

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00394 vom 29. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00394

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00394 du 29 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00394 del 29 settembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden 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).

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitwert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Ver Stimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

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

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen 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 revidierbar, 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 Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. 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.

E. 1.4

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). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 7. März 2016 erhob der Versicherte am 5. April 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine

ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eben tualiter sei ein neues psychiatrisches Gutachten in die Wege zu leiten. Subeventualiter sei ein polydisziplinäres Gutachten in den Bereichen Psychiatrie, Rheumatologie und Neuropsychologie in die Wege zu leiten. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2). Zusammen mit der Beschwerdeschrift reichte der Beschwerdeführer den Bericht von Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. Januar 2016 ein (Urk. 3/7). Die Beschwerde gegen den Bescheid schloss in der Beschwerdeantwort vom 9. Mai 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). Mit gerichtlicher Verfügung vom 19. Mai 2016 wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsvertretung abgewiesen. Zugleich wurde ihm die Beschwerdeantwort zur Kenntnis gebracht (Urk. 12).

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, es liege keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Jahr 2011 vor. Gestützt auf das eingeholte interdisziplinäre Gutachten bestehe aus rheumatologischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Hilfskoch. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer indes voll leistungsfähig. In einer angepassten Tätigkeit könne von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, wobei keine Erwerbseinbußen resultieren (Urk. 2).

In der Beschwerdeantwort fügte sie an, das Gutachten der Dres. D.____ und E.____ erfülle sämtliche vom Bundesgericht geforderten beweisrechtlichen Kriterien und im Vergleich zur letztmaligen rechtskräftigen Beurteilung liege keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung vor. Zudem habe sie das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers zu keinem Zeitpunkt verletzt (Urk. 10).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt in seiner Beschwerde zusammengefasst fest, er leide an massiven Rückenbeschwerden, einer Lähmung des Fusses sowie an psychischen Beschwerden in Form von mittelgradigen depressiven Episoden sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Unter Berücksichtigung sämtlicher Beschwerdebilder hätten ihm die behandelnden Ärzte eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 1 S. 4-6). Ferner brachte er unter Hinweis auf die Ausführungen von Dr. F.____ vor, das Gutachten von Dr. E.____ weise erhebliche Mängel auf und es könne daher nicht darauf abgestellt werden (Urk. 1 S. 6-9). Zudem machte er geltend, die Beschwerdegegnerin habe sein rechtliches Gehör verletzt. Denn angesichts der langen Dauer des Vorbescheidverfahrens hätte ein neuer Vorbescheid erlassen werden müssen (Urk. 1 S. 9-10). Schliesslich beantragte er, das Gericht habe zu prüfen, ob die unentgeltliche Rechtspflege im Verwaltungsverfahren gutgeheissen werden könne (Urk. 1 S. 11).

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren

Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

Über den Anspruch des Beschwerdeführers auf unentgeltliche Rechtspflege im Verwaltungsverfahren (vgl. den Antrag in Urk. 1 S. 11) wurde in der angefochtenen Verfügung nicht entschieden (vgl. Urk. 2), wobei der Beschwerdeführer auch nicht geltend macht, bei der Beschwerdegegnerin ein entsprechendes Gesuch gestellt zu haben. Nach dem Gesagten ist auf diesen Antrag nicht einzutreten. 3.2

Bezüglich der geltend gemachten Verletzung des rechtlichen Gehörs (Urk. 1 S. 9-10) ist festzuhalten, dass das Vorbescheidverfahren über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft; BV) hinaus geht, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern.

Dies heisst nicht, dass eine IV-Stelle, die von dem im Vorbescheid in Aussicht gestellten Entscheid abweichend verfügen will, vor gängig nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hätte. Ob die Verwaltung, wenn sie auf Einwand der versicherten Person gegen den Vorbescheid hin weitere Abklärungen vornimmt, nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hat, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, unter anderem von der inhaltlichen Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung (Urteil des Bundesgerichts 9C_312/2014 vom 19. September 2014, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer erhielt explizit Gelegenheit, sich zum Gutachten der Dres. D.____ und E.____ zu äussern (Urk. 11/120). Da im Gutachten wie bereits im Vorbescheid vom 18. Juni 2014 davon ausgegangen wurde, der Gesundheitszustand habe sich seit dem Vergleichszeitpunkt nicht verschlechtert (Urk. 11/94, Urk. 11/115/91, Urk. 11/119/25), war - unabhängig von der inzwischen verflissenen Zeit - absehbar, dass die Beschwerdegegnerin an der Abweisung des Leistungsbegehrens festhalten würde. Der Erlass eines neuen Vorbescheids drängte sich deshalb nicht auf respektive ist der Beschwerdegegnerin keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorzuwerfen. 4. 4.1

4.1.1

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche 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 9 C_438/2009 vom 26. März 2010, E. 2. 1 mit Hinweisen), mithin die

Verfügung vom 2. August 2011 (Urk. 11/65). 4.1.2

Diese Verfügung basierte auf folgenden Entscheidungsgrundlagen:

Dr. A.____

führte in seinem Bericht vom 15. Oktober 2010 (Urk. 11/46)

zur Arbeitsfähigkeit aus, dass der Beschwerdeführer

aufgrund seines Rückenleidens mit bereits erfolgter Operation im November 2009 als Koch oder Hilfskoch „nicht mehr vermittlungsfähig“ sei. Weiter empfahl er zwei Jahre nach der Operation eine Neu Beurteilung durch einen IV-Arzt.

