

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01267 vom 16. April 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-04-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01267

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01267 du 16 avril 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01267 del 16 aprile 2018

Erwägungen

E. 1.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.2

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung reicht die analoge Anwendbarkeit der in BGE 109 V 262 E. 4a dargelegten Rechtsprechung auf das Neuanmel dungsverfahren nur so weit, als auch hier von Amtes wegen zu prüfen ist, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prü f ung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustel len; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintre tensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachver haltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensver gleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkun gen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehältlich der Rechtspre chung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 1.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beein trächtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursach te und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommen den ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesund heitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1 .

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1.

E. 1.7

RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV kommt ebenfalls Beweiswert zu, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (BGE 137 V 210)

E. 1.2.1). Selbst eine Aktenbeurteilung ohne eigene Untersuchung kann beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen der RAD (Urteil 9C_196/2014 vom 18. Juni 2014 E. 5.1.1 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 135 V 465

E. 4.4; 122 V 157

E. 1d; Urteil des Bundesgerichts 9C_28/2015 vom 8. Juni 2015 E. 3.3; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_335/2015 vom 1. September 2015 E. 3).

E. 1.8

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 11. November 2016 Beschwerde und beantragte, die Verfügung sei aufzuheben und es sei eine medizinische Abklärung durch eine unabhängige Gutachterstelle durchzuführen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 2. Februar 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7, unter Beilage

ihrer Akten. Urk. 8/1- 200), was dem Beschwerdeführer am 3. Februar 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung,

in den Unterlagen würden subjektive Beschwerden des Beschwerdeführers aufgeführt und es fehlten objektive Beobachtungen. Die objektiven Befunde blieben unklar und über das positive Funktionsniveau erfahre man wenig. Bei einer schweren depressiven Episode sei eine ambulante zweiwöchige Therapie nicht ausreichend. Es würden keine neuen Befunde vorgebracht, welche zu einer anderen Beurteilung führten (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht er seinerseits im Wesentlichen geltend, gemäss den Berichten seines behandelnden Psychiaters bestehe aus psychiatrischer Sicht zumindest der begründete Verdacht einer somatoformen Schmerzstörung und einer damit einhergehenden depressiven Störung, aufgrund welcher er erheblich in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sei. Jedenfalls könnten die Befunde des behandelnden Psychiaters nicht mit einer Ferndiagnose seitens des RAD für unerheblich erklärt werden. Darüber hinaus könnte es mit Blick auf die Berichte der Z. ___ Klinik durchaus auch in somatischer Hinsicht zu einer wesentlichen Verschlechterung gekommen sein. Folglich sei eine polydisziplinäre Untersuchung angezeigt (Urk. 1 S. 8). 3.

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin entschied letztmals mit Verfügung vom 4. März 2014 (Urk. 8/135) umfassend über einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers (vgl. E. 1.1, E. 1.2). Im Zeitpunkt dieser Verfügung präsentierte sich die medizinische Aktenlage wie folgt:

E. 3.1.1

Im Dezember 2012 wurde der Beschwerdeführer vom RAD orthopädisch -psychiatrisch untersucht. Im psychiatrischen Untersuchungsbericht vom 14. Januar 2013 (Urk. 8/96) hielt

Dr. med. A.____, Facharzt für Psy chiatrie und Psychotherapie FMH, fest, beim Beschwerdeführer bestünden Durchschlafstörungen, eine leichte Affekt labilität, Schmerzen im Halswirbelsäu len- (H WS) und Lendenwirbelsäulenbereich (LWS), eine Verdeutlichungstendenz sowie eine intrapsychische Selbstlimitierung.

Diese Symptome würden nicht ausreichen, um eine rentenwirksame Diagnose nach ICD -10 zu stellen. Die Schmerzsymptomatik könne nicht als anhaltende somatoforme Schmerzstörung verstanden werden, da der dahinter zu fordernde emotionale Konflikt bei intak ten Familienverhältnissen oder die spezielle psychosoziale Belastungssituation gegenwärtig nicht ausgemacht werden könn t e n . Es liege kein psychiatrisches Krankheitsbild im eigentlichen Sinne vor, insbesondere keine klinisch manifeste Depression, keine neurotische Störung sowie keine posttraumatische Belas tungsstörung. Insgesamt habe kein psychopathologischer Befund mit Krank heitswert erhoben werden können. Da beim Beschwerdeführer auf psychiatri schem Fachgebiet kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheits schaden vorliege, sei sowohl retrospektiv als auch bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bisherig und angepasst ausgewiesen (Urk. 8/96/

