

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00654 vom 18. September 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00654](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00654)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00654 du 18 septembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00654 del 18 settembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

7. September

2013

(Urk. 8 / 36 ) den Anspruch auf eine Invalidenrente .

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 Ver lust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.2**

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychi schen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen ( vgl. BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 1 8. November 2015 E. 5.4).

#### **E. 1.3**

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosoma tische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem

strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7). 1. 4

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). 1. 5

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung 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). Liegt ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweis auf BGE 117 V 198 4b und mit weiteren Hinweisen).

## 1. 6

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuredende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

## 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte in der Verfügung vom 4. Mai 2017 einen Rentenanspruch im Wesentlichen mit der Begründung, dass das E.\_\_\_\_-Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung

an ein beweistaugliches Gutachten genügen

und der

Beschwerdeführer gestützt darauf seit Januar 2013 in der bisherigen Tätigkeit als Bauführer und in einer angepassten Tätigkeit zu 80 %

arbeitsfähig sei. Ihm sei einerseits die angestammte Tätigkeit als Bauführer weiterhin in dem genannten Pensum zumutbar, solange keine schweren und mittelschweren Arbeiten anfallen würden. Andererseits sei ihm auch in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten und mit zusätzlichen Pausen ein 80%-Pensum zumutbar.

Eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit der letzten Verfügung vom 17. September 2013 habe hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nicht stattgefunden. Es bestehe nach wie vor ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 20 %

(Urk. 2).

2.2

Der Beschwerdeführer lässt in seiner Beschwerde vom 7. Juni 2017 demgegenüber im Wesentlichen geltend machen, auf das psychiatrische Teilgutachten der E.\_\_\_\_

mit der darin diagnostizierten leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) könne nicht abgestellt werden. Vielmehr sei gestützt auf den Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Oktober 2014 von einer schweren depressiven Störung auszugehen. Zudem sei gestützt auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_, und die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr.

J.\_\_\_\_ eine kombinierte Persönlichkeitsstörung anzunehmen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei basierend auf den Angaben durch Dr. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, und Dr. I.\_\_\_\_, Neuropsychologin, in der bisherigen Tätigkeit als Bauführer aufgrund der hohen kognitiven Anforderungen von keiner Arbeitsfähigkeit mehr auszugehen. Es bestehe lediglich noch für leichte kognitive Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50-70 %, was nach einem Einkommensvergleich in einem Invaliditätsgrad von rund 70 % resultiere (Urk. 1).

Replicando lässt der Beschwerdeführer den Entscheid der Beschwerdegegnerin auch darin kritisieren, dass nicht beachtet worden sei, dass er ein somatisch bedingtes Schmerzsyndrom habe, das durch die Ärzte des Zentrums C.\_\_\_\_ objektiviert worden und invalidisierend sei (Urk. 13 S. 3). Weiter lässt er auf Einschätzungen der behandelnden Ärzte hinweisen, so auf den neuen behandelnden Psychiater Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der ihn seit 21. November 2016 behandelt. Dieser Arzt diagnostizierte eine depressive Störung schweren Grades (ICD-10 F33.2) und ein chronifiziertes Schmerzsyndrom (ICD-10 F45.4) (Urk. 13). 3.

Die IV-Stelle ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 25. November 2014 (Urk. 8/39) materiell eingetreten. Zeitliche Vergleichsbasis 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 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen). Es gilt somit zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse im massgeblichen Zeitraum zwischen der Verfügung vom 17. September 2013 (Urk. 8/36) und der Verfügung vom 4. Mai 2017 (Urk. 2), welche die

zeitliche Grenze für den zu beurteilenden Sachverhalt bildet, insofern verändert haben, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. 4. 4 .1

Der rentenverneinenden Verfügung vom 17. September 2013 (Urk.

## **E. 6**

(Urk. 8/ 81 ) erneut die

Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht. Dagegen liess dieser

am 12. Oktober 2016 (Urk. 8/85) Einwand erheben und

am 6. Januar 2017 eine

Einwand ergänzung

(Urk. 8/ 94 ) einreichen . Mit Verfügung vom 4 . Mai 201

## **E. 6.2**

Die Auffassung des RAD-Arztes

T.\_\_\_\_ , welche die Grundlage für die Ver fügung der IV-Stelle vom 4. Mai 2017 war, dass nämlich das E.\_\_\_\_ -Gutachten nachvollziehbar , schlüssig und mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit keine Verände rung des Gesundheitszustandes erstellt sei (vgl. Urk. 8/80/6) , lässt sich mit der gegenwärtigen Aktenlage nicht überzeugend be stätigen .

