch die Gesamtsituation und habe Angst geäussert, sich in die körperlich anstrengende Arbeit in der Fleischverarbeitung zurückzufinden, weshalb er sich für eine psychoonkologische Betreuung angemeldet habe (Urk. 7/23/1+2).

Diese Betreuung wurde ab Anfang August 2016 durch Dr. D.____ durchgeführt, der im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 17. Januar 2017 von Seiten seines Fachgebietes neben der Diagnose der Belastungsreaktion (ICD-10 F43.8) die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) nannte und ausserdem auf ein Chronic-Fatigue-Syndrom (CFS) nach Karzinom-Erkrankung und Chemotherapie hinwies (Urk. 7/30/1).

E. 3.3.2

Die Klagen über eine ausgeprägte Müdigkeit und körperliche Schwäche hielten anlässlich der nachfolgenden Kontrollen in der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B.____ ab Januar 2017 an, und der Zustand liess sich auch durch den Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik E.____ von Februar/März 2017 nicht wesentlich verändern (vgl. Urk. 7/36/4, Urk. 7/39/2, Urk. 7/42/3), sodass die Klinik für Onkologie Ende März 2017 explizit ein schweres Fatigue-Syndrom und den Verdacht auf eine Depression in ihre Diagnoseliste aufnahm (Urk.

7/42/2). Im folgenden Bericht der Klinik für Onkologie vom Juli 2017 wurde dann wohl Fortschritte in psychischer und physischer Hinsicht seit der erneuten Rehabilitation in der Klinik G.____ vermerkt (Urk. 7/44/3+4); diese schienen jedoch nicht von Dauer gewesen zu sein, denn in den Berichten der Klinik für Onkologie von Januar und Mai 2018 war nach wie vor die Rede davon, dass der Beschwerdeführer von den Zeichen der Depression und dem schweren Fatigue-Syndrom geplagt sei (Urk. 7/87/5 und Urk. 7/91/2-3). Gleichermaßen wiederholte Dr. D.____ diese Diagnosen in seinen Berichten von Oktober 2017 und Mai 2018 (Urk. 7/55/1 und Urk. 7/88/1).

E. 3.3.3

Anders als in Bezug auf die diagnostizierte Polyneuropathie äusserten sich die behandelnden medizinischen Fachpersonen dabei nicht mit Eindeutigkeit zum Zusammenhang zwischen der psychischen Problematik und der Tumorerkrankung beziehungsweise deren Behandlung.

Dr. D.____ deutete einen solchen Zusammenhang im Bericht vom 17. Januar 2017 mittelbar an, indem er bemerkte, das Fatigue-Syndrom habe sich nach der Krebserkrankung und der anschliessenden Chemotherapie eingestellt (Urk. 7/30/1), im Bericht vom 30. Oktober 2017 stellte er die Ursächlichkeit der Chemotherapie durch den Vermerk in Klammern «chemotherapie-bedingt?» erneut zur Diskussion (Urk. 7/55/1), im Bericht vom 4. Mai 2018 figuriert der Klammervermerk wiederum, diesmal ohne Fragezeichen (Urk. 7/88/1), und im Bericht vom 5. Oktober 2018 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers wies Dr. D.____ nochmals auf einen solchen Zusammenhang hin (Urk. 7/114/1).

Demgegenüber bezeichnete die Ärztin der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B.____ das Fatigue-Syndrom als psychosomatische Diagnose (Urk. 7/42/4), was ohne weitere Ausführungen jedoch nicht auf eine Verneinung eines Zusammenhangs mit der durchlaufenen Chemotherapie schliessen lässt. Das Gleiche gilt für den Umstand, dass die Klinikärztin im Bericht vom 16. April 2018 an die Beschwerdegegnerin eine Evaluation der Belastbarkeit für eine Wiedereingliederung durch eine medizinische Fachperson der Psychiatrie für notwendig hielt (Urk. 7/87/3).

