

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00731 vom 2. Juni 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00731

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00731 du 2 juin 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00731 del 2 giugno 2020

Erwägungen

E. 1

6. Februar 2012 (Eingang 19. Juli 2012) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/22). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte bei der Medas

A.____

ein polydisziplinäres Gutachten, das am 12. November 2014 erstattet wurde (Urk. 7/75), bei der B.____ ein polydisziplinäres Gutachten, das am 21. September 2016 erstattet wurde (Urk. 7/127), und bei C.____ ein bidisziplinäres Gutachten, das am 30. November 2017 erstattet (Urk. 7/178) und am

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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. 1.3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.6

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 1.7

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.8

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) -

Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 2.

E. 2

3. Juli 2018 ergänzt (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere das interdisziplinäre Gutachten der C.____ vom 30. November 2017 (Urk. 7/178), davon aus, dass der Beschwerdeführer seit Januar 2012 zu 40 %

in seiner Arbeitsfähigkeit in seiner ursprünglichen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter, welche als optimal angesehen werde, eingeschränkt gewesen sei. Ab August 2016 bestehe lediglich noch in einer optimal angepassten Tätigkeit eine 60%ige Arbeitsfähigkeit. Spätestens ab dem 23. November 2017 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert. Die psychischen Einschränkungen seien zurückgegangen. Es bestehe seither eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer einfachen Hilfsarbeitertätigkeit. Es ergebe sich per 1. März 2018 (Verbesserung im November 2017 plus drei Monate) ein Invaliditätsgrad von 28 %, womit die Viertelsrente bis 28. Februar 2018 befristet werde.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) auf den Standpunkt, der Bericht der Ärzte des Zentrums D.____ decke offensichtliche, sich wiederholende Schwächen des Gutachtens auf (S. 4). Dr. E.____ vom D.____ komme zum Schluss, dass er zu 100 % arbeitsunfähig sei, sowohl aus psychiatrischer wie auch somatischer Sicht, und dies auch in einer sogenannten angepassten Tätigkeit. Daneben halte auch Dr. F.____ fest, dass er aus rein orthopädischer Betrachtung lediglich zu maximal 50 % arbeitsfähig sei. Es liege eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans vor. Alle Tätigkeiten mit schwerem Heben, Tragen, rückenbelastenden Tätigkeiten, Überkopf arbeiten und repetitiven Rumpf- oder HWS rotierenden Bewegungen seien ihm nicht zumutbar (S. 5).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verhält und ob die Rentenbefristung rechtmässig war. 3. 3.1

Die Ärzte des Universitätsspitals G.____ berichteten am 5. Januar 2012 (Urk. 7/35/5-8 = Urk. 7/78) und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - essentielle Hypertonie - aktuell: hypertensive Entgleisung

- Verdacht auf psychotische Störung - normozytäre Polyglobuline im Rahmen des Nikotinabusus - Verdacht auf Somatisierungsstörung bei psychosozialer Belastung

Sie führten aus, klinisch finde sich ein afebriler kardiopulmonal kompensierter Patient mit unauffälligem Status und initialen Blutdruckwerten von 193/116

mmHg . Laborchemisch lägen die Parameter im Normbereich. Bei einer psychiatrischen Beurteilung des Patienten sei der Verdacht auf eine psychotische Störung gestellt worden. Es werde vorerst eine ambulante psychiatrische Behandlung zur weiteren Abklärung der depressiven und psychotischen Störung sowie medikamentöse Einstellung empfohlen (S. 1).

3.2

Die Ärzte der psychiatrischen Klinik H.____ berichteten am 5. März 2012 (Urk. 7/35/12-15) über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 18. Januar bis 23. Februar 2012 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Diabetes mellitus Typ II - arterielle Hypertonie

Sie führten aus, zu Beginn der Hospitalisation habe sich der Beschwerdeführer deprimiert, affektarm und antriebsarm präsentiert. Es sei eine antipsychotische Medikation begonnen worden. Unter der Behandlung habe sich das Zustandsbild allmählich gebessert. Der Beschwerdeführer habe im Affekt schwingungsfähiger, aktiver und auf der Abteilung angepasst gewirkt. Das Gedankenkreisen und die Schlafstörungen hätten grösstenteils abgenommen (S. 3). 3.3

Die Ärzte des Zentrums D.____ berichteten am 25. Mai 2012 (Urk. 7/35/9-11) und nannten als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Sie führten aus, wegen der bisher erfolglosen stationären und ambulanten Behandlung sei eine Intensivierung der Behandlung mit zwei Sitzungen pro Woche indiziert und notwendig. Dafür biete sich eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik über einen längeren Zeitraum oder alternativ eine ambulante tagesklinische Behandlung an. 3.4

Dr. med. I.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 16. August 2012 (Urk. 7/35/1-4) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit psychotischen Symptomen - arterielle Hypertonie - Somatisierungsstörung - Verdacht auf Intelligenzverminderung

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Diabetes mellitus Typ II. Er führte aus, es bestehe seit zirka Sommer/Herbst 2011 eine zunehmende Depressivität mit psychotischen Symptomen und Schmerzen beziehungsweise unwillkürlichen Bewegungen am ganzen Körper. Der Beschwerdeführer sei verlangsamt, habe eine massive Konzentrationsschwäche, Morgentiefe, Stimmen hören, gelegentlich Halluzinationen, eine ausgeprägte Müdigkeit und Kopfschmerzen. Die Prognose sei nach seiner Beurteilung her ungünstig. In aktuellem Zustand sei ihm auch eine körperlich leichte Tätigkeit nicht zumutbar (S. 2 Ziff. 1.4). Die Belastbarkeit sei vor allem aus psychischer Seite deutlich eingeschränkt (S. 2 Ziff. 1.7). 3.5

Die Ärzte der H.____

(vorstehend E. 3.2) führten im Bericht vom 27. August 2012 (Urk. 7/36)

aus, als prognostisch gut zu erwähnen seien die sehr gute Compliance des Beschwerdeführers und das gute Ansprechen auf die Medikation. Unter kontinuierlicher Medikation sei es zu einem Rückgang der Schlafstörungen, der inneren Unruhe, der Anhedonie und der Antriebsstörung gekommen. Als prognostisch ungünstig hätten sich die soziale Isolation und die kognitiven Defizite des Beschwerdeführers dargestellt. Der Beschwerdeführer sei seit dem 18. Januar 2012 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer leide an formalen Denkstörungen, Konzentrationsstörungen, Störungen der Aufmerksamkeit, Störungen der affektiven Schwingungsfähigkeit und einer Antriebsstörung (S. 3).