Es trifft zwar in somatischer Hi nsicht zu, dass gestützt auf das rheumatologische

E.\_\_\_\_ -Gutachten

ein iges für einen im Wesentlichen unveränderten somatische n Gesundheitszustand spricht ,

indem das seit Januar 2013 bestehende chronische zervikospondylogene Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1) nach der Stabilisations operation an der Halswirbelsäule mit Einsetzung einer ventralen Titanplatte am 18. Januar 2012 , das schon Dr. L.\_\_\_\_ am 4. April 2013 festgestellt hatte (Urk. 8/19/5-6), bestätigt wurde.

Dabei wäre es vernachlässigbar, dass im aktu elleren rheumatologischen E.\_\_\_\_ -Gutachten im Vergleich zu früher

keine radik uläre Symptomatik mehr festgestellt werden konnte ( vgl. Urk. 8/19/5-6, vgl. Urk. 8/74/20). Denn die 2013 gestellte Diagnose eines radikulären Syndroms war passager (vgl. Urk. 8/22), das heisst vorübergehend auftretend, so dass durch das momentane Fehlen von klinischen Hinweisen auf eine radikuläre Symptomatik nicht auf eine wesentliche Veränderung des somatischen Gesundheitszustandes zu schliessen wäre . Es wird aber im Vergleich zu den Berichten im Jahr 2012 und 2013 deutlich, dass in den Berichten, die der angefochtenen Verfügung zugrunde liegen, nicht mehr nur von Einschränkungen der Beweglichkeit in der HWS und von Nackenschmerzen (vgl. Urk. 8/10/2, Urk. 8/22/4) die Rede ist, sondern auch von Schmerzen, die in die Arme ausstrahlen. So sind in den Berichten von Dr. L.\_\_\_\_ vom 4. April

2013 (Urk. 8/19/5-6) und 8. September

2014 (Urk. 8/38/1-2) Schmerzen erwähnt, die bei längerer Computerarbeit entstehen und die erheblich in die Arme ausstrahlen würden. Dies steht im Einklan g mit dem Bericht des Zentrums C.\_\_\_\_ vom 20. November 2014 (Urk. 8/48), in dem von Triggerpunkten im

Musculus infraspinatus und Musculus deltoideus rechts mit referiertem

Pain in den rechten Arm berichtet wurden. Auch das rheumatologische E.\_\_\_\_-Gutachten hielt eine verkürzte und tonuserhöhte Schultergürtelmuskulatur und

Triggerpunkte im Schultermuskelbereich fest, welche die

Ärztin als für die Beschwerdesymptomatik mitverantwortlich erachtete (vgl. Urk. 8/74/19-20). Mit diesen von mehreren Ärzten festgestelltem

chronischem

zervikospondyloem Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1) wurde eine somatische Diagnose erstellt, welche

objektivierbare

Einschränkungen

in der Beweglichkeit der Halswirbelsäule zur Folge hat

(vgl. Urk. 8/10/2, Urk. 8/19/5-6, Urk. 8/22/4, Urk. 8/38/1-2, Urk. 8/48, Urk. 8/74/19-20). Zusammen mit der Tatsache, dass der Beschwerdeführer seine 100%ige Tätigkeit als Bauarbeiter nach der Operation im Januar 2012 nur kurzzeitig wieder aufnehmen konnte, bevor er dieses Pensum schmerzbedingt wieder reduzieren musste (vgl. Urk. 8/10/2), ist es nicht schlüssig, wenn im rheumatologischen E.\_\_\_\_-Gutachten nun für die angestammte (leichte) Tätigkeit aus somatischer Sicht keine Einschränkung anerkannt und eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert wird

(vgl. Urk. 8/74/20),

ohne dass dieser Umstand im Gutachten diskutiert und erklärt wird. Dies vor allem auch vor dem Hintergrund, dass zuvor seitens der IV-Stelle mittels der Beurteilung von

M.\_\_\_\_ am 11. Mai 2013 leichte (angepasste) Tätigkeiten in Wechselbelastung ohne dauerhaftes Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 10 kg, ohne Verharren in Zwangshaltungen, ohne dauerhafte Armvorhaltebelastungen und Überkopfarbeiten nur im Umfang von 80 % als zumutbar erachtet wurden (vgl. Urk. 8/22/4).

