

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00609 vom 21. Dezember 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00609](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00609)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00609 du 21 décembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00609 del 21 dicembre 2016

## **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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invaliden versicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **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 herzustellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu

bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 1. 4

#### 1.4.1

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neu anmeldung 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 erfolgt ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 1.4.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, 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. 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. 1.3.1**

Ab dem 12. Juni 2013 arbeitete der Versicherte, vermittelt durch die A.\_\_\_\_ GmbH, temporär als Kranführer. Am 14. August 2013 zog sich der Versicherte bei einer Verkehrskollision erneut eine HWS-Distorsion zu (Urk. 7/100/44, Urk. 7/100/160, Urk. 7/100/220). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Urk. 7/135/6). Am 10. Dezember 2013 wurde in der Rehaklinik B.\_\_\_\_ ein ambulantes Assessment durchgeführt (Bericht vom 16. Dezember 2013; Urk. 7/100/160-169). Ab dem 17. Januar 2014 begab sich der Versicherte in psychiatrische Behandlung im Psychia

triezentrum C.\_\_\_\_ (Bericht vom 19. Mai 2014, Urk. 7/100/86). Am 13. Oktober 2014 trat der Versicherte die ambulante psychiatrische Behandlung in der Tagesklinik des Psychiatriezentrums D.\_\_\_\_ an (Urk. 7/106/3, Urk. 7/109/6).

### **E. 1.3.2**

Am 29. September 2014 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/97). Die IV-Stelle nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Am 24. Februar 2015 wurde beim Versicherten eine Gallenblasenoperation durchgeführt (Urk. 7/114/3, Urk. 7/121/4, Urk. 7/121/9). Vom 28. Juli bis 7. September 2015 wurde der Versicherte in der RehaClinic E.\_\_\_\_ interdisziplinär behandelt (Austrittsbericht vom 10. September 2015, Urk. 7/121/3-14). Im Anschluss daran, vom 21. September bis 16. Oktober 2015, wurde im Auftrag der IV-Stelle in der Eingliederungsfachstelle J.\_\_\_\_ die Eingliederungsfähigkeit des Versicherten abgeklärt, welche gemäss dem Schlussbericht vom 4. November 2015 verneint wurde (Urk. 7/125/1).

### **E. 1.3.3**

Die Suva stellte die bisherigen gesetzlichen Versicherungsleistungen gestützt auf die psychiatrische Aktenbeurteilung vom 23. Dezember 2015 durch den Konsiliarpsychiater der Suva, Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wonach von weiteren Therapien keine erhebliche Verbesserung der psychischen Gesundheit zu erwarten sei (Urk. 7/135/8/20), mit Verfügung vom 15. Januar 2016 wegen fehlender adäquat kausaler Unfallfolgen per 31. Januar 2016 ein (Urk. 7/135/6-7).

Mit Vorbescheid vom 18. Februar 2016 kündigte die IV-Stelle gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 19. Januar 2016 (Urk. 7/136/5-6) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels relevanter gesundheitlicher Veränderungen seit der leistungsabweisenden Verfügung vom 8. Februar 2010 an (Urk. 7/137). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 29. Februar 2016 Einwände (Urk. 7/139). Mit Verfügung vom 13. Mai 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie angekündigt ab (Urk. 2).

### **E. 1.4**

.3

Im Rahmen einer materiellen Revision (Art. 17 ATSG) ist die Verwaltung verpflichtet, das neue Leistungsbegehren in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig, das heisst nicht nur mit Bezug auf jenes Sachverhaltssegment, in welchem eine Änderung glaubhaft gemacht worden ist, zu prüfen. Dementsprechend ist das Sozialversicherungsgericht befugt (und verpflichtet), bei Bedarf Teilaspekte des Rechtsverhältnisses von Amtes wegen aufzugreifen, selbst wenn diese bereits in der früheren rechtskräftigen Verfügung beurteilt wurden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_813/2008 vom 8. April 2009 E. 4.1 und 9C\_206/2010 vom 8. Oktober 2010 E. 3.1 je mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

Die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung sind rechtsprechungsgemäss wie folgt verteilt: Sache des (begeachteten) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe,

wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C\_437/2012 vom 6. November 2012 E. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hin gegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Viel mehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4). Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_545/2012 vom 25. Januar 2013 E. 3.2.1, nicht publ. in: BGE 139 V 28; zum Ganzen: BGE 140 V 193 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). 2.