E. 3.1.2

Die Ärzte der C.____ berichteten am 2 1. Januar 2013 zu Hän den der behandelnden Allgemeinmedizinerin des Beschwerdeführers über de s se n stationären Aufenthalt vom 2. bis 2 2. August 2012 (Urk. 8/110). Im klini schen Eintrittsuntersuch habe sich der Beschwerdeführer mit einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik sowohl in der Nacken- wie auch lumbalen Region präsen tiert. Die Untersuchung sei deutlich eingeschränkt gewesen bei sofortigem mus kulärem Gegenhalten bei Bewegungsprüfungen sowohl in der HWS- als auch in der LWS-Region. Die Beschwerden seien über die gesamte Wirbelsäule, die angrenzende Muskulatur sowie die thorakale Region ausgeweitet präsentiert worden. Bei der Untersuchung seien auch inkonsistente Befunde aufgefallen. So habe sich bei Ablenkung vor allem im HWS-Bereich jeweils eine deutlich besse re Bewegungsfreiheit gezeigt. Klinisch-neurologisch hätten sich keine Hinweise für eine radikuläre Reizsymptomatik ergeben. Es sei ein auffallendes Gangbild mit Schonhinken und rigider Bewegung beider Beine präsentiert worden. Die Röntgenabklärungen hätten vor allem eine Osteoc h o n drose , mittelgradig ausge prägt L4/5 mit ostephytären Anbauten , gezeigt. Die ISG wie auch Hüftgelenke seien unauffällig zur Darstellung gekommen, wobei linksseitig eine dysplasti sche Gelenkspfanne zu dokumentieren gewesen sei. Die Röntgenabklärungen hätten keine Erklärung für die auffälligen Bewegungseinschränkungen geboten. Unter dem multimodalen Therapieprogramm habe keine deutliche Schmerzre duktion erreicht werden können. Auch habe sich die Belastbarkeit und Beweg lichkeit nicht wesentlich gebessert. Insgesamt sei der Eindruck entstanden, dass auf direkte Zuwendung die Selbstlim i tierung und die Einschränkungen noch intensiver präsentiert worden seien (Urk. 8/11 0 /2) .

E. 3.1.3

Dr. med. D.____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH , führte im Verlau f sbericht vom 7. März 2013 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/111) aus, es sei zu einer Akutisierung der Schmerzen mit Ausstrahlung ins Dermatom L4/5 links und C7 rechts nach der stationären Reha bilitation in C.____ gekommen (Urk. 8/111/1) . Es bestehe eine klare Indikation zur ventralen Mikrodisektomie C6/7 und Spondylodese C6/7 zur Verbesserung der Cervikobrachialgie C7 rechts sowie eine klare Indikation zur Spondylodese L4/5 zur

Verbesserung der Rückenstabilität. Berufliche Massnahmen seien zurzeit nicht angezeigt, da der Beschwerdeführer fast gar nicht laufen könne (Urk. 8/111/3) .

E. 3.1.4

In den zu Händen der behandelnden Neurologin erstellten Berichten der E.____ über die im April 2013 durchgeführten Infiltrationen

(Urk. 8/112 -113, Urk. 8/122) wurde im Wesentlichen festgehalten, es bestehe ein lumbosakraler Schmerz beidseits mit Ausstrahlung ins rechte Bein, welcher nach Ausschluss eines relevanten spondylogenen Schmerzes fraglich radikulärer Genese sei.

Es bestehe ein Status nach periradikulärer Infiltration L5 und S1 links ohne Effekt (Urk. 8/122/3).

E. 3.1.5

In den zu Händen der behandelnden Allgemeinmedizinerin des Beschwerdeführers erstellten Berichten vom 6. und 19. November 2013 (Urk. 8/131-132) führte Dr. D.____ aus, es sei zu einer progressiven Verschlechterung der Gehfähigkeit gekommen und der Beschwerdeführer sei auf Krücken angewiesen. Es bestehe eine progressive Schwäche von Musculus quadriceps, Musculus iliopsoas, Dorsalflexion Fuss, Grosszehdorsalflexion, Fusseversion und Plantarflexion mit Gehbehinderung. Es sei neben der Indikation zur Stabilisation L4/5 und L5/S1 auch eine Indikation zur ventralen Mikrodiskektomie C5/6 und C6/7 gegeben. Der Beschwerdeführer sei motiviert, zuerst die LWS-Sanierung und eventuell im Abstand von einem Jahr die HWS-Operation durchführen zu lassen.