Dies führe zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Aufrechterhaltung von Arbeitsprozessen. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Das Ausmass könne aktuell nicht genau vorausgesagt werden. Bei Austritt sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von maximal zwei bis drei Stunden pro Tag mit deutlich reduziertem Belastungsprofil zumutbar. 3.6

Med. pract. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, berichtete am 18. Mai 2013 über die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 4. Februar 2013 (Urk. 7/47) und nannte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5

Ziff.

E. 7

/217 = Urk. 2) bei einem Invaliditätsgrad von 40 % eine befristete Viertelsrente von Januar 2013 bis Februar 2018 zu . 2.

Der

Versicherte erhob am 17. Oktober 2019 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 20. September 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben (S. 2 Ziff. 1) und es sei ihm eine Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % zuzusprechen (S. 2 Ziff. 2), eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, den rechtlich relevanten Sachverhalt im Sinne des Untersuchungsgrundsatzes ergänzend abzuklären oder durch ein externes Gutachten abklären zu lassen (S. 2 Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 18. November 2019 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 19. November 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 8

).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

): - chronische rezidivierende leichte bis mittelgradige Depression ohne psychotische Symptome, derzeit mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.1), unterbehandelt

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie eine Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2 (S. 5 Ziff. 9).

Er führte aus, die Medikamentenspiegel lägen nicht im therapeutischen Bereich. Es liege eine Non-Compliance bezüglich der Behandlung vor (S. 2 Ziff. 5). Die Aufmerksamkeit und die Konzentration seien leicht reduziert, das Kurzzeitgedächtnis sei prominent vermindert, das Langzeitgedächtnis sowie das Zeitgitter seien hingegen intakt. Es würden nächtliche akustische Halluzinationen (Stimmen) berichtet. Diese Halluzinationen träten beim Aufwachen auf und seien somit hypnagoge Halluzinationen. Es bestehe kein Hinweis auf ein psychotisches Geschehen oder Albträume. Der Affekt modulierte sehr eingeschränkt. Der Antrieb erscheine vermindert bei ruhiger Psychomotorik und bestimmendem Tonfall. Krankheitseinsicht und -erleben seien sehr gegeben. Unterschwellig falle eine Wut auf, wobei der Beschwerdeführer selbst eine innere Leere angebe, dies auch in Bezug zum Tod seines Kindes. Es bestehe keine Anhedonie. Es werde sowohl wechselnd von einem Morgentief oder Abendtief berichtet, abhängig von Ein- und Durchschlafstörungen. Der Beschwerdeführer nehme aktiv am Leben teil, es bestehe kein aktiver Rückzug (S. 3 f. Ziff. 8). Die Störung des Kurzzeitgedächtnisses wirke übertrieben, ebenso wie das Verneinen der Beherrschung der deutschen Sprache. Die Dauer der Arbeitslosigkeit beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit stelle auch einen limitierenden Faktor dar (S. 5 Ziff. 8). Da der Beschwerdeführer seine Medikamente nicht einnehme, sollte eine Schadensminderungspflicht erwogen werden. Ausserdem seien die internationalen Leitlinien, Antidepressiva, MAO-Hemmer, Elektrokonvulsive Therapie noch nicht zur Anwendung gekommen. Psychotherapeutisch seien jedenfalls interpersonelle Therapie und kognitive Verhaltenstherapie bewiesen effektiv. Schlussfolgernd könne festgehalten werden, dass die therapeutischen Optionen bei Weitem nicht ausgeschöpft seien. Bei adäquater Behandlung müsse in 6 Monaten eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % erreicht werden können, welche danach um 10 % pro Monat steigbar sei (S. 6 Ziff. 11). 3.7

Die Ärzte des D.____ berichteten am 1. Oktober 2013 (Urk. 7/54) und führten aus, der Beschwerdeführer nehme seit April 2012 regelmässig und mit grosser Motivation an einer kognitiven Verhaltenstherapie und medikamentös-psychiatrischen Behandlung teil. Leider habe trotz der intensiven Behandlungsmassnahmen eine Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht verbessert beziehungsweise erreicht werden können. Es trete eine Verschlechterung des Zustandes des Beschwerdeführers ein.

Am 10. Mai 2014 führten die Ärzte des D.____ (Urk. 7/59) aus, die Medikamentenspiegel seien 2013 zweimal bestimmt worden mit knapp subtherapeutischen Resultaten. Die Compliance sei jedoch aufgrund der Werte intakt (S. 1). Wegen der fortgeschrittenen Chronifizierung und dem ungenügenden Erfolg der bisherigen Therapien sei die Prognose als negativ zu beurteilen (S. 2). Es bestehe seit dem 1. Dezember 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten. Der Beschwerdeführer leide unter einer starken Angst und Konzentrationsstörungen, könne nicht lange sitzen oder stehen, sei nervös und habe keine Ausdauer (S. 3). 3.8

Die Ärzte der H.____ berichteten am 16. Juni 2014 (Urk. 7/66) über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 14. Januar bis 2. Mai 2014 und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)

Sie führten aus, eine klare langfristige Prognose sei zum Austrittsdatum nicht zu stellen. Der Beschwerdeführer werde jedoch auf jeden Fall weitere ambulante psychiatrische Behandlungen in Anspruch nehmen müssen (S. 2 Ziff. 1.4). Es bestehe eine verminderte

körperliche Belastbarkeit aufgrund somatischer Erkrankungen, Müdigkeit, Erschöpfbarkeit sowie Schlafstörungen. Des Weiteren bestünden mikrovaskuläre Komplikationen, welche noch nicht abgeklärt worden seien sowie chronischer Schwindel. Aus psychiatrischer Sicht leide der Beschwerdeführer unter Depressionen, Antriebsmangel und Konzentrationsschwierigkeiten, insofern verminderter emotionaler kognitiver Belastbarkeit. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, aktuell selbständig einer Arbeit nachzugehen (S. 2 Ziff. 1.7). Längerfristig würde sich eine optimierte medikamentöse Behandlung sowie die psychosoziale Stabilisierung mittels Tagesklinik positiv auf die eingeschränkte Leistungsfähigkeit auswirken. Auf lange Sicht würden sich diese Massnahmen positiv durch eine soziale Stabilität und eine geordnete Tagesstruktur auf das Leben des Beschwerdeführers und somit eventuell auch auf eine Teilarbeitsfähigkeit auf dem ersten Markt auswirken. Zum gegebenen Zeitpunkt sei jedoch unklar, wann und ob der Beschwerdeführer für den freien Arbeitsmarkt überhaupt zur Verfügung stehen werde (S. 3 Ziff. 1.8).