Ohne dass eine Verbesserung der somatischen Situation dargelegt wurde, überzeugt die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den rheumatologischen Gutachter, der in somatischer Hinsicht nunmehr von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ohne somatische Leistungseinbussen ausgeht (vgl. Urk. 8/74/20), nicht.

Was im psychiatrischen E.\_\_\_\_-Gutachten vom 2. Mai 2016 (Urk. 8/74/9-16) auffällt, ist die Tatsache, dass der begutachtende Psychiater Dr. Q.\_\_\_\_ erklärte, ein deutlich phasischer Verlauf einer Depression mit Verschlechterung, Verbesserung und symptomfreien Intervallen bestehe vorliegend nicht, obwohl er zuvor einräumt, dass punktuell eine schwer ausgeprägte depressive Episode bestanden haben möge und er aktuell nur eine leichte depressive Episode diagnostiziert (vgl. Urk. 8/74/16). Dies erscheint insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Beschwerdeführer gemäss Verlaufsprotokoll zur Eingliederungsberatung vom 2. April 2013 (Urk. 8/18/1) schon von 2009 bis 2012 bei einem Psychiater in Behandlung war und dass er gemäss Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2014 (Urk. 8/38/3-4, Urk. 8/44) an einer reaktiv auf die chronischen Schmerzen entstandenen schweren Depression mit Suizidalität (ICD-10 F 32.2) litt, die sich

gemäss Dr.

J.\_\_\_\_

im Verlauf bis Dezember 2014 mit einer Distanzierung von der Bilanz-Suizidalität verbesserte (vgl. Bericht vom 19. Dezember 2014 [Urk. 8/46/5]), nicht plausibel. Denn dies zeigt gerade einen phasischen Verlauf der Depression auf. Hinzu kommt, dass auch der psychiatrische Begutachter der Krankentaggeldversicherung Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, Dr. D.\_\_\_\_, in seinem Gutachten vom 2. Mai 2015 (Urk. 8/54/2-6) eine schwere depressive Episode anamnestisch für sehr gut nachvollziehbar hielt, auch wenn er diese letztlich gegenüber einer Charakterneurose als hintergründig erachtete (vgl. Urk. 8/54/5).

Auch der neue behandelnde Psychiater Dr. G.\_\_\_\_ ging am 21. Oktober 2017 in seinem Bericht (Urk. 14/1) nach rund 11-monatiger ambulanter Behandlung von einer chronischen depressiven Störung schweren Grades aus (ICD-10 F33.2). Die Verhaltensneurologin Dr. H.\_\_\_\_ und die Neuropsychologin Dr. U.\_\_\_\_ erklärten in ihrem Bericht vom 8. Dezember 2016 (Urk. 8/93), dass der Beschwerdeführer über depressive Phasen mit Suizidgedanken im Jahr 2014 berichtet habe, es ihm aber durch Medikamenteneinnahme und einem geringeren Arbeitspensum stimmungsmässig deutlich besser gehe (Urk. 8/93/1). Unter diesen Umständen leuchtet die unbegründete Äusserung von Dr. Q.\_\_\_\_, ein deutlich phasischer Verlauf einer Depression bestehe nicht (vgl. Urk. 8/74/16), nicht ein.

Ferner ist in Anbetracht der von allen Psychiatern zumindest vorübergehend für möglich erachteten schweren Depression nicht plausibel, dass von einer über den Verlauf rückwirkend „gemittelte n“ Arbeitsfähigkeit von 80 % seit 2014 ausgegangen werden könnte, wie dies der begutachtende

E.\_\_\_\_-Psychiater tut (vgl. Urk. 8/74/16). Die Arbeitsfähigkeit muss nicht gemittelt über den Verlauf dargestellt werden. Vielmehr muss plausibel sein, weshalb sie in einer Phase einer schweren Depression trotzdem 80 % betragen haben soll.