E. 3.1.6

RAD-Ärztin med. pract. B.____ führte in ihren Stellungnahmen vom 6. Mai 2013, 26. Juni 2013 und 11. Dezember 2013 (Urk. 8/124/3-4, Urk. 8/124/4-5, Urk. 8/134/3)

im Wesentlichen aus, die in der Untersuchung erhobenen Befunde würden durch die Berichte der C.____ und der E.____ gestützt. Die medizinische Indikation einer Operation der HWS, welche die behandelnde Neurochirurgin Dr. D.____ als erforderlich erachte, sei bei fehlenden Ausfällen, seitengleichem Kraftgrad von 100 % und dokumentiert unverändertem MRI nicht nachvollziehbar (Urk. 8/124/3). Die Berichte der Schmerzlinik dokumentierten das völlige Fehlen einer Schmerzreduktion nach Infiltration periradikulär. Aus medizinischer Sicht sei eine radikuläre Ursache der geklagten Schmerzen bei fehlendem Ansprechen unwahrscheinlich. Eine Osteochondrose sei eine radiologisch nachweisbare degenerative Veränderung der Wirbelsäule, die nicht per se einen Krankheitswert habe (Urk. 8/124/4). Im Übrigen habe die behandelnde Neurochirurgin keine weiteren Abklärungen hinsichtlich einer fortschreitenden neurologischen Erkrankung eingeleitet. Auch die Befunde des MRI für die Beckenwirbelsäule (BWS) und LWS lieferten keine umfassende Erklärung für die geschilderte Symptomatik (Urk. 8/134/3).

E. 3.2

5

Dr. med

J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete im Arztzeugnis vom 27. August 2015 (Urk. 8/160), der Beschwerdeführer leide an einer degenerativen Skelettveränderung, was die Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und Drehschwäche

ndeepisoden erkläre . Der Beschwerdeführer

sei

nur noch an Stöcken gehfähig. Zudem stehe er aufgrund der Schmerz problematik unter psychischer Belastung . Bis heute hätten sämtli che

Therapien nur vorübergehend eine Linderung der Schmerzen , aber keine Verbesserung des Gesundheitszustands gebracht . Der Beschwerdeführer sei seit Mai 2011 zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Integration in den Arbeitsmark t

sei dem Beschwerdeführer langfristig nicht zumutbar.

Im Bericht vom 7. Januar 2016 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/173/1-5)

nannte Dr. J.____ als neue Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen eine reaktive Depression. Trotz intensiver Rehabilitation und Rückenoperation habe sich die Symptomatik nicht gebessert. Der Beschwerdeführer sei für alle Arbeiten zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/173/1) .

E. 3.2.1

Am 3. November 2014 wurde der Beschwerdeführer in der Z.____ Klinik Zürich am Rücken operiert (Austr i ttsbericht der Z.____ Klinik vom 7. November 2014 [Urk. 8/136/3-4]) und es wurde eine Mini-Open TLIF L4/5 von links, Spondylodese mit autologem Beckenknochen von links intersoma tisch und rechts- posterior durchgeführt. Der behandelnde Arzt, Dr. med. Daniel F.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH , berichtete, der postoperative Verlauf sei aus wirbel säulenchirurgischer Sicht unkompliziert gewesen. Die radiologische Kontrolle habe einen regelrechten Sitz der Materialimplantate gezeigt (Bericht vom 7. November 2014, Urk. 8/136/3-4) . D er Beschwerdeführer habe anlässlich der ersten postoperativen Kontrolle über eine deutliche Verbesserung der präopera tiv massgeblichen lumbalen Rücken schmerzen berichtet . Er sei zur Untersu chung mit zwei Gehstöcken gekommen, sei allerdings gut in der Lage gewesen, ohne Gehstöcke mit verbessertem Gangbild zu laufen. Es habe eine deutlich verbesserte Körperhaltung bestanden. Bei der Bewegungsprüfung sei es zu m us kuläre m Gegenspannen gekommen . Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeits unfähigkeit als Gipser (Bericht vom 19. Dezember 2014, Urk. 8/136/1-2) . Am 27. Januar 2015 berichtete Dr. F.____ , anlässlich der Dreimonatskontrolle habe der Beschwerdeführer weiterhin eine deutliche Verbesserung der präopera tiv massgeblichen Schmerzen um mindestens 60 % angegeben. Es würden noch gewisse belastungsabhängige Gesässschmerzen persistieren (Urk. 8/142) . Im Bericht vom 2 2. April 2015 (Urk. 8/181/4-5) führte Dr. F.____ , aus, der Beschwerdeführer sei anlässlich der Fünfmonatskontrolle wiederum sehr schmerzgeplagt gewesen und gehe in Schonhaltung und an Gehstöcken. Eine Untersuchung sei fast nicht möglich gewesen . D ie Aktivierung der Muskulatur der unteren Extremität habe jeweils zu starken Rückenschmerzen geführt (Urk. 8/181/5) .