Daraufhin veranlasste die IV-Stelle (Urk. 11/49) ein rheumatologisches Gutachten beim B.____, welches am 18. April 2011 erstattet wurde (Urk. 11/55). Darin attestierten die Gutachter PD Dr. med. G.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie,

und med. pract. H.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, die folgenden Diagnosen (Urk. 11/55/6) : - Chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom und motorisches Ausfallsyndrom L5 rechts mit/bei: - möglicher radikulärer Reizkomponente L5 rechts - Status nach Diskushernienoperation L4/5 rechts, dynamischer Fixation mit DIAM 2007 bei kleiner Diskushernie L4/5 rechts - Status nach Diskektomie, Spondylodese und Cage-Implantation L4/5 2008 - Status nach Spondylodesematerialentfernung 2009 - Symptomausweitung.

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, dass in der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) aufgrund einer Selbstlimitierung in den meisten untersuchten Funktionsbereichen keine funktionellen Leistungs limiten hätten eruiert werden können. Aus medizinischer Sicht sei aufgrund der gesundheitlichen Problematik die Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule eingeschränkt. Körperlich schwere Arbeiten, Arbeiten mit hohem Anteil an statisch vorgeneigten Haltungen, Arbeiten mit wiederholten knienden und hockenden Arbeitsanforderungen sowie Arbeiten, welche häufige Rotationen der Lendenwirbelsäule erforderten, seien aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Zudem seien Tätigkeiten mit rein statischen Belastungen (rein stehend oder rein sitzend) ungünstig.

Bei der angestammten Tätigkeit als Hilfskoch handle es sich um eine leichte bis mittelschwere, jedoch rein stehende und gehende Arbeit. Diese sei aus medizinischer Sicht ungünstig und auch retrospektiv seit 2007 nicht mehr zumutbar. Medizinisch-theoretisch zumutbar sei dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeit ganztags. Aufgrund der gesundheitlichen Problematik (drei Rückenoperationen, chronische L5-Radikulopathie) seien eine vermehrte Ermüdbarkeit und konsekutiv ein erhöhter Pausenbedarf nachvollziehbar und vermehrte Pausen (zwei Stunden pro Tag) deshalb empfohlen, entsprechend einer 75%igen Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv sei diese Arbeitsfähigkeit drei Monate nach dem letzten operativen Eingriff, mithin seit Februar 2010, zumutbar (Urk. 11/55/7).

Die IV-Stelle legte das B.____ -Gutachten und den Bericht von Dr. A.____ dem RAD vor (Urk.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

E. 11

(Urk. 11/57/3-4) zum Schluss, dass das Gutachten überzeugend sei. Eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit sei zu 75 % zumutbar. Dies bei einer 100%igen Präsenz mit vermehrten Pausen. Aufgrund der medizinischen Unterlagen sei eine IV-relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen.

Das hiesige Gericht schützte die angefochtene Verfügung namentlich gestützt auf das genannte Gutachten des B.____ vom 18. April 2011 (Urteil IV.2011.01026 vom 31. Mai 2013 E 3.2; Urk. 11/84/8). 4.2

4.2.1

Im Zeitpunkt des Erlasses der nun zu beurteilenden angefochtenen Verfügung präsentierte sich die Aktenlage wie folgt: Dr. A.____ führte in seinem Bericht vom 8. März 2012 aus, der Beschwerdeführer habe sich wegen verstärkter Beschwerden rechtsseitig nochmals gemeldet, weshalb man eine erneute MRI-Untersuchung durchgeführt habe. Diese habe unveränderte Befunde gezeigt, sodass die Situation seit der Osteosynthesematerialentfernung vom 17. November 2009 als stabil anzusehen sei. Der Beschwerdeführer sei für eine körperlich leichte Hilfstätigkeit weiterhin zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 11/ 85/1). 4 .2.2

Dr. J.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 3. Oktober 2012 eine akute Lumbalgie mit radikulären Reizerscheinungen rechts, ohne Hinweise für eine relevante Läsion einer lumbalen oder sakralen Wurzel (Urk. 11/ 115/100). In seinem Bericht vom 20. Januar 2015 gab er an, die Befunde seien im Vergleich zur Voruntersuchung vom Oktober 2012 grundsätzlich unverändert geblieben (Urk. 11/ 115/99). Ferner äusserte Dr. J.____ den Verdacht auf eine funktionelle Fussheber- und Fussheber-Parese rechts (Urk. 11/ 115/98). 4.2.3