E. 3.4

Aufgrund des Fortbestands von Beschwerden körperlicher und psychischer Ausprägung liess sich sodann auch die stufenweise Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, wie sie im Bericht der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B.____ vom 14. Juni 2016 für die Zeit ab Anfang September 2016 in Aussicht genommen worden war (Urk. 7/23/3), nicht realisieren. Vielmehr hielt die Klinik für Onkologie anlässlich der Kontrolluntersuchung vom September 2016 fest, der Beschwerdeführer sei aufgrund der genannten Beschwerden weiterhin nicht arbeitsfähig und bedürfe einer intensiven ambulanten Rekonditionierung mit Physiotherapie und psychotherapeutischer Betreuung (Urk. 7/24/8) . Und nach dem die Ärztin der Klinik für Onkologie im März und im Juli 2017 einen beruflichen Wiedereinstieg erneut befürwortet (Urk. 7/42/4 und Urk. 7/44/4) und das Zentrum F.____ die teilweise Wiedereingliederung für die Zeit ab November 2017 vorgesehen hatte (Urk. 7/67/8), scheiterte das im Februar 2018 aufgenommene Belastbarkeitstraining nach dem bereits Ausgeführten nach einigen Wochen. Die Ärztin der Klinik für Onkologie wies daraufhin im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 16. April 2018 die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung dem behandelnden Psychiater Dr. D.____ zu (Urk. 7/87/1), der dem Beschwerdeführer anschliessend im Bericht vom 4. Mai 2018 mit Hinweis auf den gescheiterten Arbeitsversuch eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % in jeglicher Tätigkeit attestierte (Urk. 7/88). 4. 4.1

Bei einem solchermassigen persistierenden Beschwerdebild mit offenen Fragen zu dessen medizinischem Hintergrund, dessen Behandelbarkeit und dessen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit hielt die Beschwerdegegnerin zu Recht eine Begutachtung des Beschwerdeführers für angezeigt.

Die RAD-Ärztin Dr. J.____, selber Fachärztin der Inneren Medizin, schlug dabei die Disziplinen der Inneren Medizin und der Psychiatrie vor (Urk. 7/109/9); auf diesem Vorschlag basiert das bidisziplinäre Gutachten von Dr. K.____ und Dr. L.____ vom 6. August 2018 (Urk. 7/108). 4.2 4.2.1

Der Somatiker

Dr. K.____ verfügt über einen Facharztstitel für Allgemeine Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, daneben hat er besondere Qualifikationen in der Manuellen Medizin und in der Neuraltherapie, einer Methode zur Behandlung von Schmerzen durch Injektion eines örtlich wirkenden Anästhesiemittels; vgl.

die Website der Schweizerischen Ärztegesellschaft für Neuraltherapie

www.santh.ch). Hingegen ist nicht ersichtlich, dass er im Bereich der Inneren Medizin auf das Fachgebiet der Onkologie spezialisiert wäre, und ebenso wenig trägt er einen Facharztstitel der Neurologie oder weist sich über anderweitige besondere Kenntnisse in dieser Disziplin aus. 4.2.2.

Dr. K.____

bezeichnete sein Gutachten denn auch ausdrücklich als rheumatologisches Fachgutachten (Urk. 7/108/2) und die Attestierung einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit ab Juli 2017 erfolgte gemäss der expliziten

Formulierung «aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht » (Urk. 7/108/14).

Dementsprechend betraf das Schwergewicht der klinischen Untersuchungen den Bewegungsapparat, wo der Arzt eine freie Beweglichkeit sämtlicher Gelenke feststellte

und eine Wirbelsäule mit leichtgradiger, nicht fixierter Hyperkyphose beschrieb, die er je doch ebenfalls als gut und schmerzfrei beweglich charakterisierte. Ferner gab der Beschwerdeführer gemäss Dr. K.____ bei der Palpation der paravertebralen Weichteile ebenfalls keine Schmerzen an, und Dr. K.____ konnte keine Weichteilbefunde wie Myogelosen oder Triggerpunkte objektivieren. Schliesslich fand Dr. K.____ im Blutbild (vgl. Urk. 7/108/9) auch keine Hinweise auf eine entzündliche Systemerkrankung (Urk. 7/108/8+11+12).