3.9

Die Gutachter der Medas

A. ___ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 12. November 2014 (Urk. 7/75) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 Ziff. 7.1.1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 32.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden (S. 22 Ziff. 7.1.2): - Diabetes mellitus, bekannt seit Januar 2012, noch nicht optimal eingestellt - arterielle Hypertonie, bekannt seit Juli 2010, gut eingestellt - Adipositas - Hemihypästhesie und Hemihypalgesie links ohne Anhalt für eine organische Ursache

Sie führten aus, als Ressourcen seien beim Beschwerdeführer anzusehen, dass er in eine ambulante psychiatrische Behandlung gehe, diverse psychiatrische Medikamente einnehme und zweimal in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen sei. Damit habe er alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft. Ausserdem sei er auch sozial relativ gut integriert und fahre im Oktober dieses Jahres in seine Heimat in die Türkei, wo er seinen Vater und seine beiden Kinder besuche. Aus psychiatrischer Sicht könnte er wieder in seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Reinigung sowie auch in alle anderen Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt beruflich integriert werden, und zwar mit einem jeweiligen Pensum von 50%. Eingeschränkt sei der Beschwerdeführer vor allem wegen des eingeschränkten Antriebs und der rasch abnehmenden Konzentration und Aufmerksamkeit. Aus internistischer und aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte seit zumindest dem 25. Mai 2012. Damals sei zum ersten Mal die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt worden (S. 27). Die Weiterführung der aktuellen ambulanten psychiatrischen Behandlung und die Gabe von Medikamenten seien sinnvoll. Der Gesundheitszustand könne durch die Weiterführung dieser Behandlung verbessert und die Arbeitsfähigkeit erhöht werden (S. 28). Das Alltags-Aktivitätsniveau sei aus psychiatrischer Sicht als mittelgradig anzusehen. Der Beschwerdeführer versuche, im Alltag so aktiv wie möglich zu sein und könne auch den Haushalt selbständig bewältigen. Er sei auch dazu fähig, im Oktober mit seinem Schwager in seine Heimat zu fahren, um dort seinen Vater und seine Kinder zu besuchen. Trotzdem könne er viele Sachen im Alltag nicht bewältigen, so dass sein Aktivitätsniveau insgesamt

als mittelmässig anzusehen sei. Die Behandlung sei aus psychiatrischer Sicht als sehr adäquat anzusehen (S. 29).

3.10

Die Ärzte des D. ___ berichteten am 28. August 2015 (Urk. 7/101/6-8) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 f.): - zervikovertebrales Syndrom - lumbovertebrales Syndrom - Achillodynie beidseits - Fersensporn beidseits - Fazitis plantaris beidseits - Knick-Senk-Spreizfüsse beidseits - chronischer Drehschwindel unklarer Ätiologie - nicht primärer insulinabhängiger Diabetes mellitus - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2), gegenwärtig schwere Episode - Nikotinabusus, aktuell sistiert - essentielle Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise - GERD (gastroösophageale Reflux-Erkrankung) - Status nach Abszess Oberschenkel rechts - Polyglobulie - Lc-urie, kontrollbedürftig - undifferenzierte Somatisierungsstörung - Verdacht auf funktionelles, sensibles Hemisyndrom links im Rahmen der chronifizierten Depression Sie führten aus, wegen der fortgeschrittenen Chronifizierung und dem ungenügenden Erfolg der bisherigen Therapien diene die Behandlung vor allem dazu, die Selbstfürsorge aufrechtzuerhalten und eine Verelendung zu verhindern. Die Beschäftigungsfähigkeit sollte ausserdem wieder erreicht werden können. Ab dem 19. Oktober 2015 finde ein erneutes tagesklinisches 8-Wochen-Intensivprogramm statt. Medikamentös habe eine teilweise Reduktion der Depression und der Schmerzen erreicht werden können. Dann sei aber wieder

eine Exazerbation mit Resignation bei therapieresistenter Situation aufgetreten. An Einschränkungen bestünden Schwindel, starke Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Schmerzen in der ganzen linken Körperhälfte sowie eine chronifizierte Depression. Zurzeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3). Am 23. Dezember 2015 (Urk. 7/108) führten die Ärzte des D. ___ aus, dem Beschwerdeführer sei keine Tätigkeit zuzumuten, auch für angepasste Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die schwere Depression erscheine therapieresistent. Am 9. Februar 2016 (Urk. 7/116/2-5) führten die Ärzte des D. ___ aus, subjektiv sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig. 3.11 Die Ärzte der B. ___ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 21. September 2016 (Urk. 7/127) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 46 Ziff. 7.1.1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10) - panvertebrales Schmerzsyndrom - Hohlfuss-Deformität beidseits - Diabetes mellitus Typ 2 - periphere Polyneuropathie - Verdacht auf diabetische Nephropathie: Mikroalbuminurie - chronischer Drehschwindel unklarer Ätiologie, Differentialdiagnose peripher, psychogen

Sie führten aus, aus orthopädischer Sicht bestehe ein diffus linksseitiges Schmerzsyndrom mit schmerzbedingten Einschränkungen der Beweglichkeit im Bereich der gesamten Wirbelsäule und der grossen Gelenke der linken Körperhälfte. Konventionell radiologisch zeigten sich altersentsprechende degenerative Veränderungen, welche die geklagten Beschwerden und Einschränkungen nicht zu erklären vermöchten.

Aus orthopädischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für die schwere Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Tierfutterfabrik. In einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit.