Insgesamt erfüllen die relevanten beiden E.\_\_\_\_-Gutachten aufgrund des Gesagten die Anforderungen der Rechtsprechung an beweistaugliche Gutachten nicht. Es fehlt an schlüssigen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit und hinsichtlich dem psychiatrischen

E.\_\_\_\_-Gutachten auch an einer überzeugenden Diagnose.

### **E. 6.3**

Auch auf das psychiatrische Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2015 (Urk. 8/54/2-6), das eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit deutlicher Merkmalausprägung und vor allem narzisstisch, histrionisch und zwanghaft wirkende Wesenszüge festhielt (vgl. Urk. 8/54/5), kann nicht abgestellt werden.

Dr. Q.\_\_\_\_

erklärte in dieser Hinsicht nachvollziehbar, dass sich eine Persönlichkeitsstörung im frühen Erwachsenenalter auf Dauer manifestiere, im Verlauf im Schweregrad mehr oder weniger gleichbleibend sei, und sich aber eine solche Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit früher nicht gezeigt habe. Der Beschwerdeführer habe während mehreren Jahren mit voller Leistung gearbeitet (Urk. 8/74/16). Mit Blick auf die

klinisch-diagnostischen Leitlinien zu Persönlichkeitsstörungen ( vgl. Horst Dilling /Werner Mombour /Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, F60-F61, S. 274-285 ) , nach denen Persönlichkeitsstörungen in der Regel in der Kindheit oder Adoleszenz beginnen und bis ins Erwachsenenalter dauern (a.a.O., S. 274),

ist in der Tat fraglich, womit sich

eine Persönlichkeitsstörung

begründen würde. In den Vorakten (vgl. Urk. 8/10/1-35; Urk. 8/12/4; Urk. 8/38/2; Urk. 8/44) und der Vorgeschichte (vgl. Urk. 8/4/6-7) finden sich nicht hinreichende Anhaltspunkte für eine früher bestehende Persönlichkeitsstörung und solche wurden auch nicht vorgebracht. Auch der seit dem 21. November 2016 behandelnde Psychiater Dr.

G. \_\_\_ diagnostizierte keine Persönlichkeitsstörung (Urk. 14/1). 6. 4

Nach dem Gesagten kann

aufgrund mit der gegenwärtigen Aktenlage nicht entschieden werden. Der medizinische Sachverhalt erweist als nicht genügend abgeklärt

und die Streitsache als nicht spruchreif. Die Angelegenheit ist an die Verwaltung zurückzuweisen, damit diese ein externes polydisziplinäres (internistisches, rheumatologisches, neurologisches, neuropsychologisches und psychiatrisches) Gutachten einhole, das die gegebenenfalls festgestellten psychischen Gesundheitsstörungen im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGE 143 V 418 und 409 mit Hinweis auf BGE 141 V 281) würdigt, und sich insbesondere auch dazu zu äussern hat, welche Rolle der Substanzkonsum des Versicherten (Cannabis, Alkohol) spielt.

Bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit wird dabei auch zu berücksichtigen sein, dass der Beschwerdeführer per 1. September 2018 seine langjährige Anstellung als Bauführer verloren hat (Urk. 23/3), die er zu einem grossen Teil auch von zu Hause aus hatte ausüben können. Es sind somit bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab diesem Zeitpunkt Arbeitsprofile des allgemeinen Arbeitsmarktes zu hinterlegen und es kann nicht mehr auf den konkreten Arbeitsplatz abgestellt werden. Anschliessend wird die IV-Stelle über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu befinden haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben. 7.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Sie sind auf Fr. 700.-- anzusetzen. Da die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen gilt (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. E. 5 mit Hinweisen), sind sie

ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Die Prozessentschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ist ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen. Diese ist unter Berücksichtigung des Stundenansatzes für

freiberufliche Anwälte (Fr. 220.-- exklusive Mehrwertsteuer), der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'600.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 4. Mai 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen ein polydisziplinäres Gutachten einhole und danach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu befinde. 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. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christina Ammann - 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GrünigStuedler

## **E. 7**

). Mit Replik vom 1. November 2017 (Urk. 13) liess der Versicherte die Gutheissung der Beschwerde beantragen

und einen Arztbericht vom behandelnden Psychiater, Dr.

G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Oktober 2017 (Urk. 14/1) und eine Stellungnahme von Dr. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, und Dr.

I.\_\_\_\_, Neuropsychologin, vom 29. Juni 2017 einreichen (Urk. 14/2).