Eine rheumatologische Untersuchung war im Rahmen der Begutachtung zwei-fellos angebracht angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer während des Aufenthaltes in der Klinik E.____ von Februar/März 2017 oft über Rückenschmerzen geklagt hatte (Urk. 7/39/2) und ein Jahr später im Belastbarkeitstraining wiederum an Schmerzen am ganzen Körper gelitten hatte (Urk. 7/84/2+3). 4.2.3

In der Krankengeschichte seit der Diagnostizierung und der Behandlung des Tumoreidens standen allerdings diejenigen Schmerzen im Vordergrund, die sich von den Füßen über beide Unterschenkel erstreckten und anlässlich der neurologischen Abklärungen im Universitätsspital B.____ im März 2017 der schon vorher vermuteten Diagnose einer Polyneuropathie, mutmasslich bedingt durch die Chemotherapie, zugeschrieben wurden (Urk. 7/103/14). Es waren diese Schmerzen, von denen der Beschwerdeführer bei den Verlaufsuntersuchungen in der Klinik für Onkologie immer wieder berichtete und die deshalb auch Gegenstand der Begutachtung sein mussten.

Dr. K.____ befasste sich mit dieser Problematik auch tatsächlich und liess sich das entsprechende Beschwerdebild mit Beginn der Schmerzen in den Füßen und zeitweiliger Ausstrahlung bis in den Kopf sowie mit Kraftverlust im ganzen Körper eingehend schildern (Urk. 7/108/6). Bei den Untersuchungen beschränkte sich Dr. K.____

jedoch auf die cursorische Erfassung eines Neurostatus mittels einiger weniger, im Rahmen einer allgemeinärztlichen Abklärung üblicher Testungen (Urk. 7/108/8). Als der er Ergebnis konstatierte er gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers eine leichtgradige (um 2/8) Abschwächung des Vibrations-sinnes an den Füßen (Urk. 7/108/10). Diese Symptomatik anerkannte er als Ausdruck der diagnostizierten Polyneuropathie (Urk. 7/108/11). Im Übrigen hielt er jedoch fest, er habe keine anderweitigen klinischen Befunde einer Polyneuropathie objektivieren können; insbesondere sei die vom Beschwerdeführer geschilderte Schmerzgeneralisierung, bei der die Schmerzen ohne Erkennbarkeit von beschwerdeverstärkenden oder beschwerdelindernden Mechanismen kämen und gingen, nicht typisch für somatisch abstützbare Beschwerden einer Polyneuropathie (Urk. 7/108/10-11).

Es fehlt indessen eine vertiefte Begründung dieser Erklärung. Insbesondere geht aus den Ausführungen von Dr. K.____ nicht hervor, welches die typischen Beschwerden einer Polyneuropathie sind, ob der Beschwerdeführer gezielt danach gefragt worden ist, mit welchen klinischen und technischen Untersuchungsmethoden solche typischen Symptome verifiziert werden können und aufgrund welcher Feststellungen umgekehrt auf die Abwesenheit solcher Symptome zu schliessen ist. Für die neurologischen Belange ist die allgemeininternistische orientierte Beurteilung von Dr. K.____

daher zu wenig aussagekräftig. Dies gilt umso mehr, als Dr. K.____ offenbar nicht über die Ergebnisse der elektrodiagnostischen Untersuchung in der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals B.____ vom März 2017 verfügt hat; der entsprechende Bericht vom 24.

März 2017 (Urk. 7/103 /4-14) ist im Aktenauszug des Gutachtens (Urk. 7/108/4-5) nicht enthalten und gelangte erst nach der Erteilung des Gutachtensauftrags vom 20. Juni 2018 (vgl. Urk. 7/108/2), nämlich mit dem Bericht von Dr. I.____ vom 25. Juni 2018 (Urk. 7/103/1-3), in die Akten der Beschwerdegegnerin. Dementsprechend fehlt im Gutachten eine Auseinandersetzung mit den fachärztlichen neurologischen Feststellungen, und Dr. K.____ konnte auch keine Kenntnis davon haben, dass die Klinik für Neurologie bei Auftreten neuer neurologischer Beschwerden oder deutlicher Zunahme der damals aktuell gewesenen Beschwerden um eine erneute Zuweisung des Beschwerdeführers gebeten hatte (Urk. 7/103/14).