Dem Bericht der Ärzte des C.____ vom 11. September 2013 ist eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Juni 2007 zu entnehmen (Urk. 11/ 85/5). Bezüglich der Frage nach einer Verschlechterung der Symptomatik seit 2011 führten diese aus, insgesamt hätten die Beschwerden seit der Entfernung des Osteosynthesematerials zugenommen. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht wurde festgehalten, objektivierbar seien seit 2008 bekannte Nervenwurzelbeeinträchtigungen. Subjektiv sei der Beschwerdeführer immer weniger geh- und leistungsfähig. Aus wirbelsäulen chirurgischer Sicht habe eine deutliche klinische Verschlechterung stattgefunden. Aus psychiatrischer Sicht habe sich eine deutliche Verschlechterung der Lendenwirbelsäule, inguinal rechts sowie des rechten Fusses gezeigt. Insgesamt hielten die C.____-Ärzte fest, der Beschwerdeführer sei auch für angepasste Tätigkeiten vollumfänglich arbeitsunfähig (Urk. 11/ 85/7). Diese Beurteilung bestätigten die behandelnde Psychiaterin und der Klinische Psychologe des C.____ im April 2014 (Urk. 11/ 92/3) sowie am 18. März 2014, wobei sie in ihrem Fachbereich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt (ICD-10: F33.11), sowie teilweise eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) diagnostizierten (Urk. 11/ 91/1, Urk. 11/91/5, Urk. 11/ 92/6). Deren Bericht vom 7. Juli 2014 ist zudem zu entnehmen, die 100%ige Beeinträchtigung der Funktions- und Leistungsfähigkeit sei auf längere Sicht gegeben (Urk. 11/ 95/5). Es liege eine massive Chronifizierung vor und der Beschwerdeführer sei durch seine Schmerzsymptomatik in seinem Aktivitätsradius sehr eingeschränkt. Die depressiven Einbrüche führten zu einem sozialen Rückzug und die gehemmte Aggressivität belaste ihn sehr, weshalb er zwischenmenschliche Kontakte meide. Es bestehe keine Aussicht auf Besserungstendenzen (Urk. 11/ 92/7, Urk. 11/ 95/6).

4.2.4

Das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. D.____

vom 20. Juni 2015 gliedert sich in eine ausführliche Darstellung der Anamnese, der Aktuelage, in Abschnitte über die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zum aktuellen Leiden, die aktuelle Medikation, den internistisch-rheumatologischen Status und die Laborbefunde, sowie in eine Auflistung der rheumatologischen Diagnosen und die abschliessende Beurteilung der zu klärenden Fragen (vgl. Urk. 11/115 / 2). Die Untersuchung erfolgte am 26. Mai 2015 (Urk. 11/115/1, Urk. 11/115/ 3).

Wie der Expertise zu entnehmen ist, klagte der Beschwerdeführer über starke lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung ins ganze rechte Bein. Das rechte Bein habe wenig Kraft und sei kälter als das linke Bein. Er könne nicht lang sitzen. Am besten sei es, wenn er auf dem Rücken liege (Urk. 11/ 115/73) .

Dr. D.____ führte in ihrer Beurteilung aus, in der klinischen Untersuchung seien Diskrepanzen aufgefallen. Das intermittierende Schmerzstöhnen ver schwinde bei Ablenkung. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule und der Brustwirbelsäule habe wegen kraftvoller Gegenspannung nicht geprüft werden können. Die Halswirbelsäule sei normal beweglich. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Das rechte Bein weise grössere Umfänge auf als das linke. Eine Atrophie der rechten Beinmuskulatur gegenüber links sei nicht vorhanden. Dies zeige, dass das rechte Bein gegenüber dem linken Bein nicht geschont werde. Die Bioimpedanz-Analyse zeige trotz des Übergewichts eine erfreulich grosse Muskelmasse von 56 %, welche den Normwert von 40 % weit übertreffe. Eine lang andauernde körperliche Schonung, wie der Beschwerdeführer sie schildere, könne daraus nicht abgeleitet werden . Seine maximale Handkraft sei beidseits normal. An beiden Händen seien keine Gebrauchsspuren auszumachen (Urk. 11/115/83). Zusammenfassend bestünden strukturelle Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule, welche die Leistungsfähigkeit einschränkten. Die Befunde würden das Ausmass der geklagten Beschwerden nur teilweise erklären. Gegenüber der gutachterlichen Beurteilung vom April 2011 habe sich der Gesundheitszustand gebessert, da im Oktober 2012 keine chronische lumbale Radikulopathie mehr nachweisbar gewesen sei. Eine angepasste Tätigkeit könne er zu 100 % ausüben. Die fehlenden Gebrauchsspuren an der linken Hand seien diskrepant zur angegebenen Stocknutzung. Die angegebene kurze Sitzdauer sei nicht verifiziert und könne aus den Befunden nicht abgeleitet werden. Bei der Untersuchung durch sie habe der Beschwerdeführer länger als eine halbe Stunde lang ruhig ohne erkennbare Zunahme der Beschwerden dagesessen (Urk. 11/115/82-83). Bei der Prüfung des Lasègues habe der Beschwerdeführer ein inkonsistentes diskrepantes Verhalten gezeigt (Urk. 11/115/84).

In ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führte Dr. D.____ aus, bei Rücken funktionseinschränkungen seien das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung sowie unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen zu vermeiden. Eher günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten. Der Beschwerdeführer benötige eine LWS-schonende Tätigkeit und könne mit Lasten bis zu 15 Kilogramm hantieren (leichtes bis mittelschweres Belastungsniveau). Diesem Profil entsprechende Tätigkeiten könne er zu 100 % ausüben. Die angestammte Tätigkeit als Hilfskoch auf einem Schiff sei nicht angepasst, weil sie ausschliesslich stehend und gehend sei. Spätestens seit Oktober 2012 benötige er in einer angepassten Tätigkeit keine zusätzlichen Pausen mehr, da keine chronischen Radikulopathien mehr vorhanden seien (Urk. 11/115/86). 4.2.5

Dr. E.____ begutachtete den Beschwerdeführer am 21. August 2015 und erstattete sein psychiatrisches Gutachten am 30. September 2015

(Urk. 11/119/1). Als Diagnosen nannte er namentlich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, mangels Chronifizierung besserungsfähig (ICD-10: F33.0), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa und Hypnotika, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F13.1), sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen und histrionisch-infantilen Anteilen (ICD-10: Z73.1; Urk. 11/119/18).

In seiner Beurteilung führte Dr. E.____ aus, bei der Begutachtung durch ihn sei eine Schmerzsymptomatik objektiv während der fast dreistündigen Exploration nicht eindeutig zu beobachten gewesen. Der Beschwerdeführer habe die meiste Zeit ruhig ohne inspektorisch erkennbare Zeichen von Schmerzen oder eine Zunahme von körperlichen Beschwerden im Verlauf auf seinem Stuhl gegessen (Urk. 11/119/11). Bei seiner Untersuchung habe er eine leichte depressive Symptomatik mit leichten, gelegentlichen Schwankungen der Stimmung und leichter Antriebsminderung, ohne spezielle zirkadiane Schwankungen, mit gelegentlichen leichten Schlafstörungen, leichten Konzentrationsstörungen und leicht verminderter Ausdauer und zudem einem leicht verminderten Selbstwert erleben mit einem allenfalls teilweisen sozialen Rückzug, vorwiegend den beruflichen Bereich betreffend, vorgefunden. Hauptfokus der Beschwerdeschilderung seien diffuse, unspezifische Schmerzen mit wechselnden Lokalisationen, Schmerzen nach bestimmten Anstrengungen und eine unspezifische vermehrte Erschöpfbarkeit gewesen, wodurch sich der Beschwerdeführer subjektiv in seiner alltäglichen Lebensführung sehr eingeschränkt fühle. Er sei in seiner Meinung nun schon seit mehreren Jahren unbeirrt und werde nach seinen Angaben in seinem subjektiven, fast ausschliesslich somatisch orientierten Krankheitskonzept und in seiner Krankheitsüberzeugung von den Angehörigen, dem Hausarzt, dem Rheumatologen und der Psychiaterin unterstützt. Die geltend gemachten chronifizierten Schmerzen liessen sich laut Dr. D.____ physiologisch oder somatisch nicht ausreichend erklären (Urk. 11/119/12). Diesbezüglich sei von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Eine schwere oder durchgehend mittelgradige depressive Symptomatik liege eindeutig nicht vor. Dies sei auch daran erkennbar, dass eine stationäre Behandlung kein Thema sei. Es seien vor allem die subjektiven Beschwerden und die beklagten unspezifischen und diffusen Schmerzen, welche den Beschwerdeführer aus seiner subjektiven Sicht beeinträchtigten. Zudem habe er neben den sehr geringen Schulkenntnissen auch sehr wenig Erfahrung mit den beruflichen Anforderungen in der Schweiz, weil er hier nur sehr kurze Zeit gearbeitet habe (Urk. 11/119/13). Das Vorliegen einer manifesten, kombinierten Persönlichkeitsstörung könne nicht bestätigt werden. Vielmehr lägen nur einige histrionisch-infantile und narzisstische Persönlichkeitszüge vor, sodass diese dysfunktionalen Denk- und Verhaltensmuster als akzentuierte Persönlichkeitszüge, welche definitionsgemäss spätestens seit der Adoleszenz bestünden, einzuordnen seien. Bei nun schon langjähriger Behandlung mit suchterzeugenden Analgetika (unter anderem Tramadol) bei aus psychiatrischer Sicht fraglicher Indikation derselben sei inzwischen eine beginnende Suchtentwicklung zu postulieren. Bei einem sekundären Suchttyp ohne invalidisierende Folgeerkrankungen sei jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gegeben. Eine chronische psychische Begleiterkrankung liege nicht vor. Aktuell bestehe eine leichte depressive Episode ohne beginnende Chronifizierung. Die depressive Störung stehe in

