

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00438 vom 31. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00438

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00438 du 31 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00438 del 31 agosto 2015

Erwägungen

E. 1

. März 2012 gestellten Neuanmeldungs gesuchs (Urk. 9/61) holte die IV-Stelle unter anderem bei Dr. med. Y.____ , Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, und Dr. med. Z.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein bi diszi plinäres Gutachten ein, das am 6. November 2013 erstattet wurde (Urk. 9/92/1-25, Urk. 9/92/31-46). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren

(Urk. 9/97 ; Urk. 9/100) verneinte die IV Stelle mit Verfügung vom 21. März 2014 einen Rentenanspruch bei einem In validitätsgrad von 17 % (U rk. 9/103 = Urk. 2).

E. 1.1

Die den Invaliditätsgrad und dessen Bemessung betreffenden rechtlichen Grund lagen (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG; Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicher ungs rechts , ATSG) sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann, mit den nachfolgenden Ergänzungen, verwiesen werden.

E. 1.2

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 Ver ordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch rele vante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbe zügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tat sächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidier bar , wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bun desgerichts 9C_261/2009 vom 1 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im

Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E).

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4

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. 1.5

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

E. 2

Der Versicherte erhob am 15. April 2014 Beschwerde gegen die Verfügung vom 21. März 2014 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 30. April 2014 reichte der Versicherte einen Arztbericht nach (Urk. 5-6).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 27. Mai 2014 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 5. September 2014 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid fest, gestützt auf das beweiskräftige Gutachten vom 6. November 2013 von Dr. Z.____ und Dr. Y.____ sei davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100% zumutbar sei. Aufgrund des durchgeführten Einkommensvergleichs resultiere ein Invaliditätsgrad von 17% (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1),

sein Gesundheitszustand habe sich seit der letzten materiellen Beurteilung erheblich verschlechtert, was die Beurteilungen durch

Dr. med. A.____, Facharzt für Rheumatologie sowie Allgemeine Innere Medizin, und jene des

B.____ belegen würden (S. 2 f. Ziff. 1 f.). Die Beschwerdegegnerin habe sich in ihrer Beurteilung jedoch auf das Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. Y.____ gestützt. Auf diese könne allerdings aus verschiedenen - im Einzelnen dargelegten - Gründen nicht abgestellt werden (S. 3 ff. Ziff. 3 ff.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneinte. Insbesondere fragt sich, ob eine revisionsrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, welche nunmehr einen renten relevanten Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zur Folge hätte. Diese Frau beurteilt sich durch einen Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der renten ablehnenden Verfügung vom 17. August 2010 mit den Verhältnissen im Zeitpunkt der strittigen Verfügung .

E. 3

Mit Verfügung vom 17. August 2010 verneinte die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem Invaliditätsgrad von 0 %. Zwar sei er in seiner angestammten Tätigkeit erheblich eingeschränkt, eine leistungsgerechte Tätigkeit sei jedoch zu 100 % zumutbar (Urk. 9/55). Diese Verfügung wurde im Ergebnis mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 14. Februar 2012 geschützt (Urk. 9/66). Damals war die Schwindelproblematik vorherrschend. Es wurden eine

Neuritis

vestibularis und ein Morbus Menière

diag. festgestellt (S. 5 ff. Erwägung 3.2 ff.).

Daneben wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen festgehalten (S. 7 Erwägung 3.8): - chronisches cervicovertebrales und lumbospondylogenes Syndrom beidseits bei - Fehlförmigkeit und degenerativen Veränderungen der Hals- (HWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) - mehrsegmentalen Protrusionen der LWS, Diskushernie L5/S1 mit leicht gradiger

foraminaler Einengung - arterielle Hypertonie - Psoriasis vulgaris seit 2009 - Unbehagen mit Fremdkörpergefühl unklarer Genese im Bereich des Larynx

Sodann litt der Beschwerdeführer seit August 2008 an starken Kopfschmerzen (Urk. 9/50/2 Mitte).