Unter diesen Umständen sind Abklärungen durch einen Arzt oder eine Ärztin, die auf das Fachgebiet der Neurologie spezialisiert ist, für eine vollständige Begutachtung unumgänglich, zumal im Bericht der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B.____ vom 5. November 2018 explizit auf die ungeklärte Frage hingewiesen wurde, ob die Schmerzen im Rahmen der Depression oder der Polyneuropathie zu erklären oder differenzialdiagnostisch muskulären Ursprungs seien (Urk. 5/1 S. 3). 4.2.4

Was die onkologischen Aspekte betrifft, so war Dr. K.____ durch die regelmässigen Verlaufsberichte der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B.____ gut dokumentiert zum Umstand, dass der Tumor remittiert geblieben war und keine Rezidive aufgetreten waren. Seine Feststellungen hierzu und insbesondere auch der Hinweis auf die Bemerkung der Klinik im Bericht vom 16. April 2018, dass die Prognose sehr gut und der Tumor wahrscheinlich geheilt sei (vgl. Urk. 7/87/2), sind daher zweifellos korrekt (vgl. Urk. 7/108/11).

Hingegen fehlt eine Beurteilung im Hinblick auf allfällige Langzeitfolgen aus onkologischer Sicht. Dies gilt nicht nur für die vorstehend diskutierte neurologische Problematik, sondern auch für die geklagte Symptomatik der allgemeinen Schwäche und der permanenten Müdigkeit. Dr. K.____ hielt hierzu lediglich fest, er könne

keinen korrelierenden somatisch-pathologischen Befund objektivieren zu den Beschwerden mit Müdigkeit und Kraftlosigkeit, die zusammen mit den generalisierten Schmerzen aufgetreten seien, und wies die Beurteilung dieser Beschwerden mit der Bemerkung, die Beschwerden seien aus rein somatischer Sicht beurteilt kaum mit der Behandlung des B-Zell-Lymphoms begründbar, in die Kompetenz des Psychiaters (Urk. 7/108/11 +13). Dies lässt jedoch eine Auseinandersetzung mit der Frage vermessen, ob die geklagte Müdigkeit als Ausdruck einer tumorassoziierten Fatigue (Cancer- related

Fatigue ; CrF) zu verstehen sei oder in Abgrenzung davon als Chronic

Fatigue Syndrom (CFS) interpretiert werden müsse. Das Bundesgericht hat sich mit dieser Abgrenzung vor einigen Jahren in einem Grundsatzurteil befasst und dabei Bezug genommen auf verschiedene einschlägige medizinische Fachartikel. Es hat dabei ausgeführt, dass die Ursachen und die Entstehung der CrF, die während vieler Jahre nach Therapieabschluss andauern könne, nach dem derzeitigen Forschungsstand nicht ganz geklärt seien und dass somatische, emotionale, kognitive und psychosoziale Faktoren zusammenspielten (BGE 139 V 346 E. 3.2 und E. 3.3), hat jedoch eine Unterscheidung einer

CrF und eines CFS dennoch für medizinisch möglich gehalten und als rechtlich erforderlich erachtet, da nur die Auswirkungen des CFS, nicht aber diejenigen der

CrF nach den vorstehend dargelegten, damals noch anders formulierten, für psychische Störungen entwickelten Grundsätzen zu beurteilen seien (BGE 139 V 346 E. 3.4).

Aus onkologischer Sicht hätte daher die Frage nach einer CrF gestellt und anhand der aktuellsten medizinischen Erkenntnisse diskutiert und beantwortet werden müssen. Das Gutachten von Dr. K.____ ist daher auch in dieser Hinsicht unvollständig, und auch hier ist die Beurteilung durch eine einschlägig qualifizierte medizinische Fachperson gefragt, nämlich eine solche, die innerhalb des Gebietes der Inneren Medizin auf die Onkologie spezialisiert ist. 4.3 4.3.1

Fehlt es an einer fundierten Beurteilung der Schwäche- und Müdigkeitssymptomatik aus der Perspektive des Tumorleidens, so kann auch die psychiatrische Beurteilung dieser Symptomatik nicht abschliessend sein.