Der Beschwerdeführer leide aus psychiatrischer Sicht unter einer mittelgradigen depressiven Episode, die sich unmittelbar an die Kündigung im November 2010 entwickelt

habe. Die langjährige Behandlung sei unwirksam gewesen. Die Abgrenzung der Funktionseinschränkungen sei schwierig. Hier schienen jedoch die invaliditätsfremden Faktoren (Arbeitslosigkeit, schwierige wirtschaftliche Lage, mangelnde Sprachkompetenzen, altersniedriges Bildungsniveau) besonders prominent zu stehen, hauptsächlich bei der Auflösung, aber auch bei der Aufrechterhaltung der psychischen Störung. Wie immer bestehe eine Wechselwirkung zwischen psychischer Störung und psychosozialen Belastungsfaktoren. Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei in der angestammten wie in jeglichen adaptierten Tätigkeiten zu maximal 30-40 % reduziert (S. 48 f.).

Polydisziplinär seien damit die psychiatrische und orthopädische Beurteilung führend. Aufgrund der degenerativen Veränderungen des Achsenskeletts könne der Beschwerdeführer die schwere Tätigkeit in der Tierfutterfabrik nur noch zu 50 % ausüben. Eine adaptierte körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit könne der Beschwerdeführer maximal zu 60-70 % ausführen (S. 49). 3.12

Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie, berichtete am 21. Dezember 2016 (Urk. 7/147) und führte aus, das orthopädische Teilgutachten sei « über raschenderweise » bezüglich Anamnese und Befunderhebung sowie Diagnose inhaltlich und in der Durchführung korrekt. Auch der Schlussfolgerung bezüglich der Arbeitsfähigkeit, welche mit 50 % bewertet werde, könne aus somatischer Sicht vollumfänglich zugestimmt werden.

In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zurzeit und bis auf weiteres aufgrund der vor allem belastungsabhängigen Beschwerden 100 % arbeitsunfähig (S. 1). Zumutbar erschienen körperlich leichte Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen. In einer solchen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig (S. 2). 3.13

Dr. I.____

(vorstehend E. 3.4) berichtete am 24. Dezember 2016 (Urk. 7/148) und führte aus, er betreue den Beschwerdeführer seit mehr als 15 Jahren als Hausarzt, die letzte Konsultation habe am 31. Mai 2016 stattgefunden. Nach seiner Beurteilung habe der Beschwerdeführer neben den diversen somatischen und psychischen Krankheiten auch eine deutliche Intelligenzminderung, welche die weitere Rehabilitation erheblich beeinträchtigen dürfte. Anhand seiner langjährigen Beobachtung könne er den Beschwerdeführer aus rein somatischer Sicht langfristig für eine geeignete, körperlich leichte, physisch und psychisch nicht zu anstrengende Tätigkeit maximal zu 50 % arbeitsfähig einstufen.

3.14

Die Ärzte des D.____ berichteten am 30. Dezember 2016 (Urk. 7/149) und nahmen Stellung zum Gutachten. Sie führten aus, es sei zwar richtig, dass die Depression nach der Kündigung eingesetzt habe, diese habe sich aber sehr rasch verselbständigt und stelle heute ein komorbides Geschehen ohne Zusammenhang mit der Kündigung dar. Zusätzlich begründet sei die Depression im Tod der Tochter sowie ein Unfall. Daher sei die Depression und die aktuelle Arbeitsunfähigkeit nicht psychosozial begründet. Die Beschwerden seien gar nicht aufgenommen worden, vielmehr werde sofort der psychopathologische Befund berichtet (S. 2). Der Tagesablauf sei oberflächlich aufgenommen worden, indem die Nacht ausgelassen worden sei (S. 3). Subjektiv sei der Beschwerdeführer seit dem 1. Dezember 2010 zu 100 % arbeitsunfähig. Er könne den

Haushalt versorgen, mache täglich einen einstündigen Spaziergang, nehme Arzt- und Therapeutentermine wahr und telefoniere mit den Kindern. Er habe grosse Angst, vergesse viel, habe eine Seh schwäche, ertrage keine Geräusche mehr, habe auf der linken Seite kein Gefühl und habe Rückenschmerzen. Objektiv sei der Beschwerdeführer auch für angepasste Tätigkeiten 100 % arbeitsunfähig, dies aufgrund der schweren Depression sowie der körperlichen Beschwerden (S. 4).

3.15

Die Ärzte der C.____ erstatteten ihr bidisziplinäres Gutachten am 30. November 2017 (Urk. 7/178) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 15 lit. A): - panvertebrales Schmerzsyndrom anamnestisch - zervikovertebrales Syndrom - lumbovertebrales Syndrom - Hemihypästhesie und Hemihypalgesie links - statische Fussbeschwerden beidseits anamnestisch - Status nach Achillodynie beidseits - Status nach F a sciitis plantaris beidseits - anamnestisch Fersensporen beidseits - Knick-Senkfuss beidseits - Hallux valgus beidseits

- Schulterläsion links - Verdacht auf Partialruptur der Supra- und Infraspinatussehne - Tendinopathie der Subskapularis - und langen Bizepssehne - Diabetes mellitus Typ II - Polyneuropathie - Nephropathie - insulinpflichtig seit November 2015 - aktenanamnestisch Status nach rezidivierenden depressiven Störungen, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F33.9)