Im besagten Urteil wurde Folgendes festgehalten (S. 10 Erwägung 4.3): Zusammenfassend ist der Beschwerdeführer gestützt auf die medizinische Aktenlage in seiner bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr arbeitsfähig. Hingegen ist ihm eine angepasste körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Arbeiten in der Höhe oder an rotierenden Maschinen zu 100 % zumutbar.

E. 4.1

In den Akten finden sich seit der renten ablehnenden Verfügung vom 17. August 2010 im Wesentlichen folgende Arztberichte:

Im Bericht vom 6. April 2011 des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und Gleichgewichtsstörung, C.____, wurden als Diagnosen unklare Schwindelbeschwerden (DD: Migräne, Morbus Menière rechts und beginnend links) und anamnestisch ein hochgradiger Verdacht auf eine depressive Entwicklung festgehalten. Die durchgeführten Testungen ergaben weitgehend einen unauffälligen Befund bis auf den wahrscheinlich seit September 2009 vorbestehenden Sakkulusausfall beidseits sowie einen Utrikulusausfall links. Die Blickfolge schein pathologisch, weshalb eine neurologische Kontrolle empfohlen werde. Insgesamt sei die Schwindelproblematik schwierig zu erfassen. Aktuell stehe die Kopfschmerzproblematik im Vordergrund (Urk. 9/59/5 ; vgl. auch Bericht vom 8. September 2011, Urk. 9/71/13-14) .

E. 4.2

Am 20. Juni 2011 erfolgte eine psychiatrische Beurteilung am C.____ (Bericht vom 12. Juli 2011, Urk. 9/71/

E. 4.3

Mit Bericht vom 2. September 2012 (Urk. 9/68/1-6) nahmen die Ärzte der Neurologischen Klinik am C.____ insbesondere zur Kopfschmerzproblematik Stellung. Es sei von einem Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz auszugehen (S. 1 Ziff. 1.1). Eine Reduktion der Schmerzmittel auf das nötige Ausmass sei erstrebenswert (S. 2 Ziff. 1.5). Zur Arbeitsfähigkeit könne keine Stellung genommen werden, da dies nicht Gegenstand der letztmaligen Konsultation in der Kopfschmerz-Sprechstunde gewesen sei (S. 2 f. Ziff. 1.6 ff. ; vgl. auch Bericht vom 15. November 2011, Urk. 9/68/8-9, Bericht vom 28. Juni 2012, Urk. 9/68/10-11 sowie Bericht vom 1. Oktober 2012, Urk. 9/73) .

E. 4.4

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. A.____, hielt mit Bericht vom 5. Oktober 2012 (Urk. 9/71/ 1-8) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Ziff. 1.1): - chronische starke Kopfschmerzen seit 2008 - belastungsabhängige Schwindelbeschwerden seit 2008 (DD: vestibuläre Migräne, Morbus Menière rechts und beginnend links mit/bei Verdacht auf Migräne mit Aura) - chronisches cervikospondylogenes Syndrom rechts seit Jahren - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - lateralbetonte Gonarthrose rechts - mittelgradige depressive Episode

Aktuell würden die cervikalen und lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung vor allem rechts persistieren. Das im Januar 2011 operierte rechte Knie (Teilmenishektomie , Knorpeldebridement , partielle Synovektomie , Gelenkslavage) bleibe im Bereich des medialen Kompartiment bei Druck und Belastung schmerzhaft. Im Vordergrund würden aber die Schwindelproblematik und die therapieresistenten Kopfschmerzen stehen . Weiter hielt

Dr. A.____

fest , über die Manifestationen der Depression könne er keine Aussage machen (Urk. 9/71/5 unten). Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, es würden aufgrund der Rückenbeschwerden, des Schwindels und der Kopfschmerzen Einschränkungen bestehen (Ziff. 1.7). In der bisherigen Tätigkeit sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. In einer leidensangepassten Tätigkeit (vorwiegend im Gehen, vgl. Urk. 9/71/2) sei der Beschwerdeführer zu maximal 25 % arbeitsfähig (Urk. 9/71/8).