direktem Zusammenhang mit der Schmerzsymptomatik und den psychosozialen Faktoren. Sie habe sich erst spät im Verlauf zusätzlich entwickelt. Eine weitere Besserungstendenz der depressiven Symptomatik sei bei zumutbarer Wahrnehmung einer adäquaten und konsequenten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und bei Interesse des Beschwerdeführers auch an einer Optimierung der Psychopharmakotherapie kurzfristig anzunehmen (Urk. 11/119/14). Es liege kein primärer, sondern ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn vor. In Bezug auf die Psychotherapiemotivation liege bei einem vorrangig somatisch orientierten Krankheitskonzept weiterhin eher eine Ambivalenz vor, was nicht mit einer eingeschränkten Krankheitseinsicht, sondern mit einem schwankenden Leidensdruck in Zusammenhang stehe. Der Beschwerdeführer habe sich in seiner Krankenrolle eingerichtet und ein umfassendes Hilfesystem in der Familie aufgebaut, was aus medizinischer Sicht nicht erforderlich sei. In der Exploration hätten sich deutliche Hinweise auf einen inzwischen geringen beruflichen Ehrgeiz gezeigt. Eine Gesundheitsschädigung aus rein psychiatrischer Sicht könne bei Vorliegen einer leichten depressiven Störung bei Status nach mittelgradiger depressiver Episode in Kombination mit der vorliegenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht bestätigt werden. Ein Behandlungserfolg sei auszuweisen, zumal die von der behandelnden Psychiaterin im März 2014 beschriebene mittelgradige depressive Episode nurmehr leichtgradig sei. Eine chronische psychiatrische Begleiterkrankung mit mehrjährigem Krankheitsverlauf und unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission liege nicht vor (Urk. 11/119/15). Auch in Bezug auf die Schmerzsymptomatik bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Behandlungssistenz, da noch längst nicht alle therapeutischen Optionen ausgeschöpft seien. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge hätten die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Erwachsenenleben nicht relevant eingeschränkt. Die Ressourcen seien durch etwaige ausgeprägte persönlichkeitsstrukturelle Defizite nicht eingeschränkt. Die komplexen Ich-Funktionen seien nicht beziehungsweise allenfalls sehr leicht eingeschränkt. Der Beschwerdeführer weise im sozialen Kontext eine ganze Reihe von ausbaufähigen Ressourcen auf. Er sei in der Lage, täglich Spaziergänge zu machen und pflege verschiedene weitere positive Aktivitäten. Im Haushalt genieße er die volle Unterstützung durch seine Ehefrau, worin sich sein ausbeuterisches Verhalten zeige. Dass die beruflichen Kontakte nicht mehr bestünden, stehe nicht unmittelbar mit gesundheitlichen Einschränkungen in Zusammenhang. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Konsistenz der Fähigkeitsstörungen. Die psychischen Einschränkungen würden überwiegend für den beruflichen Bereich geltend gemacht (Urk. 11/119/16). Im Freizeitbereich sei er nicht durch psychische Einschränkungen beeinträchtigt. Der tatsächliche Leidensdruck erscheine eher gering. Der Beschwerdeführer nehme eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wahr, nehme aber die verordneten Psychopharmaka eher unregelmäßig ein. In Bezug auf die Psychotherapiemotivation liege bei einem vorrangig somatisch orientierten Krankheitskonzept weiterhin eher eine Ambivalenz vor. Als therapeutische Option sei die Fortführung einer adäquaten ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung inklusive der Fortführung einer optimierten antidepressiven Medikation zu empfehlen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen in der Psychotherapie sei anzuraten. Ferner sollten ein tragfähiges, für den Beschwerdeführer nachvollziehbares psychosomatisches Krankheitsmodell und eine Erkenntnis in Bezug auf die psychogenen Faktoren der Schmerzsymptomatik sowie in Bezug auf die dysfunktionalen und regressiven Denk- und Verhaltensmuster erarbeitet und besprochen werden. Insgesamt könne anhand der aktuell

erhobenen psychischen Befunde aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht bei nur leichten psychischen Störungen keine ausreichende Schwere der psychiatrischen Symptomatik belegt werden. Es seien keine psychischen Störungen feststellbar gewesen, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit relevant oder dauerhaft beeinträchtigen würden. Es bestehe eine relativ gute Auffassungsgabe bei einer nur leicht verminderten Ausdauer, neben einer leicht verminderten Stress- und Frustrationstoleranz (Urk. 11/119/17). Dr. E.____ attestierte aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/119/19, Urk. 11/119/21). Die abweichende Beurteilung durch die behandelnde Psychiaterin erklärte er sich mit deren Abstellen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, mit der fehlenden Abgrenzung psychosozialer Belastungsfaktoren und mit der Ausrichtung der Psychiaterin am biopsychosozialen Krankheitsmodell (Urk. 11/119/20-21). 4.2.6