Sie führten aus, aus allgemein-internistischer Sicht bestünden Bewegungseinschränkungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule, die mit den radiologischen nachgewiesenen fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen vereinbar seien. Die festgestellte Fussfehlstellung könne bei langem Stehen und Gehen zu Schmerzen und Entzündungen im Fussbereich führen. Durch das Tragen der von der Invalidenversicherung zur Verfügung gestellten Spezialschuhe könnten diese Beschwerden jedoch weitgehend vermieden werden (S. 17). Von den rein allgemein-internistischen Diagnosen habe der Diabetes mellitus, der zu einer Polyneuropathie und Nephropathie geführt habe, Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die im Rahmen der Polyneuropathie aufgetretenen Dysästhesien an den Beinen führten zu Unsicherheiten beim Gehen und im Stand, zusätzlich würden Schwindelbeschwerden angegeben, die in Zusammenhang mit einem tiefen Blutzuckerwert, aber auch infolge eines durch die Zuckerkrankheit geschädigten autonomen Nervensystems stehen könnten. Somit seien Arbeiten an rotierenden Maschinen, auf Leitern und auf unebenem Gelände nicht möglich. Arbeiten in der Kälte würden das Risiko für das Auftreten von Hypoglykämiezuständen und durchblutungsbedingten Kälteschäden erhöhen (S. 17 f.). Aus psychiatrischer Sicht hätten bei der aktuellen Untersuchung die in früheren Berichten erwähnten Diagnosen nicht gestellt werden können. In der Anamnese lasse sich, aktuell und auch vorbestehend, in keiner Weise die Existenz von psychotischen Symptomen nachweisen. Auch eine depressive Symptomatik habe weder klinisch noch testpsychiatrisch exploriert werden können. Es liessen sich allenfalls eine dysthyme, sorgenvolle, ängstliche Herabgestimmtheit, Betrübnis, insbesondere Ärger, Gekränktheit und ein passives demonstratives, theatralisches, wohl auch bewusstseinsnahes Verhalten feststellen. Der Psychiater schliesse nicht aus, dass im Jahre 2010 vor dem Hintergrund psychosozialer Belastungsfaktoren eine depressive Symptomatik bestanden habe und sich im Verlauf möglicherweise eine schwere Symptomatik bis hin zu einer mittelgradigen depressiven Episode ausgebildet habe. Eine schwere depressive Symptomatik dürfe jedoch nicht bestanden haben und lasse sich auch aktuell nicht explorieren. Aktuell liege weder

eine schwerwiegende depressive Störung noch eine Persönlichkeitsstörung oder gar eine psychotische Störung vor. Da der Beschwerdeführer bei der psychiatrischen Untersuchung über keinerlei körperliche Symptome geklagt habe und auch keine Hinweise auf das Bestehen einer Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum bestanden hätten, könne die früher gestellte Diagnose einer Somatisierungsstörung und die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung aktuell nicht gestellt werden (S. 18 f.). Es könne allenfalls eine akzentuierte Persönlichkeit diagnostiziert werden. Somit sei es dem Beschwerdeführer nicht verunmöglicht, auf die bei ihm bestehenden Ressourcen zurückzugreifen und diese zu nutzen. Es gehe dabei mehr um einen (fehlenden) Willen zur Veränderung, zur Änderung seiner Lebenssituation, in der er sich scheinbar eingerichtet habe und die am ehesten als ein «Krankenrollenverhalten» anmutet. Ein schwerer sozialer Rückzug bestehe nicht. Der Beschwerdeführer habe Kontakt zu seinem Schwager, nehme an Therapieangeboten teil, mache Spaziergänge und sei auch in der Lage gewesen, in die Türkei zu reisen. Die allgemein-internistischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten zu einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen. Ressourcen seien im therapeutischen Bereich vorhanden (S. 19).

Im somatischen Bereich bestünden Diskrepanzen zwischen den Angaben der Beschwerden und der in Anspruch genommenen schmerzmedizinischen Behandlung. Die Gabe von Insulin habe zu einer deutlichen Verbesserung der Blutzuckerwerte geführt. Die Blutdruckwerte seien trotz der aktuellen Behandlung mit einem Kombinationspräparat noch leichtgradig erhöht. Depressionen seien prinzipiell behandelbar, hätten eine gute Prognose und würden für gewöhnlich folgenlos ausheilen. Der Beschwerdeführer scheine sich jedoch mit den bestehenden Umständen arrangiert zu haben und beharre auf das Bestehen einer Symptomatik und einer daraus für ihn resultierenden Einschränkung. Dieses Verhalten sei gut mit einem «Krankenrollenverhalten» zu beschreiben, wobei doch mindestens teilweise bewusste aggraviorische Anteile bestünden. Vor diesem Hintergrund lasse sich eine geringe Veränderungsbereitschaft und allfällige Therapie resistenz erklären. So würde sehr wahrscheinlich eine weitere stationäre Behandlung keine wesentliche Besserung erbringen und dies wäre nicht ungewöhnlich, gründe aber eben nicht auf einer versicherungspsychiatrisch relevanten Diagnose, sondern sei überwiegend geprägt von der persönlichen Krankheitsüberzeugung, Lebensentwürfen und Zielsetzungen.

Diese könnten auch durch psychosoziale und soziokulturelle Überlegungen, aber auch hinsichtlich Zukunftsperspektiven im Hinblick auf Alter und Verfügbarkeit von Altersarbeitsplätzen, zumindest vorbewusst bis auch bewusst geprägt werden mit dem Resultat eines teilweise appellativ vorgebrachten Schon- und Vermeidungsverhaltens (S.

20). Auf der psychisch-geistigen Ebene hätten keine schwergradigen Beeinträchtigungen festgestellt werden können. Es bestehe lediglich eine Dysthymia, die Ausprägung der Störung sei hingegen nicht ausreichend schwer genug, um sie als leichte depressive Episode geltend zu machen. Ressourcen seien vorhanden, das Verhalten in der Krankheitsrolle möge mit der Primärpersönlichkeit des Beschwerdeführers in Verbindung stehen, verunmögliche jedoch nicht den Zugriff auf die Ressourcen (S. 20 unten). Die Diagnose des Panvertebralsyndroms beruhe vorwiegend auf bildmorphologischen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, was bei mittelschwerer bis schwerer körperlicher Tätigkeit zu einer mittelgradigen Beeinträchtigung führe. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, seinen Haushalt ohne fremde Hilfe selbständig zu führen und auch Ferienreisen zu

unternehmen. Dies könne als Ressource für leichte körperliche Tätigkeiten gewertet werden. Im sozialen Bereich bestünden keine relevanten Beeinträchtigungen. Als vorhandene Ressourcen seien die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Fähigkeit zu Alltagsaktivitäten und die Fähigkeit zur Benutzung von Verkehrsmitteln zu nennen (S. 21 oben).