E. 4.5

Seit Juli 2011 (vgl. Urk. 9/60/1) befindet sich der Beschwerdeführer in Behandlung im B.____. Lic. phil. D.____, Psychologin FSP, Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. F.____, klinischer Psychologe und Supervisor, hielt im Bericht vom 15. Oktober 2012 (Urk. 9/74/6-9) fest, aktuell habe die Psychopathologie zunehmend organisch anmutende Komponenten. Das heisse mehr Affektlabilität, Affektinkontinenz, intermittierend euphorische Affekte und die beklagte Merkfähigkeitsstörung. Dies seien Symptome, welche nicht zum ursprünglich typischerweise depressiven Syndrom passen würden (S. 3 oben). Der Beschwerdeführer habe grosse Mühe, sich zu konzentrieren. Die Schmerzen und Migräne mit Schwindel seien so stark, dass er kaum zur Ruhe komme. Er fühle sich erschöpft, sei nervös, unruhig und extrem vergesslich (S. 3 Ziff. 1.7). Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 1 f. Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), DD neu: organische Depression (ICD-10 F06.32) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - chronisches Cervikalsyndrom - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - lateralebentete Gonarthrose rechts - belastungsabhängige Schwindelbeschwerden, DD vestibuläre Migräne, Morbus Menière rechts und beginnend links - Tinnitus beidseits

Aufgrund seines Krankheitsbildes sei der Beschwerdeführer kaum belastbar. Die Verschlechterung der Schmerzen, Schwindel und Gedächtnisstörung bereite ihm Nervosität, Unruhe, Erschöpfung und eine lavierte depressive Symptomatik. Aufgrund seines Leistungsprofils und der genannten Diagnosen sei der Beschwerdeführer in einem extrem geschwächten Zustand und zu 100 % arbeitsunfähig für sämtliche Tätigkeiten sowohl in der freien Marktwirtschaft als auch im Haushalt (S. 4 oben).

E. 4.6

Dr. A.____ berichtete am 8. April 2013 über einen verschlechterten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (Urk. 9/78). Nebst den bisherigen Beschwerden hätten sich in den letzten Monaten starke Schulterschmerzen rechts

und zunehmende Knieschmerzen rechts manifestiert (S. 1 Ziff. 3). Eine berufliche Tätigkeit sei weder in der angestammten noch in einer angepassten Tätigkeit realistisch (S. 2 Ziff. 5).

E. 4.7

Auch seitens des B.____ wurde mit Bericht vom 25. April 2013 (Urk. 9/80) ein verschlechterter Gesundheitszustand konstatiert

und auf die von Dr. A.____ festgestellte Schulterproblematik sowie den im Januar 2013 durchgeführten Uhrentest und Mini-Mental Status verwiesen. Beim Beschwerdeführer habe aufgrund dieser Testungen eine deutliche Demenz festgestellt werden können (S. 1 Ziff. 2). Der Allgemeinzustand habe sich verschlechtert (S. 2 Ziff. 3). Auf längere Sicht sei nicht mit einer Wiederaufnahme der Arbeit zu rechnen (S. 2 Ziff. 4).

E. 4.8.1

Am 6. November 2013 erstatteten Dr. Y.____ (Urk. 9/92/1-25) sowie Dr. Z.____ (Urk. 9/92/33-46) ein bidisziplinäres Gutachten. Diagnosen wurden aus interdisziplinärer Sicht folgende genannt (Urk. 9/92/10):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - cervikal - und lumbalbetontes
Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten
- diffuse idiopathische skelettale

Hyperostose - Bewegungseinschränkung thorakal und lumbal - anamnestisch Morbus
Menière - Tinnitus

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - anhaltende somatoforme Schmerzstörung
(ICD-10 F45.4) - chronisches, sich generalisierendes Schmerzsyndrom - Fingerpolyarthrose
rechtsseitig - anamnestisch Periarthropathia

humeroscapularis rechts - radiologisch Läsion der Rotatorenmanschette rechts -
radiologisch Gonarthrose rechts - Psoriasis vulgaris - Übergewicht mit Body-Mass-Index
von 28.3 kg/m² - Diabetes mellitus Typ 2 - arterielle Hypertonie - anamnestisch
Reizmagen-Syndrom - August 2008 und März 2009 Neuritis vestibularis links mit
passageren Drehschwindelbeschwerden - anamnestisch Restlesslegs -Syndrom

E. 4.8.2

Dr. Y.____ (Urk. 9/92/1-25) führte aus somatischer Sicht aus, in der klinischen
Untersuchung hätten eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, diffuse
Druckschmerzen, Bewegungsschmerzen aller axialen und peripheren Gelenke sowie
leichtgradige Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule imponiert. Darüber hinaus sei,
abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus festzustellen
(S. 11 oben).