## **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 26. Mai 2016 Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung vom 13. Mai 2016 aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, um den medizinischen Sachverhalt korrekt zu erheben (Gutachten; Urk. 2 S. 2). Mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer den Bericht des Psychiatriezentrums C.\_\_\_\_ vom 26. April 2016 ein (Urk. 3/7). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 1. Juli 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Dies wurde dem Beschwerdeführer vom Gericht mit Verfügung vom 4. Juli 2016 zur Kenntnis gebracht mit dem Hinweis auf die Mitteilung des schriftlichen Endentscheides zu gegebener Zeit vorbehältlich weiterer Verfahrensschritte (Urk. 8). Mit Eingabe vom 19. Juli 2016 beantragte der Beschwerdeführer eine mündliche Verhandlung (Urk. 9).

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

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, aufgrund der Unterlagen der Suva sei darauf zu schliessen, dass betreffend die körperlichen Beschwerden seit der Verfügung vom 8. Februar 2010 keine richtungswise Veränderung eingetreten sei. Gemäss der von der Suva in Auftrag gegebenen psychiatrischen Beurteilung sei eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Eine solche Diagnose stelle definitionsgemäss keine langdauernde, schwere Erkrankung mit erheblicher und dauerhafter Einschränkung der bisherigen Tätigkeit beziehungsweise keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden dar, welche IV-Leistungen auszulösen vermöchte. Dem Bericht der Rehaklinik B.\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2013 sei zudem zu entnehmen, dass eine erhebliche Symptorausweitung, ein auffälliges Schmerzgebahren und mehrere Inkonsistenzen beschrieben worden seien. Auch habe es Hinweise auf nicht IV-relevante psychosoziale Faktoren, so finanzielle Probleme aufgrund wiederholter Arbeitslosigkeit bereits vor dem Unfall, die Arbeitsunfähigkeit der Ehefrau seit Anfang 2013 und die problematische Kommunikation innerhalb der Familie gegeben. Es sei daher insgesamt von einer unveränderten IV-relevanten Situation auszugehen. Eine richtungweisende und dauerhaft veränderte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit sei nicht ausgewiesen

(Urk. 2 S. 1 f.).

## **E. 2.2**

Der

Beschwerdeführer

wendet dagegen ein, die Beschwerdegegnerin habe ohne weitere Abklärungen und ohne die aktuellen Berichte des Hausarztes Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, der I.\_\_\_\_ AG und der J.\_\_\_\_ Abklärungsstelle zu würdigen allein mit Verweis auf den Bericht der Rehaklinik B.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2013 verfügt. Dieser Bericht liege indes lange zurück und könne nicht als Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes im massgebenden Zeitpunkt der Verfügung vom 13. Mai 2016 dienen. Es sei daher entweder ein interdisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben oder auf die psychiatrischen Ausführungen, wonach sich erst in Folge des erlittenen schweren Autounfalls (vom 14. August 2013) eine depressive Symptomatik mit Einschränkungen entwickelt habe, und auf die Beurteilung der J.\_\_\_\_, welche eine Eingliederungsfähigkeit aufgrund der bestehenden Beschwerden verneint habe, abzustellen (Urk. 1 S. 4 f.).

## **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 29. September 2014 (Urk. 7/97) eingetreten. Das Gericht hat daher in materiell-rechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob und inwiefern der Sachverhalt, welcher der Verfügung vom 8. Februar 2010 (Urk. 7/88) zugrunde gelegen hatte, sich seither bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Mai 2016 in leistungsbegründendem Ausmass verändert hat. Die angefochtene Verfügung bildet da bei rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbeugnis (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis).