Aus allgemein-internistischer Sicht beginne die Arbeitsunfähigkeit mit der hypertensiven Krise und der damit verbundenen Hospitalisation im Januar 2012. Von Seiten des Panvertebralsyndroms seien seit der Begutachtung im September 2016 keine neuen Probleme aufgetreten. Der Beschwerdeführer gebe gar eine Besserung der Beschwerden nach

physiotherapeutischer Behandlung an, so dass in der bisherigen Tätigkeit wegen der im Januar 2017 neu dazugekommenen Schulterbeschwerden weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 21 f.). Für eine adaptierte Tätigkeit bestehe aufgrund des Gutachtens der B. ___ seit August 2016 eine 30-40%ige Arbeitsunfähigkeit, die durch den Diabetes mellitus bedingte Einschränkung betrage wegen des vermehrten Pausenbedarfs 20 % . Aus psychiatrischer Sicht möge beim Beschwerdeführer 2010 eine psychische Alteration vorgelegen haben, die zur Diagnose einer Anpassungsstörung geführt habe. Möglicherweise sei in der Folge eine schwere depressive Symptomatik hinzugekommen, die eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit bewirkt habe. Zum heutigen Zeitpunkt scheine der Beschwerdeführer psychiatrischerseits nur noch so weit eingeschränkt, dass maximal eine Beschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10-20 % attestiert werden könne.

Gesamtmedizinisch bestehe in der bisherigen Tätigkeit seit November 2015 eine 30-40%ige und ab August 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Für eine adaptierte Tätigkeit bestehe seit November 2015 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 22). 3.16

Die Ärzte des D. ___ nahmen am 6. April 2018 (Urk. 7/191 = Urk. 3/1) Stellung zum psychiatrischen Teilgutachten der C. ___

und führten aus,

im Wesentlichen werde die nicht vorhandene Beschwerdeaufnahme und die daraus folgende falsche Diagnosestellung und falsche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowie die falsche Fokussierung auf psychosoziale Umstände kritisiert (S. 1). Die Beschwerden seien jetzt zwar aufgenommen worden, aber nur sehr oberflächlich. Dass kein Schmerzleiden festgestellt werden können , sei sicher falsch. Dann werde moniert, dass die psychotischen Symptome in keiner Weise vorhanden seien. Das D. ___ habe an verschiedenen Stellen eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert und ebenfalls keine psychotischen Symptome festgestellt. Was hin gegen die depressive Symptomatik anbelange, könne der Argumentation nicht gefolgt werden (S. 2). Im Verlauf seit April 2012 hätten bisher 258 Sitzungen sowie eine tagesklinische Behandlung im D. ___ und seither Gruppentherapien dreimal in der Woche bis heute sowie regelmässig zweimal in der Woche Fitness aufgrund der therapeutischen Interventionen stattgefunden, es sei nicht im Ansatz ein demonstratives, theatralisches Verhalten ersichtlich (S. 3). Es sei nicht der Fall, dass sich der Zustand verbessert habe. Erstens zeige sich im Verlauf seit 2012 eine therapieresistente Situation, die Schmerzen sowie die Depression seien konstant invalidisierend. Zweitens werde im Gutachten nicht im Ansatz über eine Verbesserung des Zustandes seit 20

bis heute berichtet, diese werde nur behauptet (S. 3 unten). Der Beschwerdeführer sei aus objektiver Sicht auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig, dies aufgrund der schweren Depression sowie der körperlichen Beschwerden (S. 5). 3.17

Die Ärzte der C.____ nahmen am 23. Juli 2018 Stellung (Urk. 7/197) zum Schreiben des Beschwerdeführers vom 20. April 2018 und führten aus,

es falle insgesamt schwer, auf das Schreiben zu antworten, da es letztendlich nichts Substanzielles, keine Argumente, keine Begründung enthalte, auf die eingegangen werden könnte. Die Vorwürfe zum Übersetzer seien nicht nachvollziehbar und seien möglicherweise eine subjektive Schilderung des Beschwerdeführers, die zum Teil auch zweckgebunden erscheine (S. 1). Dem Beschwerdeführer sei ausreichend Zeit gegeben, es sei auf ihn eingegangen, mehrfach,

insistiert auf seine Beschwerden, nachgefragt worden. Die Beschwerdeschilderung nehme einen Gutteil des Gutachtens ein. Interessanterweise beklage der Beschwerdeführer keinerlei körperliche Beschwerden. Es bleibe nochmals festzustellen, dass sich bei der Untersuchung und Exploration für das psychiatrische Gutachten keine wie auch immer geartete Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum habe feststellen lassen. Wie ausführlich angeführt, habe weder vor dem Hintergrund des Psychostatus noch testpsychiatrisch noch durch Übertragungsaspekte eine depressive Störung festgestellt werden. Mit den vorbestehenden Diagnosen sei sich ausführlich auseinandergesetzt und auch erläutert worden, dass diese eventuell vorbestehend vorhanden gewesen sein könnten (S. 2).

3.18

Dr. F.____

(vorstehend E. 3.12) nahm am 17. September 2018 (Urk. 7/205 = Urk. 3/2) Stellung zum Gutachten und führte aus, das orthopädische Teilgutachten sei « überraschenderweise » bezüglich Anamnese und Befunderhebung sowie Diagnose inhaltlich und in der Durchführung korrekt. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 60-70 %

sei zu hoch. Aufgrund seiner Einschätzung wäre eine Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit von höchstens 50 % angemessen (S. 1). Beim Beschwerdeführer bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans vor. Für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben oder Tragen von Lasten sowie in wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten und in Zwangshaltung, für lang andauerndes freies Stehen, insbesondere in vorn Übergeneigter Körperhaltung, für alle Tätigkeiten mit repetitiven Rumpf- oder HWS-rotierenden Stereotypen sowie Arbeiten überwiegend im Überkopfbereich sei der Beschwerdeführer nicht geeignet (S. 2 oben). Das Hauptproblem stellten seiner Ansicht nach nicht die somatischen Einschränkungen, sondern das psychische Problem mit schwerer Depression dar. Er glaube, dass diese Belastung für die Arbeitsfähigkeit durch die schwere Depression im Gutachten nicht genügend berücksichtigt worden sei (S.