Der Beschwerdeführer habe ein unspezifisches Schonhinken des ganzen rechten Beines
demonstriert, das den Charakter sofort gewechselt habe, wenn er von einer Vorwärts- in
eine Rückwärtsbewegung gewechselt habe. Das Schonhinken habe weder lumbogen ,
coxogen , genogen noch pedogen abgestützt werden können. Die vom Beschwerdeführer
geschilderte Steh- und Gehunsicherheit habe ebenfalls nicht objektiviert werden können.
Beispielsweise seien Positions- und Halteversuche ohne Absinken einer Extremität möglich
(S. 11 Mitte).

Soweit der Beschwerdeführer sämtliche Bewegungen aller axialen und peripheren
Gelenke, deutlich rechtsbetont, in allen Ebenen als zirka gleich schmerzhaft geschildert
habe unabhängig davon, ob

ein jeweils untersuchtes Gelenk in belasteter oder entlasteter Körperhaltung untersucht
worden sei, weise dies vor dergründig auf nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin
(S. 12 oben).

Die vom Beschwerdeführer geschilderten diffusen Druckschmerzen würden neben
sämtlichen an typischen Lokalisationen gelegenen Fibromyalgie-Trigger punkt-Zonen auch
die Kontrollpunkte umfassen. Vordergründig könne dies nicht auf ein bekanntes
somatisch-pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden, zumal auch kein
korrelierender klinisch-pathologischer Befund objektiviert werden könne. Es könne die
Diagnose eines primären Fibromyalgie-Syndroms gestellt werden. Hinweise auf ein
sekundäres Fibromyalgie-Syndrom seien allerdings nicht zu finden (S. 13 f.).

Insgesamt sei von somatisch nicht abstützbaren Beschwerden auszugehen. Dies bezüglich
sei auf den psychosomatisch-psychiatrischen Gutachtensteil von Dr. Z.____ zu verweisen,
der die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung stelle. Damit sei auch

retrospektiv beurteilt der Beschwerde verlauf nachvollziehbar (S. 14 oben).

Die vom Beschwerdeführer geschilderten Schwindelbeschwerden seien unsystematisch und diffus. Gleichzeitig könne keine Steh- und Gehunsicherheit objektiviert werden. Auch wenn aktuell kein Hinweis auf vordergründig somatisch abstützbare Schwindelbeschwerden objektiviert werden könnten, sei differenzial diagnostisch die Entwicklung eines Morbus Menière möglich (S. 14 Mitte).

Sodann seien sämtliche Bewegungsrichtungen der Wirbelsäule in allen Ebenen zirka gleichschmerzhaft, unabhängig ob diese Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet oder - in liegender Körperhaltung - entlastet seien. Dies weise vordergründig auf nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin, da andernfalls zu erwarten wäre, dass die eine Bewegungsrichtung deutlich schmerzhafter geschildert werde als die andere (S. 15 unten).

Die aktualisierte Röntgenaufnahme der Schulter dokumentiere beidseits keinen Humeruskopfhochstand, der als ein sekundäres Zeichen für eine relevante Läsion der Rotatorenmanschette gelte. Damit sei nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer beidseits seine Arme wie anlässlich der Begutachtung objektiviert, funktionell unbehindert einsetzen könne, und dass die Armmuskulatur rechts entsprechend der Rechtshändigkeit „kräftiger“ ausgebildet sei im Vergleich zur linken Seite. Die Ossifikationen seien unter die metabolische Störung vom Typus der diffusen idiopathischen skelettalen

Hyperostose zu subsumieren (S. 15 oben). Mit dieser Diagnose seien auch leichtgradige Bewegungseinschränkungen thorakal und lumbal abzustützen (S. 17 Mitte).