In Anwendung von Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG ist die Auszahlung einer allfälligen Rente frühestens sechs Monate nach der Neuanmeldung, mithin ab dem 1. März 2015 möglich. 3. 3.1

### **3.1.1**

In der Verfügung vom 8. Februar 2010 ging die IV-Stelle davon aus, dass dem Beschwerdeführer (nach dem Unfall vom 3. Juni 2005, Urk. 7/75/210) bereits ab dem Austritt aus der Rehaklinik B.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2005 eine leidensangepasste Tätigkeit in einem 100%igen Pensum zumutbar gewesen sei. Ab dem 14. August 2006 habe auch in der angestammten Erwerbstätigkeit als Kranführer wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 7/88/2). Dabei stützte sich die IV-Stelle aufgrund der Empfehlung von Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, vom 29. September 2009 vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) auf die Berichte der Rehaklinik B.\_\_\_\_ vom 29. Juli 2005 (Austrittsbericht, Urk. 7/75/164-169), vom 29. März 2006 (ambulantes neurologisches Konsilium, Urk. 7/54) und vom 31. März 2006 (ambulanter psychiatrischer Abklärungsbericht, Urk. 7/55) sowie von Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin, vom 17. August 2009 (Urk. 7/79; vgl. Feststellungsblatt vom 2. Dezember 2009, Urk. 7/83/6-8).

Gemäss dem Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik B.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2005 wurden die Diagnosen eines Status nach Autounfall vom 3. Juni 2005 (Heckauffahrunfall als Fahrer) mit HWS-Distorsion mit/bei medio-rechtslateraler Diskushernie C5/6, Osteochondrose und medio-bilateraler Protrusion C6/7 und eines lumbospondylogenen Syndroms links mit/bei Osteochondrose L4/5, medio-bilateraler Diskusprotrusion L4/5 und medio-linkslateraler Protrusion L5/S1 sowie Status nach anamnestisch Schulteroperation rechts im Jahr 2003 gestellt. Für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik hätten keine Hinweise bestanden. Bei Austritt habe noch eine schmerzbedingte verminderte Belastbarkeit der Halswirbelsäule bei nur leicht eingeschränkter Funktion und klinisch unauffälligem lokalem Weichteilbefund bestanden. Zusätzlich habe eine schmerzbedingte verminderte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule bei nicht eingeschränkter Funktion und klinisch unauffälligem lokalem Weichteilbefund vorgelegen. Die Schulterfunktion sei nach der Schulteroperation im Jahr 2003 nicht wesentlich eingeschränkt. Während der Hospitalisation habe der Versicherte eine deutliche Selbstlimitierung und Symptomausweitung gezeigt. Aufgrund der unfallbedingten Restbeschwerden bestehe medizinisch-theoretisch keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Die zum Zeitpunkt des Unfalls bestehende Arbeitsunfähigkeit von anamnestisch 50 % bezüglich der Schulter müsse ebenfalls revidiert werden. Medizinisch-theoretisch seien dem Patienten schulterangepasste Tätigkeiten, das heisse keine ausdauernden Überkopfarbeiten, zumutbar (Urk. 7/75/164-165).

Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte in seinem Bericht über das ambulante neurologische Konsilium für die Rehaklinik B.\_\_\_\_ vom 29. März 2006 aus, bei der vor

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 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. 10**

Monaten durchgemachten Auffahrkollision sei es sicher zu einer HWS-Distorsion gekommen, hingegen gebe es gar keine verwertbaren Anhalte für eine allenfalls durchgemachte leichte traumatische Hirnverletzung oder eine ähnliche Verletzung. Die geklagten Beschwerden des Patienten bezögen sich auf die weiterhin sicher beeinträchtigte HWS-Beweglichkeit. Neurologisch finde sich einzig eine Asymmetrie im Gleichgewichtssystem mit leichter Beeinträchtigung, wie sie bei hier sicher noch vorhandenen Distorsionsresten im HWS-Bereich mit deutlicher Druckdolenz nicht so selten gefunden werde. Allerdings seien mehrere angegebene Probleme, namentlich beim Einbeinhüpfen oder mit dem Bewegungssehen, mit einem Fragezeichen mangels konsistenter Angaben zu versehen (Urk. 7/54).

Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, konnte anlässlich der ambulanten psychiatrischen Abklärung für die Rehaklinik B.\_\_\_\_ vom 29. März 2006 keine psychische Störung von Krankheitswert diagnostizieren; er hielt dafür, dass lediglich eine leichtere, nicht krankheitswertige Somatisierungstendenz (Oberbauchbeschwerden und verstärkte Kopfschmerzen unter Stress) festzustellen sei, welche allenfalls als ICD-10: F45.1 zu codieren sei. Im Vordergrund stehe eine gewisse psychische Labilisierung mit somatoformer Komponente, vorwiegend infolge einer sozialen Problematik (Geldknappheit, Differenzen zu Hause, Schlafstörungen; Urk. 10/55).