E. 3.2.2

Dr. med. Ute K.____ , Oberärztin Neurologie , Z.____ Klinik, hielt im Bericht vom 11. Mai 2015 zu Händen von Dr. F.____

(Urk. 8/155/3-4) fest , die Ursache der rezidivierenden Dreh- und Schwankschwindel -E pisoden bleibe weiterhin unklar und sei am ehesten zervikogen bedingt bei Zervikalsyn

drom . Im Vordergrund stünden die invalidisierenden LWS-Beschwerden des Beschwerdeführers, deren Ursache unklar sei. Die klinische Untersuchung haben nicht zwischen rein myofascialen Befunden, einer zentralisierten Schmerzgenese und einer spondylogenen Schmerzgenese unterscheiden können (Urk. 8/155/4) .

E. 3.2.3

Am 18. Juni 2015 (Urk. 8/146/1-2)

Dr. G.____ , die Spondylodese vom 3. November 2014 habe für etwa einen Monat eine Linderung der Beschwerden gebracht. Danach seien die für den Beschwerdeführer typischen Beschwerden mit invalidisierendem Charakter wieder aufgetreten. Ebenfalls seien

vom Beschwerdeführer Ausstrahlungen in die Beine bis in die Achillessehnen beschrieben worden . Der Beschwerdeführer sei nur noch an Stöcken gehfähig und könne den Alltag selber nicht mehr bestreiten. Zudem besteh e neuerdings auch noch ein bewegungsabhängiger Drehschwindel bei zervikoradikulär anmu tenden Schmerzen im Nacken- Schultergürtelbereich rechtsbetont. In der Unter suchung habe sich eine starke Invalidisierung gezeigt. Eine normale Befunderhebung habe

nicht mehr durchgeführt werden können, da die Schmerzen derart stark gewesen seien, dass nur noch kleine Bewegungen aus der LWS oder HWS heraus möglich gewesen seien. Eine objektive Befunderhebung sei aufgrund der Schmerzexazerbation momentan nicht möglich. Der Beschwerdeführer sei momentan in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, zumal er auch psychisch durch die Schmerzsituation sehr stark belastet sei (Urk. 8/146/1) .

E. 3.2.6

Im Bericht vom 3. Februar 2016 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/182) nannte Dr. med. H.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Wesentlichen die Diagnosen schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 „ F32.1 ”) sowie chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4 1), bestehend mindestens seit Mai 201 5. Die Aufmerksamkeit und Konzentration des Beschwerdeführers seien leicht vermindert , die Auffassung und das Gedächtnis seien im Normbereich. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer

kohärent, aber verlangsamt , und stark durch seine körperlichen Schmerzen eingeengt. Es bestünden keine psychotischen Erlebnisse im Sinne von akustischen oder visuellen Halluzinationen und keine Zwänge. Es bestünden jedoch existenzielle Ängste oder Befürchtungen im Rahmen der psychosozialen Belastungssituation, wie ein unendlicher Druck durch den Sozialberater sowie gesundheitliche Sorgen wegen der Rückenschmerzen. Im Affekt sei der Beschwerdeführer schwer bedrückt, innerlich unruhig, schwer traurig, freudlos, willenlos, lebensmüde, ängstlich betreffend seine gesundheitliche und finanzielle Zukunft und schwer belastet durch die chronischen Schmerzen . Er klag e über Insuffizienzgefühle, Störung der Vitalgefühle, schwere Ein- und Durchschlafstörungen und den starken sozialen Rückzug. Seit Juli 2015 fänden zirka alle zwei Wochen regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutischen Gespräche mit Fokus auf Schmerzverarbeitung, Psychoedukation sowie medikamentöse Therapie statt. Von grosser Bedeutung sei eine Schmerzpsychotherapie, die den Umgang sowie die Akzeptanz des chronischen Schmerzes hervorhebe . Die therapeutischen Probleme lägen insbesondere in der Bearbeitung des Verständnisses vom Bio-Psycho-Sozial Modell des chronischen