Am 4. Dezember 2017 verzichtete die IV-Stelle auf eine Duplik (Urk. 16), was dem Versicherten am 5. Dezember 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17).

Am 3. Mai 2018 forderte das Gericht die Parteien auf unter dem Gesichtspunkt der geänderten bundesgerichtlichen Praxis (BGE 143 V 409 und 143 V 418) zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Rente der Invalidenversicherung bei psychischen Leiden Stellung

zu nehmen (Urk. 18). Am 28. Mai 2018 reichte die IV-Stelle ihre Stellungnahme ein (Urk. 21). Der Versicherte liess am 18. Juni 2018 Stellung nehmen (Urk. 22). Er liess neue ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Urk. 23/1) einreichen und die per 31. August 2018 durch die Arbeitgeberin erfolgte begründete Kündigung seines Arbeitsverhältnisses (Urk. 23/2-3) mitteilen. Am 21. Juni 2018 wurde die IV-Stelle zur Stellungnahme zu den neu eingereichten Unterlagen aufgefordert und gleichzeitig wurde dem Versicherten die Eingabe der IV-Stelle vom 28. Mai 2018 (Urk. 21) zugestellt (Urk. 24). Am 2. Juli 2018 verzichtete die IV-Stelle auf weitere

Äusserungen (Urk. 26). Mit Eingabe vom 18. Juli 2018 (Urk. 28) liess sich der Versicherte zur Stellungnahme der IV-Stelle vom 28. Mai 2018 (Urk. 21) vernehmen, was der IV-Stelle am 2. August 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 29).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:  
1.

## **E. 8**

/36) lagen

im Wesentlichen die Berichte von Dr. K.\_\_\_\_, Chefarzt für Neurochirurgie der Klinik B.\_\_\_\_, vom 20. August (Urk. 8/10/2) und 4. September 2012 (vgl. Urk. 8/10/1), von Dr. L.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, vom 4. April 2013 (Urk. 8/19), und die Stellungnahme der RAD-Ärztin

M.\_\_\_\_, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 11. und 13. Mai 2013 (Urk. 8/22/3-4) zugrunde (vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 16. Mai 2013; Urk. 8/22).

4.2

Dr. K.\_\_\_\_ hielt am 20. August 2012 fest, dass am 18. Januar 2012 eine ventrale Dekompression und eine Stabilisationsoperation bei Osteochondrose C5/6 und C6/7 stattgefunden habe. Die zervikale Narbe sei gut verheilt. Die Titanplatte C5 nach C7 sei in unveränderter Position, ventral leicht abgehoben auf Höhe C5, aber soweit ersichtlich in stabiler Konsolidation.

Der Beschwerdeführer könne den Kopf wieder deutlich besser als vor der Operation flektieren. Es sei jedoch bei der Extension des Kopfes zunehmend eine Schmerzsituation aufgetreten. Auch bei PC-Arbeiten verspüre der Beschwerdeführer nach 2 Stunden Arbeit zunehmend Nackenschmerzen. Vorübergehend habe er die Arbeit nach der Operation wieder zu 100% aufgenommen. Aktuell arbeite er noch zu 50%. Dieses Pensum entspreche auch mindestens seiner derzeitigen Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/10/2). Zur Kontrolle der Dekompression und der Nachbarsegmente wurde im Nachgang eine Magnetresonanztomographie (MRI) durchgeführt (Urk. 8/10/2). Am 4. September 2012 erklärte Dr. K.\_\_\_\_, dass das durchgeführte MRI eine gute Dekompression auf den operierten Höhen C5/6 und C6/7

zeige. Es bestehe somit kein Risiko einer neurologischen Verschlechterung zum aktuellen Zeitpunkt. In den darüber liegenden Segmenten bestehe noch eine gewisse Arthrose, welche aber nicht signifikant sei. Es seien regelmässige Übungen durchzuführen und die Arbeitsfähigkeit sollte weiterhin progredient gesteigert werden können (Urk. 8/10/1). 4.3

Am 4. April 2013 diagnostizierte Dr. L.\_\_\_\_ ein chronisches zervikospodylogenes Syndrom und zusätzlich ein passage radikuläres Syndrom bei Status nach ventraler Dekompression und Stabilisationsoperation bei Osteochondrose C5/6 und C6/7 im Januar 2012. Zeitweise sei ein radikuläres Reizsyndrom beidseits mit muskulärem Hartspann festzustellen. Der Beschwerdeführer leide bei der körperlichen Arbeit unter Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule und er habe Schmerzen bei längerer PC-Arbeit.