Dr. L.____ zitierte zwar die Berichte von Dr. D.____ von Oktober 2017 und Mai 2018, worin dieser die Frage nach dem Zusammenhang des Fatigue -Syndroms mit der Chemotherapie gestellt hatte (Urk. 7/108/33+34; vgl. Urk. 7/55/1 und Urk. 7/88/1). Die Bemerkungen von Dr. D.____ veranlassten ihn jedoch nicht zu Rückfragen an Dr. K.____ zu diesem Zusammenhang, sei es anlässlich des - zeitlich nach dem Termin bei Dr. K.____ vom 5. Juli 2018 (vgl. Urk. 7/108/2) liegenden - Untersuchungstermins vom 25. Juli 2018 (vgl. Urk. 7/108/25), sei es anlässlich der mündlichen Diskussion im Rahmen der Gesamtbeurteilung vom 6. August 2018 (Urk. 7/108/20-24).

Mit seiner Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) mit rezidivierender ängstlich-deprimierter Verstimmung bei Status nach Reaktion auf die schwere Belastung in Form der Lymphom-Erkrankung (ICD-10 F43.8)

nahm Dr. L.____ somit zwar Bezug auf die Tumorerkrankung als Belastungsfaktor, es fehlt jedoch die Abgrenzung zur Diagnose einer als organisch zu qualifizierenden CrF im Sinne der vorstehenden Ausführungen. 4.3.2 4.3.2.1

Nicht in jeder Hinsicht überzeugend sind zudem die Überlegungen, die Dr. L.____ zum Ausschluss der Diagnose einer eigenständigen, neben der Fatigue-Symptomatik bestehenden Depression führten (Urk. 7/108/47; vgl. vorstehend E. 3.3 zu den Berichten von Dr. D.____ und der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B.____) und die ihn des Weiteren dazu bewogen, von

einer Diagnose aus dem Spektrum der somatoformen Störungen (ICD-10 F45) abzusehen. 4.3.2.2

Neben Befragungen in einem offenen Interview (Urk. 7/108/35-37) und im Rahmen einer gezielten Erhebung der Anamnese (Urk. 7/108/38-39) führte Dr. L.____ mit dem Beschwerdeführer drei Testungen zur strukturierten Selbstbeurteilung durch (vgl. die Ergebnisse in Urk. 7/108/62-68 und die Zusammenfassungen in Urk. 7/108/39-41), nämlich die Erhebungen gemäss SCL-90-R (Symptom-Checkliste revidiert, Derogatis), das Beck Depression Interview (BDI) und den SOMS-7T-Test (Screening für somatoforme Störungen, Rief et al.). Des Weiteren nahm der Gutachter eine Fremdbeurteilung nach dem System MADRS (Montgomery and

Asberg Depression Rating Scale) vor, bei welcher der Interviewer auf der Grundlage der psychiatrischen Exploration den Schweregrad von zehn vorgegebenen Symptomen schätzt und festlegt (vgl. das Ergebnis in Urk. 7/108/69-71 und die Zusammenfassung in Urk.

7/108/44 f.).

Das BDI ergab 36 Punkte von 51 möglichen Punkten, und Dr. L.____ erläuterte, dass ab einer Punktezahl von 31 von einem subjektiv als schwer ausgeprägt erlebten depressiven Syndrom gesprochen werden könne (Urk. 7/108/40). In der SCL-90-R-Testung sodann, welche gemäss Dr. L.____ die subjektive Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraums von sieben Tagen misst, zeigten sich subjektiv als maximal mittelschwer ausgeprägt empfundene Beeinträchtigungen in Form einer phobisch-ängstlichen Verstimmung bei körperlichen Missempfindungen (Urk. 7/108/39-40), und im SOMS-7T-Test, der gemäss den Ausführungen von Dr. L.____ der Klassifikation, der Quantifizierung und der Verlaufsbeschreibung im Falle von somatoformen Störungen dient, erreichte der Beschwerdeführer 48 von 188 Punkten mit den höchsten Werten bei den Fragen nach Gelenkschmerzen, Schmerzen in den Armen/Beinen, Übelkeit, Verlust von Berührungsempfindungen und Gedächtnisverlust (Urk. 7/108/40-41).