Aus interdisziplinärer Sicht hielten Dr. D.____ und Dr. E.____ fest, dem Beschwerdeführer sei eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Diese Beurteilung gelte seit Oktober 2012 (Urk. 11/119/24). RAD-Arzt Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, empfahl am 17. Oktober 2015, auf das erstellte Gutachten abzustellen (Urk. 11/131/3-4), und hielt am 15. Februar 2016 an dieser Auffassung fest (Urk. 11/131/6). 4.2.7

Dr. F.____ äusserte sich am 19. Januar 2016 zum Gutachten der Dres. D.____ und E.____. Dabei hielt er fest, die Medikamentenkonzentrationen im Blut liessen auf eine verlässliche Medikamenteneinnahme schliessen. Zudem führte er aus, das Verschwinden des intermittierenden Schmerzstöhnens bei Ablenkung entspreche einem psychiatrischen Normalbefund und stelle keinen Marker für eine Aggravation oder Simulation dar (Urk. 3/7 S. 9). Bezüglich der im Gutachten angeführten invaliditätsfremden Faktoren, welche eine Wiedereingliederung erschweren würden, merkte er an, der Migrationshintergrund bringe per se keine Erschwerung der Wiedereingliederung mit sich (Urk. 3/7 S. 10). Das psychiatrische Teilgutachten betreffend führte Dr. F.____ aus, bei der Durchsicht der Anamneseerhebung hätten sich zahlreiche Fragen ergeben. Der psychiatrische Untersuchungsbefund sei relativ kurz und cursorisch gehalten und mit Elementen der Erhebung von Fähigkeiten der Aktivität sowie der Partizipation vermischt worden. Die Hinweise auf eine narzisstisch-histrionische Persönlichkeitsakzentuierung seien nicht näher ausgeführt worden und die Bezeichnung „infantile Persönlichkeitsanteile“ entspreche keiner gängigen Diagnostik. Hinzu komme, dass ohne spezifische Persönlichkeitsdiagnostik und ohne das Einholen von Fremdauskünften nach einmaligem gutachterlichen Kontakt unter erschwerten Bedingungen aufgrund der indirekten Kontaktaufnahme via Dolmetscher keine Aussage zur Persönlichkeitsstruktur sowie zur sozialen Kompetenz des Beschwerdeführers gemacht werden könne (Urk. 3/7 S. 11). Die Angabe des Beschwerdeführers, dass er nicht wisse, welche Arbeit für ihn geeignet sei, stehe im Widerspruch zur gutachterlichen Feststellung einer fehlenden Motivation zur beruflichen Wiedereingliederung (Urk. 3/7 S. 12). Ferner beanstandete Dr. F.____ die durch Dr. E.____ vorgenommene Gesamtbeurteilung und Prognose im Detail, wobei er die Diagnostik nur teilweise nachvollziehen konnte und unter anderem eine unzureichende Untersuchung der Persönlichkeitsmerkmale respektive das Fehlen einer fundierten Persönlichkeitsdiagnostik monierte. Zudem warf er Dr. E.____ vor, tendenziöse Aussagen gemacht zu haben (Urk. 3/7 S. 12-15). Auch zum Rest des Gutachtens nahm er kritisch Stellung (Urk. 3/7 S. 15). In seiner Gesamtbeurteilung fasste er zusammen, die medizinische Aktenlage vor Erstellung des bidisziplinären Gutachtens habe den eingetretenen Gesundheitsschaden mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in

ausreichendem und nachvollziehbarem Masse objektiviert. Namentlich bezüglich des vorhandenen Aktivitätsniveaus im Alltag seien die Fragen nicht umfassend beantwortet worden im Gutachten. Das Gutachten basiere auch nicht auf allseitigen Untersuchungen, nachdem für die Erhebung des Grades der depressiven Auslenkung keine Depressionsskala verwendet worden sei, die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ohne Zuhilfenahme eines geeigneten Screening-Instruments postuliert worden sei und eine Persönlichkeitsdiagnostik sowie eine adäquate Beurteilung einer allfälligen Suchterkrankung gänzlich fehle. Des Weiteren habe sich der Gutachter nicht fundiert mit den offensichtlich widersprüchlichen Vorbefunden betreffend die Arbeitsfähigkeit auseinandergesetzt (Urk. 3/7 S. 16). Die durch Dr. E.____ erfolgte Beurteilung sei nach dem Gesagten nicht nachvollziehbar (Urk. 3/7 S. 17). 5. 5.1

Zu prüfen ist vorerst, ob es zwischen dem 2. August 2011 und der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2016 überhaupt zu einer relevanten Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse gekommen ist.

Dr. A.____ gab in seinem Bericht vom 8. März 2012 zwar an, der Beschwerdeführer habe über eine Verstärkung der Beschwerden berichtet, jedoch habe die erneute MRI-Untersuchung unveränderte Befunde gezeigt. Er erachtete die Situation als seit 2009 stabil (E. 4.2.1 vorstehend). Ebenso wenig lassen sich den Berichten von Dr. J.____ (Urk. 11/115/98-101) Hinweise auf eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands entnehmen (vgl. vorstehende E. 4.2.2).