Ausserdem sei er psychisch wenig belastbar. Die Arbeitsunfähigkeit habe vom 1. Dezember 2011 bis zum 29. April 2012 100 % betragen und sei vom 30. April 2012 bis auf Weiteres – krankheitsverlaufabhängig – auf 50 % festzusetzen (Urk. 8/19/5-6). 4.4

M.\_\_\_\_ vom RAD

erklärte am 11. Mai 2013, der klinische Untersuchungsbefund von Dr. K.\_\_\_\_ (Bericht vom 20. August 2012; Urk. 8/10/2) dokumentiere eine Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS). Gestützt auf den Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ betreffend MRI vom 4. September 2012 (vgl. Urk. 8/10/1) könne die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe nach der Operation der Halswirbelsäule eine verminderte Belastbarkeit für regelmässiges mittelschweres und schweres Heben, Tragen und Transportieren von Lasten, für Arbeiten über Kopf- und Schulterhöhe, auf Leitern und Gerüsten, mit Schlag- und Vibrationsbelastungen des Schultergürtels, für häufiges Bücken sowie für Tätigkeiten in körperlichen Zwangshaltungen. Leichte (angepasste) Tätigkeiten in Wechselbelastung ohne dauerhaftes Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 10 kg, ohne Verharren in Zwangshaltungen, ohne dauerhafte Armvorhaltebelastungen und Überkopfarbeiten seien dem Versicherten medizinisch theoretisch ab April 2012 (Zeitpunkt des Erreichens der Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % in der angestammten Tätigkeit) zu 100 % zumutbar (Urk. 8/22/3-4). Am 13. Mai 2013 ergänzte M.\_\_\_\_, dem Arbeitgeberfragebogen (vgl. Urk. 8/13/14) sei zu entnehmen, dass die angestammte Tätigkeit als Bauführer mit häufigen monotonen Sitzhaltungen einhergehe. Die Hebe- und Tragebelastungen würden 10 kg nicht überschreiten. Damit könne aus medizinischer Sicht davon ausgegangen werden, dass die angestammte Tätigkeit zu einem grossen Anteil zugleich eine angepasste Tätigkeit sei. Vor diesem Hintergrund und gestützt auf den Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 4. September 2012 (vgl. Urk. 8/10/1) erklärte sie, dass seit Januar 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei vermehrtem Pausenbedarf plausibel sei (Urk. 8/22/4). 5. 5.1

#### 5.1.1

Zur Beurteilung der Entwicklung der medizinischen Verhältnisse wurde das polydisziplinäre Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 3. Juni 2016 (Urk. 8/74) in den Bereichen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie eingeholt. Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/74/23). - Chronisches

zervikospodylogenes Schmerzsyndrom rechts betont

(ICD-10 M53.1) - Status nach ventraler Dekompression und Spondylodese C5 bis C7 am 18. Januar 2012 - Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - radiologisch regelrechter postoperativer Befund - Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden festgehalten (Urk. 8/74/23-24): - Störung durch multiplen

Substanzkonsum (Cannabis, Alkohol), schädlicher Gebrauch (ICD-10 F19.1)  
- Beginnendes metabolisches Syndrom - Übergewicht (BMI 26kg/m<sup>2</sup>) - leichte  
Dyslipidämie (ICD-10 E78.2) - leichte Hyperurikämie (ICD-10 E79.0) - Rezidivierende  
gastritische Beschwerden (ICD-10 K29.7) - Dauerbehandlung mit PPI - anamnestic  
Hiatushernie 5 . 1 . 2