Schliesslich erzielte der Beschwerdeführer im Fremdbeurteilungssystem MADRS mit 14 Punkten einen Wert, der nach Dr. L.____ für die Diagnostizierung eines depressiven Syndroms knapp nicht ausreichte, da es den Ausführungen von Dr. L.____ zufolge auch für ein nur leichtgradiges depressives Syndrom einer Punktezahl von über 14 Punkten bedürft hätte (Urk. 7/108/44-45). 4.3.2.3

Das Gutachten von Dr. L.____ lässt jedoch eine Einordnung der erhobenen Testresultate in eine Gesamtbetrachtung vermissen.

Was die Depression im Besonderen anbelangt, so ergab sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Ergebnissen des Selbstbeurteilungsinstrumentes des BDI und des Fremdbeurteilungsinstrumentes nach dem MADRS-System (Urk. 7/108/40 und Urk. 7/108/44-45) . Eine eigentliche Diskussion dieser Diskrepanz fehlt jedoch, sondern Dr. L.____ verwies für seine Feststellung, die objektivierbaren psychopathologischen Befunde seien gar nicht bis gering ausgeprägt, lediglich in allgemeiner Form auf den Psychostatus und die MADRS-Testung (Urk. 7/108/49 ; vgl. auch Urk. 7/108/52). Zudem führte Dr. L.____ unmittelbar anschliessend aus, die Mimik des Beschwerdeführers sei verhärtet, er sei jeweils unregelmässig leicht bis mittelschwer dysthym, klagsam, affektstarr und affektarm, und er wirke angespannt und sei leicht antriebsarm (Urk. 7/108/49). Dies steht in einem gewissen Widerspruch zur Feststellung einer mangelnden Objektivierbarkeit psychopathologischer Befunde und relativiert zudem den andersorts beschriebenen guten affektiven Rapport (vgl. Urk. 7/108/41).

Ferner konstatierte Dr. L.____ gewisse Inkohärenzen in den Ergebnissen der bei den weiteren, körperliche Symptome einbeziehenden Selbstbeurteilungstestungen, indem der Test SCL-90-R eine maximal mittelschwer ausgeprägte phobisch-ängstliche Verstimmung bei körperlichen Missempfindungen ergeben habe, wogegen die Ausprägung der körperlichen Missempfindungen im Test SOMS-7T als nur gering beschrieben worden sei (Urk. 7/108/48). Angesichts der vorstehend beschriebenen Schwankungen im psychischen Erscheinungsbild vermisst der medizinische Laie jedoch eine Auseinandersetzung mit der Frage, ob diese Inkohärenzen nicht mit einer krankheitsbedingten Variabilität der Symptome erklärt werden könnten. Der Schluss auf eine aktuelle und/oder im Verlauf stattgefundenen bewusstseinsnahe Aggravation der beschriebenen Beeinträchtigungen (Urk. 7/108/54; vgl. auch die Gesamtbeurteilung in Urk. 7/108/23) erscheint auf jeden Fall

mit den genannten Inkohärenzen in den Testungen nicht als hinreichend begründet, auch dann nicht, wenn zusätzlich eine

mangelhafte

Compliance bei der Medikamenteneinnahme und ein - geringfügiger - Alkoholkonsum trotz Verneinung durch den Beschwerdeführer berücksichtigt werden (vgl. Urk. 7/108/51-52 und Urk. 7/108/54).

Dies gilt umso mehr, als der Gutachter immerhin etwa die Hälfte der 20 aufgelisteten Aspekte zur Einschätzung der Konsistenz als unauffällig beurteilte (vgl. Urk. 7/108/51-54).
4.3.3

Damit bleiben auch bei der Leistungsfähigkeitsbeurteilung anhand der massgeblichen Standardindikatoren Fragen offen.