Dr. L.\_\_\_\_ stellte gemäss ihrem Bericht vom 17. August 2009 die Diagnosen eines chronischen cervicoradikulären Reizsyndroms C6/7 links bei Diskushernie C5/6, bilateraler Protrusion C6/7, Spondylarthrose mit Neuroforamenstenose C4/5 links und eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms links bei Osteochondrose L4/5, bilateraler Diskusprotrusion L4/5, mediolinkslateraler Protrusion L5/S1 sowie einer chronischen Periarthropathia humeroscapularis (PHS) rechts bei Rotatorenmanschettenruptur links bei Status nach Schulterarthroskopie mit Tenotomie und Tenodesen der langen Bizepssehne im Jahr 2003 (Urk. 7/79/1). Der Beschwerdeführer sei ab dem 14. August 2006 als Kranführer wieder zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/79/5).

Von diesem medizinischen Hintergrund ist als Vergleichsbasis auszugehen. 3.2 3.2.1

Mit der Neuanmeldung vom 29. September 2014 wurden die Beschwerden zufolge des neuen Unfalls vom 14. August 2013 geltend gemacht (Urk. 7/97/5). Der Beschwerdeführer hatte beim Unfall, bei dem er als Fahrer eines PW nach abrupter Bremsung mit einem vor ihm abbiegenden LKW frontal kollidiert war (Urk. 7/100/191), erneut eine HWS-Distorsion erlitten (vgl. Bericht von med. pract. O.\_\_\_\_ vom 21. August 2013, Urk. 7/100/209). Der Beschwerdeführer arbeitete nach dem Unfall noch ein paar Stunden als Kranführer. Hernach klagte er über Nacken-, Kopf- und beidseitige Schulterbeschwerden, Schwindel, Übelkeit und Schlafstörungen (Urk. 7/100/165, Urk. 7/100/188, Urk. 7/100/209) sowie im Verlauf ausser dem über Kraftlosigkeit in den Armen, verstärkte Lumbalgien, Magenbeschwerden, Vergesslichkeit und psychische Beschwerden (Urk. 7/100/86, Urk. 7/100/91-92, Urk. 7/100/162, Urk. 7/100/165, Urk. 7/114/2-3).

Die bildgebende Abklärung mittels Magnetresonanztomographie (MRT) ergab keine signifikante Änderung zu einem MRT vom 7. April 2010 und kein Nachweis einer traumatischen Läsion (Urk. 7/100/103-204). Auch die am 23. Juli 2014 durch den medizinischen Dienst der Suva durchgeführte otoneurologische Untersuchung ergab unauffällige Befunde (Bericht vom 25. Juli 2014; Urk. 7/100/41-45).

Im Bericht vom 16. Dezember 2013 der Rehaklinik B.\_\_\_\_, wo am 10. Dezember 2013 zuhanden der Unfallversicherung ein ambulantes Assessment durchgeführt worden war (Urk. 7/100/160-169), wurde festgehalten, dass eine erhebliche Symptomausweitung und Selbstlimitierung festgestellt worden sei. Es werde daher empfohlen, bei der Interpretation der Befunde die empfohlene psychiatrische Abklärung zu berücksichtigen. Es werde Physiotherapie mit Heimprogramm, eine psychologische Konsiliaruntersuchung und wegen Rezidivieren der Magenbeschwerden eine gastroenterologische Untersuchung empfohlen. Es sei dann von einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 7/100/163-164, Urk. 7/100/169).

Die Ärzte des Psychiatriezentrums

C.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer ab dem 17. Januar 2014 regelmässig einzeltherapeutisch behandelt wurde, diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10); Berichte vom 19. Mai 2014, Urk. 7/100/86, vom 14. Oktober 2014, Urk. 7/106/3-4).

Die Ärzte der Tagesklinik des Psychiatriezentrums D.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer ab dem

### **E. 13**

Oktober 2014 zusätzlich an wöchentlichen Gruppensitzungen teilnahm (Urk. 7/109/6), diagnostizierten sodann eine länger dauernde depressive Episode mittel- bis schwergradig (ICD-10 F32.11) bei Status nach Schleudertrauma und psychosozialen Belastungen (Urk. 7/109/6).