Schmerzes. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig und auch eine angepasste Tätigkeit sei ihm nicht mehr zumutbar (Urk. 8/182/3).

E. 3.2.8

Dr. H. ___ diagnostizierte in seinem zuhause des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers erstellten Bericht vom 27. Juni 2016 (Urk. 8/188/8-11) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die psychische Symptomatik habe sich seit der RAD-Untersuchung im Jahr 2012 verschlechtert. Im Jahr 2012 seien keine psychischen Faktoren sowie keine emotionalen Konflikte oder psychosozialen Probleme erwähnt worden, während nun psychische Faktoren bestünden.

Die psychischen Begleiterkrankungen würden bei chronischen muskuloskelettalen Schmerzen eine bedeutende Rolle spielen. Psychische Faktoren hätten insbesondere einen Einfluss darauf, ob und wie stark sich eine Schmerzkrankung ausbilde (Urk. 8/188/8-9).

Der Beschwerdeführer habe trotz mehreren psychiatrischen Sitzungen zu reiner Psychoedukation seiner Erkrankung

eine falsche Repräsentation des Krankheitsmodells. Die Aggravation und die intrapsychische Selbstlimitierung, die von Dr. A. ___ beschrieben würden, könnten unter anderem als Katastrophen verstanden werden. Zusätzlich könne beim Beschwerdeführer auch das Gefühl der Ungerechtigkeit einen Teil der intrapsychischen Selbstlimitierung erklären, nachdem die Operation seine Erwartungen und seine Hoffnung nach körperlicher Verbesserung nicht erfüllen können. Im Rahmen einer Prognose sei neben einem interdisziplinären Behandlungskonzept eine regelmässig ambulante ärztliche Betreuung zur weiteren Stabilisierung des Beschwerdeführers entscheidend. Dazu werde eine Schmerzpsychotherapie empfohlen, um neben der Psychoedukation des Krankheitsmodells ein schmerzpsychotherapeutisches Konzept anzuwenden, um eine Akzeptanz zu entwickeln, mit dem Schmerz weiterleben zu können und eine Lebensqualität zu erhalten (Urk. 8/188/10-11).

E. 3.2.9

Im Bericht vom

13. Juli 2016 zu Händen des Beschwerdeführers (Urk. 8/188/4-7)

führte

Dr. K. ___

aus, beim Beschwerdeführer fänden sich ein chronifiziertes Zervikalsyndrom

sowie ein

Lumbovertebralsyndrom. Die klinische Untersuchung zwecks besserer Differenzierung zwischen spondylarthrotischen und myofaszialen Beschwerden sei aufgrund des starken Leidens des Beschwerdeführers nicht

gelingen. In den von der Kooperation unabhängigen Befunden hätten sich zumindest eine seitengleiche Trophik der Arme und Beine sowie mittellebhaftige Muskeleigenreflexe der Arme und Beine gezeigt, sodass eine Radikulopathie oder Myelopathie eher unwahrscheinlich sei. Die Therapie dieses chronifizierten Schmerzsyndroms sei

schwierig und sei polydisziplinär anzugehen, wobei ein Rehabilitationsaufenthalt unter Beachtung der psychosomatischen Aspekte indiziert wäre. Erschwerend sei jedoch, dass der Beschwerdeführer aufgrund Erfahrungen in einem anderen Spital einem solchen Aufenthalt gegenüber sehr ablehnend eingestellt sei. Die von ihm bevorzugte Liegeposition werde jedoch auf die Dauer zu einer zunehmenden Dekonditionierung führen, was wiederum zu mehr Schmerzen führe. Ebenfalls sollte nochmals versucht werden, ein schmerzdistanzierendes Antidepressivum einzusetzen, wobei dies aufgrund der Meinung des Beschwerdeführers, dass diese zu einer Verschlechterung seiner Sehkraft geführt hätten, ebenfalls schwierig sei (Urk. 8/188/6-7).