Im rheumatologischen Fachgutachten vom 3. Mai 2015 (Urk. 8/74/16-21) hielt Dr. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie sowie für Physikalische Medizin und Rehabilitation, fest, der Beschwerdeführer habe von Dauerschmerzen im Zervikalbereich berichtet. Wenn er länger als eine halbe Stunde am PC arbeite, komme es zu zunehmenden Schmerzen im rechten Arm. Bei Tätigkeiten, die mit vermehrten Augenbewegungen verbunden seien, wie zum Beispiel Einkaufen oder Gespräche in grösserer Runde, komme es ebenfalls zu einer deutlichen Zunahme der Beschwerdesymptomatik. Längeres Stehen sei ihm weitestgehend problemlos möglich. Gehen führe zu einer Linderung der Beschwerdesymptomatik. Aufgrund dessen mache er täglich Nordic Walking. Zusätzlich gehe er Schwimmen, trainiere auf dem Spinning Bike und mache eigenständig die erlernten krankengymnastischen Übungen. Hiermit verbringe er täglich mehrere Stunden. Schmerzmedikamente nehme er nicht. Sämtliche Schmerzmedikamente, die er ausprobiert habe, hätten nicht zu einer Linderung der Beschwerdesymptomatik geführt. Er arbeite derzeit in einem 30%-Pensum als Bauführer und zwar überwiegend von zu Hause aus. Es handle sich zu 70 % um eine reine Computerarbeit. Gelegentlich müsse er auch auf Baustellen gehen, was jedoch eher selten sei (Urk. 8/74/18).

Unter dem Titel rheumatologischer Befund hielt die begutachtende Rheumatologin fest, dass das Einnehmen der tiefen Hocke zu einer Zunahme der permanent vorhandenen Schmerzen im Zervikalbereich führe. Bei sämtlichen Funktionsprüfungen der Wirbelsäule komme es zu einer Zunahme der Schmerzen im Zervikalbereich. Es seien Triggerpunkte im Bereich des Musculus trapezius und am Ansatz des Musculus

levator

scapulae rechts vorhanden. Weder bei den Halswirbelsäulen- noch Lendenwirbelsäulenprüfungen seien Provokationen von radikulärer oder pseudoradikulärer Symptomatik festzustellen gewesen. Bei der Überprüfung der Hüftgelenksfunktionen habe der Beschwerdeführer wie der vermehrte Schmerzen im Zervikalbereich angegeben. Das Röntgenbild der Halswirbelsäule der Praxis O.\_\_\_\_ vom 3. Mai 2015 habe einen Status nach ventraler Spondylodese C5-C7 mit vollständiger knöcherner Durchbauung gezeigt. Es bestehe eine regelrechte Lage des Spondylodesematerials mit im Vergleich zur Voruntersuchung vom August 2012 unverändert ventral leicht abgehobener Titanplatte auf der Höhe C5 (Urk. 8/74/19).

Im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung konstatierte Dr. N.\_\_\_\_, dass seit etlichen Jahren ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts besteht. Die aufgrund der therapieresistenten Beschwerden bei degenerativen Veränderungen C5 und C7 durchgeführte ventrale Dekompression und Spondylodese C5 bis C7 hätten nur vorübergehend zu einer Besserung der Beschwerdesymptomatik geführt. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei die Beweglichkeit der HWS in sämtlichen Ebenen eingeschränkt. Es würden sich Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur feststellen lassen. Hierbei würden vor allem Triggerpunkte im Bereich des Musculus trapezius und am Ansatz des Musculus

levator

scapulae rechts imponieren, die für die Beschwerdesymptomatik mitverantwortlich seien. Klinische Hinweise für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik wie Reflexausfälle oder Abschwächung von Kennmuskeln würden sich nicht finden. Dies korreliere gut mit dem Befund der Kernspintomografie vom September 2012, bei der keine Diskushernie habe nachgewiesen werden können (Urk. 8/74/20).

Die im Rahmen des Arbeitsassessments an der Rheumaklinik des Universitätsklinikums P.\_\_\_\_ am 20. Oktober 2010 (vgl. Urk. 8/10/31-34) gestellte Diagnose eines rechtsbetonten zervikospondylogenen Syndroms bei degenerativen Veränderungen C5 bis C7 sei zum damaligen Zeitpunkt korrekt gewesen. Die dort festgestellte ganztägige Arbeitsfähigkeit mit vermehrten Pausen für schwere Arbeiten sei jedoch etwas zu hoch. Da zum damaligen Zeitpunkt bereits deutliche degenerative Veränderungen im Zervikalbereich bestanden hätten, seien schon damals körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar gewesen. Bedingt durch die Spondylodeseoperation seien nun auch mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar (Urk. 8/74/20). Zur Arbeitsfähigkeit