Nach der endoskopischen Cholezystektomie im Februar 2015 persistierten gemäss dem Austrittsbericht der RehaClinic E.\_\_\_\_ vom 10. September 2015 erhebliche Beschwerden (Urk. 7/121/9).

Laut diesem Bericht der RehaClinic E.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer vom 28. Juli bis 7. September 2015 interdisziplinär behandelt worden war, wurde ausserdem die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) gestellt (Urk. 7/121/3). Bei Austritt habe ein unveränderter Zustand bestanden (Urk. 7/121/8). Es sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Dauer des Klinikaufenthaltes und bis zum 11. September 2015 attestiert worden. Anschliessend sei ein Wiedereinstieg geplant mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ab dem 14. September 2015 (Urk. 7/121/3-6).

Die Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers wurde von der Abklärungsstelle J.\_\_\_\_ gemäss dem Schlussbericht vom 4. November 2015 nach der Abklärung vom 21. September bis 16. Oktober 2015 mit der Begründung verneint, die Leistungsfähigkeit sei aufgrund der angegebenen Schmerzen und der auftretenden Übelkeit beschränkt. Die Belastbarkeit und Leistung sei derzeit für den ersten Arbeitsmarkt ungenügend (Urk. 7/125/7). Der Versicherte habe über Schmerzen im Rücken und Übelkeit berichtet, worunter das Produktions tempo stark leide, er müsse alle 10 Minuten eine Pause, einen Spaziergang oder einen Arbeitswechsel machen. Bei längerem Konzentrieren und/oder falscher Körperhaltung sei Schwindel aufgetreten. Der Einsatz in maschinenbetriebenen Tätigkeiten sei daher zu gefährlich (Urk. 7/125/2).

Dr. L.\_\_\_\_ attestierte im Bericht vom 24. November 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 19. August 2013 bis 6. September 2015 und eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, rückschonenden Tätigkeit ab dem 7. September 2015. Seit dem Unfall vom 14. August 2013 würden permanente Schmerzen im Nacken-Schultergürtelbereich mit Ausstrahlungen in beide Arme, linksbetont, sowie Dysästhesien und Parästhesien C7 links, vermehrte Kopfschmerzen, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit sowie eine depressive Entwicklung bestehen. Dazu würden rezidivierende lumbosacrale Schmerzen mit Blockierungen der LWS auftreten. Die HWS-Beweglichkeit sei stark eingeschränkt und die distalen-lumbalen Segmente seien blockiert. Die rechte Schulter sei subakromial druckdolent und endgradig eingeschränkt (Urk. 7/131/2-3).

Die behandelnde Ärztin des Psychiatriezentrums C.\_\_\_\_ berichtete im Bericht vom 15. Dezember 2015 sodann von einem stagnierenden psychischen Befinden. Der Beschwerdeführer fühle sich in einer Abwärtsspirale gefangen. Es sei (weiterhin) die

Diagnose einer chronifizierten depressiven Störung, mittelgradige Ausprägung, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) infolge eines kranio-zervikalen Beschleunigungstrauma-Syndroms zu stellen. Es sei derzeit nicht abschätzbar, ob er auf dem ersten Arbeitsmarkt reintegrierbar sei, nachdem die Arbeitserprobung im J. \_\_\_ bis auf Weiteres eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ergeben habe. Zunächst sollte eine Arbeitsfähigkeit in einem gestützten Rahmen erreicht werden (Urk. 7/133/2-6).

Dem Bericht vom 26. April 2016 des Psychiatricentrum C. \_\_\_ schliesslich ist zu entnehmen, dass die depressive Symptomatik in unverändert mittelgradiger Ausprägung trotz andauernder Therapie persistierte (Urk. 3/7). 3.2.2