2). 3.19

Die Ärzte des D.____ berichteten am 7. Oktober 2019 (Urk. 3/3) und nahmen Stellung zur Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 20. September 2019. Sie führten aus, die Verfügung sei von einer Sachbearbeiterin verfasst, welche weder eine medizinische noch juristische Ausbildung zu haben scheine. Die Argumentation sei auch entsprechend schematisch. Die genannte Verfügung übernehme die vom Gutachter behaupteten

Sachverhalte kritiklos und vollständig, ohne sich auch nur im Ansatz mit den vorgebrachten deutlichen Mängeln dieses Gutachtens zu befassen. Es werde daran festgehalten, dass auf dieses Gutachten nicht abge stellt werden könne. Es sei falsch, oberflächlich und ohne eine auch nur annä hernd vorhandene Beweisführung für eine Verbesserung des Zustandes (S. 1). 4. 4.1

Ausweislich der medizinischen Akten leidet der Beschwerdeführer an fortge schrittenen degenerativen Veränderungen d er Hals- und Lendenwirbelsäule, an einer Fehlstellung beider Füße, einer Schulterläsion links, einem Diabetes melli tus Typ II sowie einem Status nach rezidivierenden depressiven Störungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit . Die somatischen Beschwerden führten ab Januar 2012 zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit. Dementsprechend sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 46 % ab 1. Januar 2013 (sechs Monate nach Anmeldung; Art. 29 Abs. 1 IVG) eine Vier telsrente zu.

Deren Beginn ist unbestritten; zu prüfen ist jedoch, ob von einer revisionsrelevanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit per November 2017 aus z ugehen ist (vgl. vorstehend E. 2 .3). 4.2

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das bi disziplinäre Gutachten der C.____

vom 30 . November 2017 (vorstehend E. 3.

E. 15

) auf für die strittigen Belange umfassenden allgemein- internistischen und psychiatri schen Untersu chungen beruht und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in ange messener Weise berücksichtigt. Sodann wurde es in Kennt nis und in Auseinan dersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkre ten medizinischen Situation Rechnung.

Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. So zeigten die Gutachter auf,

dass sich anhand der klinischen und radiologischen Befunde Bewegungseinschrän kungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule und der linken Schulter sowie belastungsabhängige Schmerzen im Fersen- und Plantarbereich

ergäben . Sie führten nachvollziehbar aus, der Diabetes mellitus bedinge, dass sich der Beschwerdeführer tagsüber regelmässig ernähren und bei Bedarf seinen Blut zucker kontrollieren könne. Die Gutachter machten darauf aufmerksam, dass die im Rahmen der Polyneuropathie aufgetretenen Dysästhesien an den Beinen zu Unsicherheiten beim Gehen und im Stand führten, womit Arbeiten an rotierenden Maschinen, auf Leitern und auf unebenem Gelände nicht möglich seien . Zudem würden Arbeiten in der Kälte das Risiko für das Auftreten von Hypoglykämie zuständen und durchblutungsbedingten Kälteschäden erhöhen (Urk. 7/178 S. 17 f.) . Weiter führten sie in differenzierter Weise aus, dass sich aktuell und auch vorbestehend keine psychotischen Symptome nachweisen liessen und aktuell auch eine depressive Symptomatik weder klinisch noch testpsychiatrisch habe exploriert werden können. Es bestehe allenfalls eine dysthyme Grundhaltung. Es sei nicht auszuschliessen, dass im Jahre 2010 vor dem Hintergrund psychosozia ler Belastungsfaktoren eine depressive Symptoma tik bestanden und sich im Ver lauf

möglicherweise eine schwere depressive Symptomatik ausgebildet habe, welche zu einer (Teil-)Arbeitsunfähigkeit geführt habe (S. 18). Die Gutachter nahmen schliesslich in ausführlicher und nachvollziehbarer Weise Stellung zu früher gestellten Diagnosen und begründeten einlässlich, weshalb diese heute nicht bestätigt werden könnten (S. 18 f.). In ihrer Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter der C.____ zum nachvollziehbaren Schluss, dass in der bisherigen Tätigkeit seit November 2015 eine 60-70%ige und seit September 2016 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 22 unten). In einer leidensangepassten, wechselseitig selbstbelastenden, körperlich leichten Tätigkeit bestehe seit dem Zeitpunkt der Begutachtung eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (S. 23 Mitte) .

4.3

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde sodann einlässlich erörtert, inwieweit aus psychiatrischer Sicht von einer

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (Urk. 7/178/55-75). Der psychiatrische Gutachter hat die heute massgebenden Standardindikatoren (vorstehend E. 1.7-8) in seine Beurteilung weitestgehend einbezogen. Er hat sich einlässlich mit den diagnoserelevanten Befunden und deren Ausprägung auseinandergesetzt und stellte anlässlich seiner fachärztlichen Untersuchung als psychiatrische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit lediglich einen akuten anamnestischen Status nach rezidivierenden depressiven Störungen nicht näher bezeichnet (ICD-10 F33.9) sowie ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) sowie eine akzentuierte Persönlichkeit fest. So ergab der klinische Befund

keine kognitiven Beeinträchtigungen,

einen zielgerichteten formalen Gedankengang, keine Anhaltspunkte für formale oder inhaltliche Denkstörungen oder Störung der Wahrnehmung. Die Affektivität zeigte sich stabil und die Schwingungsfähigkeit war erhalten. Die Willensbildung zeigte keine Beeinträchtigung und der Antrieb war nicht reduziert. Der Beschwerdeführer zeigte sich in einer etwas sorgenvollen Herabgestimmtheit und betrübt. Eine wirklich depressive Symptomatik liess sich aber nicht explorieren. Es besteht der Verdacht einer Persönlichkeitsakzentuierung mit dependenten selbstunsicheren Anteilen, aber auch narzisstisch dysthymen Einsprengseln. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung konnte nicht gestellt werden (S. 60 ff.) . Eine

Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum verneinte der psychiatrische Gutachter mit nachvollziehbarer Begründung (S. 68) .

In Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Indikator der diagnoserelevanten Befunde damit als lediglich geringfügig ausgeprägt (vgl. S. 65 ff.) .

Der psychiatrische Gutachter setzte sich ebenso mit dem Behandlungsergebnis respektive der -resistenz auseinander und hielt hierzu fest, dass neben der bekannten physiotherapeutischen und gruppenpsychotherapeutischen Behandlung der Hausarzt etwa alle zwei bis drei Wochen, der Rheumatologe und der Psychiater etwa einmal im Monat aufgesucht würden. Einmal in der Woche gehe der Beschwerdeführer zu einer Einzeltherapie, wohl psychotherapeutisch-psychiatrisch (S. 56). Die Laborparameter und Serumwirkstoffkonzentrationen der als eingenommen angegebenen psychopharmakotherapeutischen Medikation würden wesentlich darauf hindeuten, dass die

Medikation zumindest nicht, wenn überhaupt, in der angegebenen Dosis eingenommen werde (S. 63). Die Prognose erscheine als verhalten positiv (S. 70). Vor dem Hintergrund des als «Krankenrollenverhalten» zu beschreibenden Verhaltens des Beschwerdeführers sowie der aggravatorischen Anteile lasse sich eine geringe Veränderungsbereitschaft und allfällige Therapieresistenz erklären. So würde sehr wahrscheinlich eine weitere stationäre Behandlung keine wesentliche Besserung erbringen, was nicht ungewöhnlich

wäre, aber vorwiegend von der persönlichen Krankheitsüberzeugung, Lebensentwürfen und Zielsetzungen geprägt sei und auch durch psychosoziale und soziale kulturelle Überlegungen geprägt werden könne (S. 67 f.).