Insbesondere beschrieb Dr. L.____ die angewandten Kriterien zur Beurteilung der Ressourcen lediglich abstrakt und konkretisierte sie in Bezug auf den Fall des Beschwerdeführers nicht durch Beispiele, sondern bewertete sie einzig mit einer Zahl (Urk. 7/108/55-58). Es gibt indessen Bereiche, wie etwa die Kontaktfähigkeit und die Fähigkeit zu Freizeitaktivitäten, in denen ohne eine konkrete Befragung zur Zeit vor und nach der Erkrankung gar nicht beurteilt werden kann, ob und wie weit Einschränkungen bestehen. Auf jeden Fall dokumentieren die Hinweise, dass der Beschwerdeführer zusammen mit seinem Bruder lebt, viel Zeit mit seiner Lebenspartnerin verbringt, telefonische Kontakte mit der Familie pflegt und ab und zu mit Freunden ein Restaurant besucht sowie seine Arzttermine wahrnimmt und ein regelmässiges Training (Krafttraining und Schwimmen) absolviert (vgl. Urk. 7/108/6 und Urk. 7/108/39), noch nicht ohne Weiteres erhebliche Ressourcen im Sinne der Umschreibung der entsprechenden Bereiche (vgl. Urk. 7/108/56-57). 5.

Damit ist es unumgänglich, dass der Beschwerdeführer nicht nur bidisziplinär, sondern polydisziplinär begutachtet wird und dass daran neben den Disziplinen der Rheumatologie und der Psychiatrie neu die Disziplinen der Neurologie und innerhalb der Inneren Medizin speziell der Onkologie beteiligt sind.

Ausserdem wird sich die Fachperson der Inneren Medizin auch mit der Lungenobstruktion und dem Herzleiden nochmals zu befassen haben.

Zur Veranlassung der erforderlichen polydisziplinären Begutachtung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, und die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 6.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für die unterliegende Beschwerdegegnerin kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen. 7.

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten, die ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem

Sozialversicherungsgericht [GebV

SVGer] den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bezifferte seine Aufwendungen für die Abfassung der Beschwerdeschrift (inklusive Instruktion und Aktenstudium) auf 5,25 Stunden (Urk. 1 S. 2). Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Eingabe vom 26. Dezember 2018 (Urk. 4), der Replik (Urk. 11) und der Zuschrift vom 6. Juni 2109 (Urk. 15) rechtfertigt es sich, dem Beschwerdeführer in Anwendung der massgeblichen Kriterien eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 31. Oktober 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese die erforderliche polydisziplinäre Begutachtung im Sinne der Erwägungen veranlasse und hernach über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Dr.

Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrKobel

E. 6

und die damit eingereichten Akten, Urk. 7/1-118).

Mit Eingabe vom 26. Dezember 2018 (Urk. 4) hatte der Beschwerdeführer die Beschwerde ergänzen und Unterlagen nachreichen lassen (Urk. 5/1-5), namentlich einen Bericht des Universitären Herzzentrums des Universitätsspitals B.____ vom 23. März 2018 über Kontrolluntersuchungen bei bekanntem kleinem Ventrikelseptumdefekt

(Urk. 5/3 und Urk. 5/4) und einen aktuellen Bericht der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B.____ vom 5. November 2018 (Urk. 5/1) . Die Beschwerdegegnerin machte von der ihr eingeräumten Gelegenheit zur Stellungnahme dazu (Verfügung vom 8. Januar 2019, Urk. 8) mit Eingabe vom 22. Januar 2019 Gebrauch und hielt weiterhin an ihrem Antrag auf Beschwerdeabweisung fest (Urk. 9).

Mit Verfügung vom 25. Januar 2019 ordnete das Gericht einen zweiten Schriftwechsel an und wies gleichzeitig darauf hin, dass die angefochtene Verfügung wegen ihres ausschliesslich negativen Charakters einer aufschiebenden Wirkung nicht zugänglich sei (Urk. 10). Der Beschwerdeführer liess mit Eingabe vom 25. Februar 2019 die Replik erstatten (Urk. 11); die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 12.

März 2019 auf eine Duplik (Urk. 13). Mit Verfügung vom 13. März 2019 wurde die Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 12. März 2019 der Gegenpartei zur Kenntnis gebracht (Urk. 14). Am 6. Juni 201

E. 9

(Urk. 15) liess der Beschwerdeführer das Gericht mit dem neusten Bericht der Klinik für Onkologie des Universitätsspitals B.____ vom 7. Mai 2019 dokumentieren (Urk. 16). Das Dokument wurde der Beschwerdegegnerin am 11. Juni 2019 zu gestellt (Urk. 17).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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