Damit liegen im Vergleich zum Gesundheitszustand bei Erlass der Verfügung vom 8. Februar 2010 (Urk. 7/88) sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht neue Beschwerdebilder vor, und zwar zum einen eine Verstärkung des typischen Beschwerdebildes nach einer neuen HWS-Distorsion vom 14. August 2013 und Unterleibsbeschwerden mit einer Gallenblasenoperation im Februar 2015, zum anderen eine neu aufgetretene, über zwei Jahre anhaltende depressive Symptomatik. Auch wurde von den behandelnden Ärzten eine Arbeitsunfähigkeit von über einem Jahr und jeweils über 40 % attestiert, so dass eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes und die Begründung eines Anspruchs auf eine Rente mit Blick auf Art. 28 Abs. 1 IVG im hier massgeblichen Überprüfungszeitraum vom 14. August 2013 bis 13. Mai 2016 entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden kann, wie sich auch aus dem Folgenden ergibt. 3.3 3.3.1

Denn bei der - wie hier gestellten - Diagnose einer unfalladäquaten HWS-Distorsion [Schleudertrauma] ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle handelt es sich rechtsprechungsgemäss (BGE 136 V 279) um ein pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromales Beschwerdebild (vgl. Aufzählung in: BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3), das unter Berücksichtigung des mit dem Leitentscheid BGE 141 V 281 (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015) präzisierten strukturierten, normativen Prüfungsrasters zu beurteilen ist. Eine solche Beurteilung liegt indes nicht vor.

Hierbei sind die funktionellen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens mit einem Katalog von sogenannten Standardindikatoren vermehrt zu gewichten, wobei den Umständen des Einzelfalls Rechnung zu tragen ist (BGE 141 V 281 E. 4). Das Prüfungsraster gestaltet sich wie folgt: Unter die Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) fällt der Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) mit der Frage nach der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1), dem Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder der Behandlungsresistenz (E. 4.3.1.2) und den Komorbiditäten (E. 4.3.1.3), ausser dem der Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) und der Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3). Unter der Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) ist die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und der behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesene Leidensdruck (E. 4.4.2) relevant. 3.3.2

Zwar kann nach BGE 141 V 281 eine solche Diagnose überhaupt nur dann zur Feststellung einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung führen, wenn sie auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49

standhält (BGE 141 V 281 E. 2.2) . Ein solcher Ausschlussgrund liegt, soweit die aktuelle Aktenlage diesbezüglich eine Beurteilung zulässt, jedoch trotz der im Bericht der Rehaklinik B.\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2013 erwähnten Symptomausweitung und schlechten Leistungsperformance nicht vor. Denn auch die Ärzte der Rehaklinik B.\_\_\_\_ empfahlen diesbezüglich das Einholen eines psychiatrischen Konsiliums (Urk. 7/100/161, Urk. 7/100/163). Die Selbstlimitierung ist damit nicht ohne Weiteres einer Aggravation oder einer ähnlichen, wie in BGE 141 V 281 E. 2.2.1 beschriebenen Erscheinung zuzuschreiben, sondern kann ganz oder teilweise psychisch bedingt sein. Dies gilt umso mehr, als sich in den übrigen Akten keine Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Aggravation finden und blosses verdeutlichendes Verhalten nicht per se auf Aggravation hinweist (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1 a. E.). Soweit die betreffenden Anzeichen zudem neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2) .

#### 3.4.3.4.1

Auch in Bezug auf die depressive Symptomatik kann entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht ohne Weiteres auf deren Überwindbarkeit und Therapiefähigkeit geschlossen werden.

Nach der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung fallen die leicht bis mittelgradigen depressiven Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind. Nur in dieser - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahr scheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinn konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (BGE 140 V 193 E. 3.3; 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis ; zum Ganzen: Urteil e des Bundesgerichts 9C\_901/2015 vom 8. Juli 2016 E. 3.2 und 9C\_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1, je mit weiteren Hinweisen ). 3.4.2

Hier wurde zwar in den meisten Berichten der behandelnden Ärzte die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode festgehalten, im Bericht der Tagesklinik des Psychiatriezentrums D.\_\_\_\_ vom 4. November 2014 aber auch die Diagnose einer länger dauernden depressiven Episode mittel- bis schwergradig (ICD-10 F32.11) bei Status nach Schleudertrauma und psychosozialen Belastungen (Urk. 7/109/6).