Eine relevante psychische Komorbidität verneinte der psychiatrische Gutachter (S. 68).

Zum Aspekt der Persönlichkeit, der persönlichen Ressourcen und des sozialen Kontextes wies der psychiatrische Gutachter darauf hin, dass beim Beschwerdeführer eine Persönlichkeitsakzentuierung mit dependenten selbstunsicheren Anteilen, aber auch narzisstisch dysthymen Einsprengseln bestehe. Es sei davon auszugehen, dass ihm ein Zugriff auf die bei ihm vorhandenen Ressourcen möglich sei (S. 62). Es gehe beim Beschwerdeführer eher um ein (fehlendes) Wollen der Veränderung seiner Lebenssituation, mit der er sich eingerichtet habe (S. 68 unten). Es bestehe ein, wenn auch nicht als eng zu bezeichnendes, soziales Netz. Der Beschwerdeführer habe soziale Kontakte, von einem unangemessenen sozialen Rückzug könne nicht ausgegangen werden (S.

69 oben).

Hierzu ist zu ergänzen, dass der Beschwerdeführer regelmässige Kontakte zu seinem Schwager hat, Urlaubsreisen zu seiner Familie in die Türkei unternimmt und einen weitgehend strukturierten Tagesablauf hat (vgl. S. 54 f.). Der Lebenskontext enthält damit bestätigende, sich potentiell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

Schliesslich äusserte sich der psychiatrische Gutachter auch zur Konsistenz und hielt fest, dass unter Berücksichtigung der Alltagsbewältigung oder der heutigen Anreise des Beschwerdeführers zur Untersuchung sicher nicht von einer gleichmässigen Einschränkung in allen vergleichbaren Bereichen ausgegangen werden könne (S. 69). In der psychiatrischen Untersuchung liege ein sehr auffälliges Verhalten vor, welches aber nicht durch ein primär krankheitswertiges versicherung psychiatrisches Leiden alleine erklärt werden könne. Dieses Verhalten sei mit einem «Krankenrollenverhalten» zu beschreiben, wobei mindestens teilweise bewusste aggravatorische Anteile bestünden (S. 67).

4. 4

Die dem Teilgutachten zu entnehmende Begründung vermag nach dem Gesagten den Anforderungen der aktuellen Rechtsprechung zu genügen, die verlangt, dass das funktionelle Leistungsvermögen anhand einer Reihe von Standardindikatoren (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz, Komorbiditäten, persönliche Ressourcen, sozialer Kontext, Konsistenz auf der Ebene des Verhaltens) zu beurteilen ist (BGE 141 V 281 E. 4.1.3).

Die gutachterliche Beurteilung umfasste somit das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen (vorstehend E. 4. 3) und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte,

den einschlägigen Indikatoren gefolgt, er hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist folglich zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das Gutachten abzustellen ist. 4.5

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, gestützt auf die Berichte des D.____ sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, kann ihm nicht gefolgt werden. Die Berichte des D.____ vermögen das schlüssige und nachvollziehbare Gutachten der C.____ von November 2017 (vorstehend E. 3.15) nicht zu entkräften. So enthalten die Berichte des D.____ – dem Behandlungsauftrag entsprechend – nur wenige verlässliche Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Diese sind weder durch objektive Befunde unterlegt noch vermögen deren Beurteilung zu überzeugen. Weiter wurde der Anteil der psychosozialen und soziokulturellen Probleme bei der Beurteilung nicht sichtlich ausgeschieden. Die Berichte vermögen den praxismässigen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.6) nicht zu genügen, zumal sie insbesondere auch keine genügenden Angaben zu den Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 1.7-8) enthalten. Zu den von den Ärzten des D.____ in ihren Berichten genannten Befunden

und Diagnosen nahmen die Gutachter differenziert Stellung und führten nachvollziehbar und begründet aus, weshalb diese heute so nicht bestätigt werden könnten. Die von den Ärzten des D.____

anderslautende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erscheint nach dem Gesagten weder nachvollziehbar noch plausibel.

Da die Qualität des Begutachtungsprozesses weitgehend von der Motivation und Mitarbeit des Exploranden abhängt, hat sich der Gutachter nötigenfalls auch dazu zu äussern (Urteil des Bundesgerichts 8C_802/2007 vom 5. Mai 2008 E. 5.5.3). In dieser Hinsicht ver schafft das bi disziplinäre Gutachten gegenüber den Berichten der behandelnden Ärzte, welche aus therapeutischen Zusammenhängen erstattet wurden, einen entscheidenden Vorteil und vermögen auch deshalb zu überzeugen, weil es im Gegensatz zu den bisherigen Berichten eine Gesamtbeurteilung aller gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers erlaubt. 4.6

Zusammenfassend steht einem Abstellen auf das bi disziplinäre Gutachten der C.____

(vorstehend E. 3.15) nichts entgegen. Soweit der Beschwerdeführer verlangt, es sei ein neues Gutachten einzuholen, kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 127 V 491 E. 1b) verzichtet werden. Der Gesundheitszustand und insbesondere die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Somit ist gestützt auf das bi disziplinäre Gutachten von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab November 2017 in dem Sinne auszugehen, dass ihm eine angepasste Tätigkeit zu 80% zumutbar ist. Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich (vgl. Urk. 2, Verfügungsteil 2 S. 2) ist nicht zu

beanstanden und wird im Übrigen auch nicht bestritten. Beim resultierenden rentenausschlies sendem Invaliditätsgrad von 28 % war die Rentenbefristung per 28. Februar 2018 somit korrekt.

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Da es im vorliegenden Verfahren 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) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Mosmann Schüpbach

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