E. 3.2.10

RAD-Ärztin med. pract. B.____ führte in den Stellungnahmen vom 18. April 2016 und 28. August 2016 (Urk. 8/183/3-4, Urk. 8/193/3) aus, bereits im Rahmen der RAD-Untersuchung vom 14. Januar 2013 sei

keine konsistente Befundhebung möglich gewesen. Dies werde auch in den aktuellen Berichten beschrieben.

Die damals aufgezeigten, zahlreichen Inkonsistenzen

hätten auch weiterhin beobachtet werden können. Im Vordergrund des psychischen Gesundheitszustands stünden weiterhin die geklagten Schmerzen. Der Schwerpunkt der Behandlung sei gemäss Berichten von Dr. H.____ eine Schmerzpsychotherapie (Urk. 8/183/3). Auch die Berichte der Z.____ Klinik vom 15. Juni und 13. Juli 2016 enthielten aus somatischer Sicht keine wesentlichen neuen medizinischen Aspekte (Urk. 8/193/3).

E. 3.2.12

Dr. H.____

nahm am 1. November 2016 (Urk. 3/13 = Urk. 8/200/67-70) auf Anfrage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers zu den Ausführungen von Dr. L.____ dahingehend Stellung, dass er festhielt, ein psychiatrischer Befund basiere auf psychischen Phänomenen, welche vom Beschwerdeführer subjektiv erlebt und berichtet würden (Urk. 8/200/67). Hinsichtlich der erhobenen Konzentrationsstörung widerspreche sich die Beurteilung nicht, da der Beschwerdeführer bei der Befunderhebung eine leichte Reduktion

der Konzentration gezeigt habe, jedoch unter Stresssituationen mit einer mässigen Konzentrationsstörung zu

rechnen sei. Im Weiteren sei beim Beschwerdeführer zeitlich gesehen zuerst die chronische Schmerzstörung entstanden, die dann bei der Chronifizierung in Zusammenhang mit der verbundenen langdauernden Stresssituation als Folge zu einer zusätzlichen psychiatrischen Komorbidität, nämlich einer Depression, geführt habe (Urk. 8/200/68). Die Frage der Arbeitsfähigkeit könne aus somatischer Sicht nicht beantwortet werden. Aus psychiatrischer Sicht lasse die Entwicklung der Beschwerden in den letzten Jahren erahnen, dass es zukünftig schwierig werde, eine Arbeitstätigkeit zu erhalten (Urk. 8/200/69). 4.

E. 4

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 4.1.1

Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV hat das Bun desgericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanschuldung die massgebliche Tatsachen änderung glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisfüh rungslast zukommt. Tritt die Verwaltung auf das erneute Leistungsbegehren ein, wie sie es vorliegend getan hat (Urk. 2) hat sie demgegenüber gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 IVG in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV; SVR 2006 IV Nr. 10 S. 39 E. 4.1 [I 457/04]; vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a).

E. 4.1.2

Zu prüfen ist, ob seit der anspruchsverneinenden Verfügung vom 4. März 2014 (Urk. 8/135)

eine invaliditätsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustan d es des Beschwerdeführers eingetreten ist .

Dabei ist insbesondere umstritten, ob die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt genügend abgeklärt hat. 4. 1. 3

Bei der Frage des Vorliegens eines Revisionsgrundes im Sinne einer Verschlech terung des Gesundheitszustandes kommt es darauf an, ob sich das Beschwerde bild oder dessen erwerblichen Auswirkungen geändert haben (Urteil 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.2). In Betracht fällt somit auch, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeits fähigkeit verändert hat bzw. wenn der Schweregrad oder die Ausprägung der gleichlautenden Diagnosen und Befunde sich geändert haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_367/2016 vom 10. August 2016 E. 2.1 mit weiteren Hinwei sen). 4. 1. 4

Die Beschwerdegegnerin stützt ihre Auffassung, wonach keine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen sei, auf die Stellungnahme n der RAD - Ä rzt e B.____ und L.____

vom 2 6. August bzw. 8. September 2016

ab (vgl. E. 3.2.9-10) .