Es ist nicht nur eine depressive Symptomatik ausgewiesen, sondern es liegen ausserdem die typischen Beschwerden im Kopf- und Nackenbereich mit vegetativen Beschwerden nach wiederholten HWS-Distorsionen vor und die depressive Symptomatik ist in diesem Zusammenhang zu sehen . Ausserdem kann nicht ohne Weiteres darauf geschlossen werden, der Beschwerdeführer habe sich keiner konsequenten und/oder genügenden Therapie unterzogen. Denn der Beschwerdeführer begab sich ab Anfang Januar 2014 in eine regelmässige psychiatrische Behandlung mit therapeutischen Einzel- und Gruppensitzungen sowie pharmakologischer Behandlung (Urk. 7/106/3-4, Urk. 7/109/6,

Urk. 7/133/2). Auch wurde er vom 28. Juli bis 7. September 2015 stationär in der Rehaklinik E.\_\_\_\_ behandelt (Urk. 7/121/3-6).

Der Konsiliarpsychiater der Suva Dr. F.\_\_\_\_ schloss in seiner Aktenbeurteilung vom 23. Dezember 2015 darauf, dass in Anbetracht des bisherigen Verlaufs und der psychosozialen sowie unfallfremden Faktoren die Prognose auch bei einer intensiveren Behandlung, beispielsweise mit einer stationären psychiatrischen Therapie, mit grosser Wahrscheinlichkeit schlecht sei. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit würde eine Optimierung der Therapie nicht zu einer anhaltenden, erheblichen Verbesserung des psychischen Zustandes führen (Urk. 7/135/20). 3.4.3

Vor diesem Hintergrund kann dem Beschwerdeführer nicht vorgehalten werden, er habe sich bis anhin keiner konsequenten Therapie unterzogen. Eine Therapieresistenz der depressiven Symptomatik und mithin das Vorliegen einer invalidisierenden Krankheit ist daher nicht ohne Weiteres auszu-schliessen. 3.5

Hinzu kommt ferner, dass keine Berichte zur Gallenblasenerkrankung und -operation der Ärzte, die dieses Leiden behandelt haben, vorliegen. 4. 4.1

Nach dem Gesagten kann bei gegebener Akten- und Rechtslage nicht abschliessend über die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers nach dem Unfall vom 14. August 2013 und der Neuanschuldung vom 29. September 2014 entschieden werden. Insbesondere kann nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden, dass ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt.

Die Beschwerdegegnerin hat daher im Sinne der Erwägungen vorab Berichte zu den Gallenblasenbeschwerden von den behandelnden Ärzten und hernach ein interdisziplinäres medizinisches Gutachten zur Frage der Arbeitsfähigkeit ab August 2013 in der angestammten Tätigkeit als Kranführer und Bauarbeiter sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung sämtlicher Beschwerden und des chronologischen Verlaufs einzuholen. Die Fachärzte werden sich insbesondere auch zum Ausschöpfen der Behandlungsmöglichkeiten und zur Therapieresistenz der psychischen Beschwerden sowie zu den Standardindikatoren zu äussern haben, wobei ihnen der von einer interdisziplinären Arbeitsgruppe ausgearbeitete Fragenkatalog gemäss Anhang zum IV-Rundschreiben Nr. 339 als Leitlinie dienen mag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_421/2015 vom 23. September 2015 E. 5). Dabei ist den gutachterlichen Experten nebst den übrigen Akten auch der/die einzuholende(n) Bericht(e) zu den Gallenbeschwerden vorzulegen. 4.2

Die angefochtene Verfügung vom 13. Mai 2016 (Urk. 2) ist somit aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum neuen Entscheid über das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 29. September 2014 (Urk. 7/97) zurück zuweisen. 5.

Von der vom Beschwerdeführer mit Eingabe vom 19. Juli 2016 beantragten Durchführung einer mündlichen Verhandlung (Urk. 9) ist ausgangsgemäss abzusehen, zumal nicht ausdrücklich eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) mit Publikums- und Presseanwesenheit verlangt wurde und dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung entsprochen wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_842/2009 vom 26. Januar 2010 E. 3.2 ; BGE 136 I 279 E. 1.). 6.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. E. 5 mit Hinweisen). Da der Streitgegenstand die Be willigung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise

auf Fr. 700.-- anzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzu erlegen.

Dem Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgesicht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen auf Fr. 1'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) fest zusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 13. Mai 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurück gewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über die Leistungsansprüche des Beschwerde füh rers neu ver füge . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Ronald Pedernana - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 9 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu zustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent hal ten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Ur kunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

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