Den somatischen Bereich betreffend beschrieben die Ärzte des C.____ eine Beschwerdezunahme im Vergleich zu 2009 (Zeitpunkt der Entfernung des Osteosynthesematerials; 11/55/6 und Urk. 11/85/1), eine subjektive Verminderung der Geh- und Leistungsfähigkeit sowie eine klinische Verschlechterung (E. 4.2.3 vorstehend). Objektive Befunde, welche eine Verschlechterung dokumentieren würden, führten sie indes nicht an.

Laut Dr. D.____ liegt somatisch gar eine Verbesserung des Gesundheitszustands vor, weil im Oktober 2012 keine chronische lumbale Radikulopathie mehr nachweisbar gewesen sei (Urk. 11/115/83). Eine Verbesserung des Gesundheitszustands ist von vornherein nicht geeignet, den Rentenanspruch zu berühren, da beim bisherigen gänzlichen Fehlen eines Rentenanspruchs nur eine Verschlechterung den Rentenanspruch tangieren kann. Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands sind ihrem Gutachten nicht zu entnehmen. Insgesamt ist somit trotz umfassender Abklärungen inklusive Begutachtung aus somatischer Sicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen. 5.2

5.2.1

Psychiaterin und Psychologin des C.____ diagnostizierten eine gegenwärtig mittelgradig ausgeprägte rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.11; Urk. 11/92/6), sowie in einem anderen Bericht zusätzlich eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; Urk. 11/91/1, Urk. 11/91/5), wohingegen im Vergleichszeitpunkt noch keine psychischen Beschwerden dokumentiert waren.

Dr. E.____ diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Kombination mit einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (Urk. 11/119/18). Die ebenfalls genannten akzentuierten

Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) vermögen keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015, E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012, E. 3.1).

Die von Dr. E.____ vorgenommene Einstufung als leicht ausgeprägte depressive Störung überzeugt vor dem Hintergrund der erhobenen Befunde mit leicht bedrückter Grundstimmung, allenfalls leicht verminderter emotionaler Resonanzfähigkeit, allenfalls leicht vermindertem Antrieb, zeitweiliger psychomotorischer Anspannung, kognitiven Fähigkeiten im unteren Normbereich, jedoch ohne Hinweise auf relevante Gedächtnisstörungen oder Defizite der Merkfähigkeit, ohne akute Suizidalität, bei einem allenfalls geringen sozialen Rückzug, einem leicht verminderten Selbstwertschätzen, gewissen Selbstzweifeln, geringen Versagensängsten (Urk. 11/119/10), gelegentlichen leichten Schlafstörungen, leichten Konzentrationsstörungen und leicht verminderter Ausdauer (Urk. 11/119/12). Rechtsprechungsgemäss fehlt es der vorliegenden psychischen Beeinträchtigung - solange therapeutisch angehebbar - bereits diagnosebedingt an einem hinreichenden Schweregrad, um als invalidisierender Gesundheitsschaden zu gelten. Grundsätzlich können einzig schwere psychische Störungen invalidisierend sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_753/2016 vom 17. Mai 2017 E. 4.4).

Dr. E.____ gab an, es sei ein Behandlungserfolg ausgewiesen. Denn die von der behandelnden Psychiaterin im März 2014 beschriebene mittelgradige depressive Episode habe sich bis zur aktuellen Untersuchung im August 2015 deutlich gebessert. Es bestehe nur noch eine leichte depressive Symptomatik (Urk. 11/119/15). Eine weitere Besserungstendenz sei bei zumutbarer Wahrnehmung einer adäquaten und konsequenten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und einer Optimierung der Psychopharmakotherapie kurzfristig anzunehmen (Urk. 11/119/16). Er empfahl ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen in der Psychotherapie mit klaren Zielvereinbarungen, dem Aufbau von weiteren Strategien zur Stressbewältigung und dem Abbau von innerer Anspannung, der Förderung der Entspannungsfähigkeit und Übungen zur Verbesserung der sozialen Kompetenzen, insbesondere auch Verbesserung der Interaktions- und Konfliktfähigkeit (Urk. 11/119/17). Hinzu kommt, dass mit nur einer Konsultation pro Monat bei der behandelnden Psychologin (Urk. 11/92/2, Urk. 11/119/8) ohnehin nicht von einer ausreichend konsequenten Therapie gesprochen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013, E. 4.1). Nach dem Gesagten hat sich die depressive Symptomatik bislang nicht als therapieresistent erwiesen.