Die Kniegelenke seien klinisch beurteilt unauffällig und insbesondere ohne eine die Altersnorm überschreitende retropatellare Krepitation und ohne Hinweis auf ein Meniskuszeichen, einen Gelenkerguss oder auf eine Gelenkinstabilität bei einer Flexion/Extension von je 130/0/5°. Somit könne kein Hinweis auf eine Gonarthrose objektiviert werden. Zwar sei im Januar 2011 eine Kniearthroskopie rechts mit einer partiellen Menisektomie durchgeführt worden. Damit sei formal eine Gonarthrose definiert, weil ein Substanzdefekt vorliege. Die MRI-Abklärung des rechten Knies vom März 2013 habe derart diskrete Befunde dokumentiert, dass diese anlässlich der aktuellen Röntgenaufnahmen nicht zur Darstellung gelangt seien. Damit liege lediglich formal eine beginnende Gonarthrose rechts vor. Für eine angepasste Tätigkeit könne damit keine anhaltende Einschränkung begründet werden (S. 17 f.).

Allgemeininternistisch könne kein relevanter klinisch-pathologischer Befund objektiviert werden (S. 18 Mitte).

Aus somatisch-rheumatologischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit im Baugewerbe seit Anfang 2011 zu 70 % und seit Anfang 2013 noch zu durchschnittlich 40 % zumutbar. Zumutbar seien lediglich Tätigkeiten auf dem Boden ohne Sturzgefährdung. Für angepasste Verweistätigkeiten sei zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu formulieren (S. 22 f.).

E. 4.8.3

Dr. Z.____ führte aus psychiatrischer Sicht aus, der Beschwerdeführer zeige deutliche Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung: Er sei auf die Schmerzen fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerz ausdehnung. Es falle zudem auf, dass Lebensprobleme die Schmerzen verstärken würden, diese würden den

Hauptfokus seines Interesses bilden. Sodann bestünden

aggravierende Tendenzen. Beispielsweise sei der Beschwerdeführer nach der Besprechung kaum fähig aufzustehen. Für die Kopfschmerz- und Schwindelproblematik seien den Akten keine eindeutige Erklärung zu entnehmen. Möglicherweise seien diese Anteile der psychosomatischen Problematik (S. 8).

Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode, wie sie von den behandelnden Psychiatern gestellt worden sei, könne aufgrund seiner Lebensaktivität und aufgrund der anlässlich der Begutachtung präsentierten Befunde nicht bestätigt werden. Der Beschwerdeführer mache keinen depressiven Eindruck, er habe eine fröhliche und positive Ausstrahlung. Zudem habe er eine regelmäßige Tagesgestaltung und pflege enge Kontakte mit Kollegen und Freunden. Allerdings könne nicht ausgeschlossen werden, dass es gelegentlich doch gewisse Verstimmungen gäbe. Es sei darauf hinzuweisen, dass gemäss der ICD-10-Kodierung bei den Somatisierungsstörungen das Einhergehen mit Verstimmungen und Ängsten beinahe die Regel sei. Eine eigenständige psychische Komorbidität liege beim Beschwerdeführer nicht vor (S. 9 oben).

Eine hirnorganische Störung habe sich nicht feststellen lassen. Insbesondere sei der Beschwerdeführer gut konzentriert gewesen und zeige ein erhaltenes Frischgedächtnis. Der Benton-Test zeige ein relativ gutes Resultat, welches eine Demenz ausschliessen lasse (S. 9 unten).

Aus psychiatrischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (S. 11 Ziff. 4, S. 12 Ziff. 13).

E. 4.8.4

Gesamtgutachterlich sei von der somatisch-rheumatologischen Einschränkung auszugehen und damit die bisherige Tätigkeit im Baugewerbe seit Anfang 2011 zu 70 % und seit Anfang 2013 noch zu durchschnittlich 40 % zumutbar. Zumutbar seien lediglich Tätigkeiten auf dem Boden ohne Sturzgefährdung. Für angepasste Verweistätigkeiten sei zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu formulieren (Urk. 9/92/31-32).