Hierbei handelt es sich um eine reine Aktenbeurteilung; eigene Untersuchungen ha ben die Dres . B.____ und L.____ nicht vorgenommen. Wie eingangs dargelegt, kann eine reine Aktenbeurteilung beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen um die fachärztliche Beur teilung eines feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Diese Vorausset zungen sind vorliegend nicht gegeben.

E. 4.2

In psychiatrischer Hinsicht kann weder auf die RAD-Stellungnahme von Dr. L.____ (E. 3.2.11) abgestellt werden , noch eignen sich die eingereichten Berichte der behandelnden

Ärzte (E. 3.2.4, E. 3.2.6, E. 3.2.8, E. 3.2.12) als Beweisgrundlage für den Rentenentscheid . Die RAD-Ärztin begnügte sich damit, darauf zu verweisen, dass in den Berichten der behandelnden Ärzte die subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers ohne objektive Beobachtungen aufgeführt würden und verweist darauf, dass viele Fragen offengelassen worden, der objektive Befund unklar und die psychosozialen Faktoren undifferenziert geblieben seien und auch zum positiven Funktionsniveau nur wenig in Erfahrung gebracht werden könne n . Sodann ging Dr. L.____ davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit noch ungenügend abgeklärt ist , was einer gründlichen Abklärung bedarf (E. 3.2.11) .

Der Untersuchungsgrundsatz hätte die Beschwerdegegnerin dazu verpflichtet diesen Unklarheiten nachzugehen, denn –

wie sie zutreffend ausführt – auch die Berichte des behandelnden Psychiaters vermögen nicht zu überzeugen. Insbesondere erhebt Dr. H.____ keinen schlüssigen Befund, weshalb bereits die Diagnosestellung zu überprüfen sein wird , und hinsichtlich der depressiven Symptomatik ist das Ausmass ungeklärt . Insbesondere scheint Dr. H.____ in seinen Berichten vermehrt die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wie derzugeben anstatt diese in objektiver Weise zu begründen. Zudem ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Sollte eine depressive Erkrankung vorliegen und auch die Ausprägung der Diagnose geklärt sein , ist es , wie das Bundesgericht in BGE 143 V 409 erwogen hat, sach- und systemgerecht, leichte bis mittelschwere depressive Störungen ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Dieses bleibt nur dann entbehrlich, wenn im Rahmen beweiskräftiger medizinischer Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_563/2017 vom 23. Februar 2018 E. 8.1) . Dr. H.____ führte aus, während im Rahmen der erstmaligen Rentenprüfung noch keine psychiatrischen Diagnosen hätten gestellt werden können, liege aktuell einerseits eine depressive Symptomatik vor und ginge er andererseits von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aus (vgl. E. 3.2.6). Somit wäre sowohl hinsichtlich einer allfälligen Schmerzstörung als auch betreffend der depressiven Symptomatik ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen. 4. 3

Da auch in somatischer Hinsicht kein schlüssiger Befund bzw. Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorliegt (E. 3.2.1, E. 3.2.3, E. 3.2.9) und med. pract . B.____ lediglich darauf verweist, dass ihres Erachtens keine wesentlichen neuen Aspekte vorlägen (E. 3.2.10) erscheint es angezeigt, im Rahmen der weiteren Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht auch diesbezüglich weitere Abklärungen vorzunehmen. Seit der letztmaligen Leistungsprüfung (März 2014) wurde der Beschwerdeführer operiert, zeigte indes zunehmend schlechtere Bewegungsfunktionen und stellte die behandelnde Dr. K.____ fest, dass sie

aufgrund der Schmerzexazerbation des Beschwerdeführers keine objektive Befundung habe durchführen können . Weitere beweiskräftige Berichte sind den Akten nicht zu entnehmen,

so auch nicht die Einschätzung von

Dr. J.____, welche eine Verschlechterung des Gesundheitszustands attestierte, verbunden mit einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit (E. 3.2.5). Da sie sich fachfremd äussert und mangels objektiven Befunden kann auch auf diesen Bericht nicht abgestellt werden.

War die IV-Stelle einmal auf die Neuanmeldung eingetreten, wäre es auch in somatischer Hinsicht ihre Aufgabe gewesen, die genauen Befunde zu erfragen oder erheben zu lassen. 4.