Die zur Beurteilung der invalidisierenden Wirkung der somatoformen Schmerzstörung heranzuziehenden Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Unter dem Aspekt „funktioneller Schweregrad“ ist in Betracht zu ziehen, dass die von Dr. E.____ erhobenen diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht besonders ausgeprägt erscheinen. Die somatoforme Schmerzstörung diagnostizierte er aufgrund der

vom Beschwerdeführer subjektiv beklagten Schmerzen, welche sich physiologisch oder somatisch nicht ausreichend erklären liessen (Urk. 11/119/12). Eine Gesundheitsschädigung aus rein psychiatrischer Sicht verneinte er (Urk. 11/119/15) respektive verneinte er die ausreichende Schwere der psychiatrischen Symptomatik (Urk. 11/119/17). Dies ist nachvollziehbar bei der während der fast dreistündigen Exploration nicht eindeutig zu beobachten den Schmerzsymptomatik, wobei der Beschwerdeführer die meiste Zeit ruhig auf seinem Stuhl sass ohne inspektorisch erkennbare Zeichen von Schmerzen oder von einer Zunahme körperlicher Beschwerden im Verlauf (Urk. 11/119/11). Dass das C.____ die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung in seinem Bericht vom 18. März 2014 nicht mehr nannte (Urk. 11/92/6), korreliert ebenfalls mit der Annahme, dass die Diagnosekriterien zuvor nur knapp erfüllt waren. Einen Behandlungserfolg bejahte Dr. E.____ bei zurückgegangener depressiver Symptomatik (Urk. 11/119/15), was plausibel ist. Ferner liess sich die nur einmal pro Monat durchgeführte Psychotherapie (Urk. 11/92/2, Urk. 11/119/8) noch wesentlich intensivieren. Dass laut Dr. E.____ noch längst nicht alle therapeutischen Optionen ausgeschöpft sind (Urk. 11/119/16), lässt sich vor diesem Hintergrund nachvollziehen. Eine Persönlichkeitsstörung, welche sich negativ auf die persönlichen Ressourcen auswirken würde, wurde von keinem der involvierten Ärzte diagnostiziert. Die komplexen Ich-Funktionen sind ebenfalls nicht massgeblich eingeschränkt (Urk. 11/119/16). Bezüglich des sozialen Kontextes ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer fast täglich Spaziergänge unternimmt, dass er regelmässigen Kontakt zu seiner Ehefrau und zu seinen Kindern pflegt, dass Besuche bei Freunden und Besuche von einem Cousin und einer Schwester stattfinden, dass er die Sommerferien 2014 in Portugal verbrachte, zusammen mit seiner Frau einkaufen geht und namentlich im Haushalt die volle Unterstützung durch seine Ehefrau geniesst. Den Verlust der beruflichen Kontakte führte Dr. E.____ überzeugend auf den Austritt aus dem Arbeitsleben zurück (Urk. 11/115/73, Urk. 11/115/91, Urk. 11/119/7-9, Urk. 11/119/16). Ein soziales Netzwerk ist nach dem Gesagten dennoch vorhanden.

Zur Kategorie „Konsistenz“ ist zu bemerken, dass sich der Beschwerdeführer nicht mehr als arbeitsfähig einschätzt, was sich anhand der medizinischen Befunde aber nicht bestätigen liess. Er erhält einen sekundären Krankheitsgewinn aufgrund der Unterstützung durch die Ehefrau (Urk. 7/119/15, Urk. 11/119/17, Urk. 11/119/20) und zeigte bei den somatischen Untersuchungen Tendenzen zur Aggravation. So erwiesen sich die angegebene Schonung des rechten Beins bei fehlender Atrophie der Muskulatur sowie der mitgeteilte und demonstrierte Stockeinsatz zur Entlastung mangels Gebrauchsspuren an den Händen nicht als plausibel. Ferner weist die erhöhte Muskelmasse entgegen seinen Angaben auf eine erhaltene körperliche Aktivität hin (Urk. 11/115/83, Urk. 11/115/91, Urk. 11/119/20). Ein hoher Leidensdruck ist bei der tiefen Psychotherapiefrequenz ebenfalls nicht ausgewiesen (Urk. 11/119/17). Hinzu kommt, dass Dr. D.____ mittels Medikamenten-Analyse im Blut den Wirkstoff Trazodon des Medikaments Trittico nur unter dem therapeutischen Bereich nachweisen konnte (Urk. 11/115/80). Ein früherer Medikamentenspiegel bezüglich Metamizol (Novalgin) hatte laut dem C.____-Bericht vom 11. September 2013 gar einen deutlich unter dem Referenzbereich liegenden Wert ergeben (Urk. 11/85/5).

Gesamthaft betrachtet ist vor diesem Hintergrund

die Beurteilung durch Dr. E.____ schlüssig, wonach der somatoformen Schmerzstörung kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukommt. Demnach liegt auch im psychiatrischen

Fachgebiet keine rentenrelevante Verschlechterung vor, weshalb die Abweisung des erneuten Leistungsbegehrens nicht zu beanstanden ist. Daran ändert die Kritik von Dr. F.____ (vgl. Urk. 3/7) nichts. Diese erschöpft sich in diversen Beanstandungen bezüglich der Darlegungen von Dr. E.____ ohne jedoch zu eigenen und begründeten Schlussfolgerungen zu gelangen. Darauf ist nicht abzustellen. Folglich ist die Beschwerde abzuweisen, soweit auf sie eingetreten wird. 6.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Reinhardt - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigWidmer

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