E. 4.9

Am 30. April 2014 verfassten Dr. E.____ und Dr. phil. F.____

vom

B.____

eine Stellungnahme zum psychiatrischen Teilgutachten von Dr. Z.____ (Urk. 6). Das Gutachten beinhalte diverse Fehler und die Befundaufnahme sei oberflächlich und fehlerhaft (S. 2 Ziff. 4 f.). Sie wiederholten ihre bisherige Befundaufnahme (Ziff. 6) und nannten die „richtigen“ Diagnosen (Ziff. 8). 5. 5.1

Das interdisziplinäre Gutachten beruht auf für die strittigen Belange umfassen den Untersuchungen und berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Sodann wurde es in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung.

Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden a

usführlich begründet.

Das Gutachten ist für die Beantwortung der Fragen umfassend und erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 5.2

Dr. Y.____ zeigte ausführlich auf, dass die demonstrierten Beschwerden mit den erhobenen, objektiven somatisch-rheumatologischen Befunden in Widerspruch stehen und legte unter anderem auch in Auseinandersetzung mit den medizinischen Vorakten nachvollziehbar dar, dass in einer angepassten Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe (vorstehend E. 4.8.2) .

5.3

Der Beschwerdeführer monierte, Dr. Y.____ habe an verschiedenen Stellen in seinem Gutachten zwar Befunde umschrieben, dann aber festgestellt, aufgrund dieser Befunde allein könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit begründet werden. Dabei sei die Möglichkeit, dass eine Kombination der Beschwerden doch zu einer Einschränkung führen könne oder müsse kein Thema gewesen (Urk. 1 S. 3 Ziff. 3). Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. Y.____ sehr wohl eine Gesamtbeurteilung vornahm. Daraus ging hervor, dass aus medizinisch-theoretischer Sicht keiner der erhobenen Befunde besonders einschränkend ist, sofern er sich denn überhaupt objektivieren liess. Sodann verwies er auf vorherrschende krankheitsfremde Faktoren und ein deutliches Aggravationsverhalten (vgl. Urk. 9/92/19 sowie Urk. 9/92/24).

Sodann begründete Dr. Y.____ - entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 3 Ziff. 3) - klar, weshalb eine Gonarthrose am rechten Knie lediglich formal (nicht aber klinisch) definiert sei (vorstehend E. 4.8.2). Ebenfalls begründete er die teilweise Verbesserung im Bereich der Wirbelsäule mit einer allseits wieder frei beweglichen Halswirbelsäule sowie einer verbesserten Beweglichkeit im lumbalen Bereich (Urk. 9/92/21 unten).

Weiter monierte der Beschwerdeführer, Dr. Y.____ „wolle partout nichts wissen von den seit Jahren ausgewiesenen Schwindelbeschwerden“ (Urk. 1 S. 3 Ziff. 3). Jedoch gab der Beschwerdeführer selbst an, die Schwindelbeschwerden hätten im Sommer 2008 und im März 2009 bestanden (Urk. 9/92/2) und sich in der Folge zurückgebildet (Urk. 9/92/12 unten). Diesbezüglich ist auch auf den Bericht von Dr. A.____ vom 8. April 2013 zu verweisen, in welchem dieser die Schwindelproblematik ebenfalls nicht mehr erwähnt, sondern Schmerzbeschwerden im Bereich der Wirbelsäule, des rechten Knies und der rechten Schulter (vgl. Urk. 9/78). 5.4

Abschliessend ist darauf hinzuweisen, dass aus somatischer Sicht auch der behandelnde Hausarzt Dr. A.____

keine objektiv fassbaren Aspekte namhaft machte, welche Dr. Y.____ entgangen waren oder mit denen er sich nicht befasst hatte. Im Übrigen erklärt sich der abweichende Standpunkt wohl auch mit dem Unterschied zwischen medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag. Die von Dr. A.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit ist auch aufgrund der Erfahrungsfaktoren zu relativieren, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Nach dem Gesagten

nannte Dr. A.____ keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, welche Zweifel am Gutachten begründen würden. 6. 6.1

Dr. Z.____ nannte im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 9/92/ 33-46) als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und führte aus, es fehle beim Beschwerdeführer an einer relevanten psychischen Komorbidität. In Gesamtwürdigung der Umstände gelangte er zum Schluss, dass für die Annahme einer psychisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kein Raum bleibe. Die soziale Integration sei voll erhalten und die prämorbid Persönlichkeitsstruktur sei unauffällig (S. 10). Die subjektive Einschränkung der Ressourcen könne psychiatrisch nicht nachvollzogen werden (S. 14 Mitte). Somit besteht gemäss

Dr. Z.____ kein medizinisches Substrat, welches eine Arbeitsunfähigkeit verursachen würde.