Damit bestehen objektive Hinweise, dass in psychiatrischer Hinsicht, allenfalls auch in somatischer Hinsicht, eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten sein könnte. In welchem Ausmass ist anhand der aktenkundigen Berichte allerdings nicht abschliessend beurteilbar. Zudem sind über die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit keine genügenden und nachvollziehbaren Angaben vorhanden. Der medizinische Sachverhalt erweist sich somit als ungenügend abgeklärt, weshalb die Beschwerdegegnerin ergänzende Abklärungen vorzunehmen hat. Es dürfte sich angesichts der Komplexität des psychischen und physischen Beschwerdebildes die Durchführung einer bi- oder polydisziplinären Begutachtung als erforderlich erweisen. Hier nach ist über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführers neu zu befinden. 5.

Die Beschwerde ist demnach in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 2. Februar 2015 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese, nach Abklärungen im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführers neu verfüge. 6.

E. 6

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. In den übrigen Fällen stützen sie ihre Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen.

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) zu verpflichten, dem durch die TCL

Treuhand Consulting Liegenschaften AG vertretenen Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu entrichten, wobei ein Betrag von Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen erscheint. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 11. Oktober 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente neu verfüge. 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. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

E. 7

Dr. F.____

hielt im Bericht vom 15. Juni 2016 zu Händen von Dr. J.____ (Urk. 8/188/1-3) fest, beim Beschwerdeführer besteihe im Wesentlichen ein chronisches multifokales Schmerzsyndrom respektive eine Schmerzverarbeitungsstörung mit chronisch lumbospondylogenen Schmerzen.

In Bezug auf die durchgeführte lumbale Spondylodese

habe sich radiologisch eine konsolidierte Fusion ohne Lockerung der Implantate und ohne Veränderung der Nachbarsegmente gezeigt. Die Ursache für die nicht zu beeinflussenden lumbalen Schmerzen sei unklar. In Bezug auf die Halswirbelsäule hätten sich die bekannten degenerativen Veränderungen gezeigt. Im Vordergrund stehe

wahr scheinlich die gesamthafte Dekonditionierung , ei ne Schmerzverarbeitungsstö rung sowie andere psychosoziale Aspekte. Es sei eine funktionelle Behandlung der Schultergürtelbeschwerden, die wahrscheinlich auch aufgrund der Stockbe nutzung vorhanden seien, zu empfehlen . Operative Massnahmen oder anderwei tige Inte rv entionen , wie Infiltrationen vor allem der Lendenwirbelsäule, seien wahrscheinlich nicht zielführend (Urk. 8/188/3) .

E. 11

RAD-Ärztin Dr. med.

L.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH , berichtete in der e rgänzende n psychiatrische n Stellung nahme vom 8. September 2016 (Urk. 8/193 / 3- 4) , in den vorliegenden Berichten würden die subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers ohne objektive Beobachtungen

aufgeführt. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einem angepassten Rahmen werde eine gründliche Abklärung empfohlen. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit zu 100

% arbeitsunfä hig bleibe. Aus dem Bericht von Dr. H.____ vom 3. Februar 2016

gehe nicht klar hervor , in welchen Anteilen der Befund objektive Beobachtungen und sub jektive Klagen wiedergebe . Die Befundangaben blieben darüber hinaus wider sprüchlich . Laut dem Befund sei die

Konzentration leicht vermindert und die Auffassung im Normbereich gewesen. Gemäss Beiblatt seien Konzentration und Auffassung aber mittelgradig eingeschränkt gewesen . Eine zwei wöchige ambu lante Therapie sei zudem für eine schwergradige depressive Episode nicht aus reichend. Der Therapieschwerpunkt liege nicht auf der d epressiven Symptoma tik , sondern auf der Schmerzsymptomatik. Es lägen einige Widersprüche vor, die nicht nachvollziehbar seien . Auch der Bericht vom 27. Juni 2016 lasse nicht zweifelsfrei auf eine nun mittelgradige Depression schliessen. Es sei auch kaum nachvollziehbar, dass Dr. H.____ einerseits eine Verschlechterung seit 2013 und

danach innerhalb von wenigen Monaten zwischen Februar bis Juni 2016 eine Verbesserung der Depression angebe . Eine Schmerzstörung sollte laut ICD-10 nicht diagnostiziert werden, wenn der Schmerz während einer affektiven Stö rung, wie einer Depression, auftrete. Schliesslich diagnostiziere die Allgemeininternistin Dr. J.____ eine reaktive Depression , ohne einen psychischen Befund zu beschreiben (Urk. 8/193/3-4) .

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