6.2 6.2.1

Mit zur Publikation vorgesehenem Entscheid 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht unlängst von der Rechtsprechung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ähnliche Störungen und ihre Folgen vermutungsweise mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3), Abstand genommen und eine neue Basis für die Beurteilung somatoformer Schmerzstörungen und ihrer Auswirkungen auf die juristisch zu beurteilende Arbeitsunfähigkeit begründet (E. 6): Zusammenfassend ergibt sich, dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss (E. 2). Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit (E. 3) bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges (E. 3.4.1.1) mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe bzw. (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung (E. 3.1 und 3.2). Deren Rechtsnatur kann offen bleiben (E. 3.3). Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten (E. 3.4 und 3.5). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt (E. 3.6). An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändert sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren (E. 4). Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes (E. 4.3.1.1) und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität (E. 4.3.1.3) ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden (E. 4.2) die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. 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) über wie gende Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen. 6.2.2

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht im erwähnten Leitentscheid 9C_492/2014 wie folgt: - 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 ver gleich baren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leiden s druck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern In dizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3). 6.2.3

Es ist festzuhalten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamt haften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vor han denen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer An wendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegeben en falls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (Entscheid 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 8., mit Hinweis). 6 .3

Der psychiatrische Gutachter (Urk. 9/92/33-46) hat sich - wenn auch, da noch in Unkenntnis der heute geltenden bundesgerichtlichen Terminologie, nur sinn gemäss - mit dem funktionellen Schweregrad der Beeinträchtigung auseinander gesetzt: Die Gesundheitsschädigung betreffend wurde die Ausprägung der rele vanten Befunde thematisiert und auf aggravatorisches Verhalten hingewiesen , ebenso wur den

der Therapieverlauf und die Frage von begleitenden Erkrankungen er örtert (Komorbidität ; vgl. S. 8 und S. 10). Der Komplex der Persönlich keit ist direkt in die Diagnostik einge flossen und der soziale Kontext wurde im Gut achten ebenfalls angesprochen und berücksichtigt (S. 5 ff.) . Unter dem As pekt der Konsistenz erscheinen sowohl der Umfang der bestehenden Lebensa kti vitä t en wie auch der Leidensdruck als berücksichtigt. Die subjektive Einschrän kung der Ressourcen könne aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden (S. 14 Mitte ; vgl. auch vorstehend E. 4.8.3). 6.4

Vorliegend erhellt aus dem interdisziplinären Gutachten hinreichend, dass die Ausprägung der psychischen und somatischen diagnoserelevanten Befunde nicht derart stark ins Gewicht fällt , dass sie einer Arbeitsfähigkeit in einer Ver weistätigkeit entgegenstehen würde . Ferner ergibt sich aus den Schilderungen des Beschwerdeführers, dass er eine n grossen Freundeskreis hat, er seinen Bekanntenkreis sowie die familiären Beziehungen

pfllegt und sich nicht zurück zieht, wenngleich seine Tätigkeiten schmerzbedingt etwas reduziert sind (Urk. 9/92/36 Mitte, Urk. 9/92/37 -38). Er geht nach eigenen Angaben knapp einmal im Monat in die psychiatrische Therapie und hat die antidepressiv wirkenden Medikamente aufgrund der Verbesserung absetzen können (Urk. 9/92/37 oben). Das Aktivitätsniveau scheint insgesamt wenig eingeschränkt zu sein. Insbesondere wurde seitens der Gutachter auch auf Anzeichen für aggravatorisches Verhalten des Beschwerdeführers hingewiesen (vorstehend E. 4.8.2 f.). Bei dieser Sachlage ergeben sich auch unter Berücksichtigung der beachtlichen Standardindikatoren keine erheblichen funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten Diagnosen, weshalb die Gutachter die Schmerzverarbeitungsstörung mit Selbstlimitierung in nachvollziehbarer Weise als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufführten. 6.5

Im psychiatrischen Gutachten teil legte Dr. Z.____ sodann aufgrund der erhobenen Befunde sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten dar, weshalb die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht (mehr) gestellt werden könne (S. 8 f. sowie S. 13 f. lit . D).

Daran vermögen die Berichte des B.____

nichts zu ändern. Im Bericht vom 25. April 2013 wird zu weiten Teilen auf die subjektive Beurteilung des Beschwerdeführers abgestellt, ohne diese mit medizinisch objektiven Gesichtspunkten zu untermauern . Damit fehlt es am Begründungsfundament für die postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Im zur Publikation vorgesehenen Urteil 9C_492/2014 hielt das Bundesgericht Folgendes fest (E. 3.7.1): Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden - wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet -, sind auch künftig nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen.

Sodann nahmen die Berichtersteller des B.____ - als Fachpsychiater - zum somatischen Gesundheitszustand Stellung beziehungsweise liessen in die Arbeitsfähigkeitsschätzung somatische Aspekte einfließen , was den Beweiswert ihrer Stellungnahmen ebenfalls nicht zuträglich ist (vgl. Urteil des Bundesgericht 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1).

Im Übrigen ändert auch die Stellungnahme des B.____

vom 30. April 2014 (Urk. 6), worin Kritik am interdisziplinären Gutachten geübt wurde, nichts am Beweiswert des besagten Gutachtens. Die in Ziffer 4 genannten „Fehler“ im Gutachten entsprechen den Angaben des Beschwerdeführers. Interessanterweise hielt auch das B.____

selbst - in Übereinstimmung mit den Gutachtern und entgegen ihren Ausführungen vom 30. April 2014 - fest, der Beschwerdeführer habe sieben Geschwister (vgl. Bericht vom 25. August 2011, Urk. 9/60/2 Biographie). Inwiefern die Befundaufnahme des B.____ ausführlicher sein solle als jene der Gutachter, erhellt sich aus den Ziffern 5 und 6 beziehungsweise nach einem Blick auf die klinischen Grundlagen des Gutachtens von Dr. Z.____ (S. 4-7) nicht. Sodann kann die anamnestiche Angabe durch den Gutachter, der Beschwerdeführer leide seit seiner Jugendzeit an Schwindelbeschwerden, nicht per se als falsch qualifiziert werden. Beispielsweise hielten auch die Psychiater des C.____ seit der

Kindheit bestehende Schwindelbeschwerden fest (vgl. Urk. 9/71/11 persönliche Anamnese).

Gesamthaft vermögen die Berichte und Stellungnahmen des B.____

keine Zweifel

am Beweiswert des

interdisziplinären Gutachten s zu wecken . Es wurden vom B.____

keine wichtigen - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringenden – Aspekte angeführt, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E.

2.2.1). 6.6

Zusammenfassend hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zur rentenablehnenden Verfügung vom 17. August 2010 zwar diagnostisch und aufgrund der geklagten Beschwerden verändert, dies wirkte sich jedoch nicht auf die ihm nach wie vor zu 100 % zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus.

Soweit der Beschwerdeführer verlangt, es seien weitere Abklärungen durchzuführen (Urk. 1 S. 2), kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen) verzichtet werden . Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. 7.

Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich (Urk. 2 S. 2) blieb beschwerdeweise unbestritten und ist nach Lage der Akten nicht zu beanstanden.

Entsprechend dem errechneten Invaliditätsgrad von 17 % hat der Beschwerdeführer keinen Rentenanspruch .

Die angefochtene Verfügung vom 21. März 2014 erweist sich damit als rech tens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8.

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 fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Marco Mona - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 9

-12). Als Diagnosen wurde eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), eine kognitive Störung (DD im Rahmen der ersten Diagnose; ICD-10 F06.8) sowie eine Nikotinabhängigkeit diagnostiziert.

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