führte die E.\_\_\_\_ - Rheumatologin

Dr. N.\_\_\_\_

aus,

für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Arbeiten mit den Armen über der Horizontalen bestehe

aus rheumatologischer Sicht

noch eine volle Arbeitsfähigkeit. Die angestammte Tätigkeit des Bauleiters (recte: Bauführers) entspreche laut Arbeitsplatzbeschreibung des Beschwerdeführers dem zumutbaren Leistungsprofil und sei ihm demnach vollschichtig zumutbar (Urk. 8/74/20,

vgl. Urk. 9/74/24-25). 5.1.3

Im psychiatrischen Fachgutachten vom 2. Mai 2016 (Urk. 8/74/9-16) stellte Dr. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest,

dass die Stimmung leicht depressiv gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe erhöhte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen angegeben. Er habe auch über Ängste vor einer erneuten Verschlechterung der Schmerzsymptomatik berichtet. Der Selbstwert sei etwas vermindert gewesen mit negativen Zukunftsperspektiven bezüglich seiner gesundheitlichen und beruflichen Situation. Es hätten keine Hinweise auf Suizidalität bestanden (Urk. 8/74/12). Der Beschwerdeführer konsumiere

regelmässig einmal in der Woche eine grössere Alkoholmenge und rauche auch regelmässig zum Schlafen Cannabis. Es bestehe auch ein Nikotinkonsum. Durch den Substanzkonsum könne es zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik, die erst nach der Schmerzsymptomatik entstanden sei,

kommen. Eine Entzugssymptomatik sei nicht erwiesen. Das alkoholspezifische Carbohydratdefizient-(Kohlenhydratdefizientes)-Transferrin (CDT) sei nicht pathologisch erhöht gewesen, was gegen einen chronischen Alkoholismus im Sinne eines Abhängigkeitssyndroms spreche. Diagnostisch handle es sich um einen schädlichen Gebrauch. Ein irreversibler Gesundheitsschaden bestehe nicht (Urk. 8/74/12-13). Im Weiteren

sei es dem Beschwerdeführer trotz starker Schmerzen möglich, selber Auto zu fahren. Dies spreche gegen deutliche Konzentrationsstörungen. Auch im Untersuchungsgespräch habe er sich eigentlich gut konzentrieren können. Er sei vor allem stets gleich konzentriert gewesen, auch wenn er einmalig seinen mitgebrachten Lebenslauf zu Hilfe genommen habe (Urk. 8/74/14). Insgesamt sei es so, dass von einer Somatisierung im Rahmen der Depression ausgegangen werden müsse, soweit die Symptomatik nicht aus somatischer Sicht begründet werden könne. Es liesse sich auch eine deutliche ausgeprägte Krankheits- und Behinderung überzeugung feststellen, indem sich der Beschwerdeführer nur noch, wie bis her, zu 30 % in seinem Beruf als Bauführer arbeitsfähig fühle (Urk. 8/74/14-15).

Zur Arbeitsfähigkeit führte der E.\_\_\_\_ -Psychiater Dr. Q.\_\_\_\_ aus, es bestehe

ausgehend von einer leichten depressiven Störung (ICD-10 F32.0) bei der Arbeit eine erhöhte Ermüdbarkeit, was einen

vermehrten Pausenbedarf erfordere (vgl. Urk. 8/74/15, Urk. 8/74/16). Aus psychiatrischer Sicht sei die somatische Arbeitsfähigkeit realisierbar. Der multiple Substanzkonsum von Cannabis und Alkohol könne die Depression zwar negativ beeinflussen. Es sei dadurch aber keine einschränkende Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit anzuerkennen, weil es dem Beschwerdeführer jederzeit zugemutet werden könne, abstinent zu sein oder dazu fachliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Deutliche Konzentrationsstörungen aufgrund des Substanzkonsums bestünden nicht (Urk. 8/74/15). Es bestehe in der angeordneten Tätigkeit und in allen seinen Fähigkeiten entsprechenden und aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, die auch in einem ganztägigen Pensum mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen realisierbar sei. Von dieser Arbeitsfähigkeit könne rückwirkend gemittelt über den Verlauf seit 2014 ausgegangen werden, seitdem eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen bestanden habe (Urk. 8/74/16).

Zur anamnestic durch die behandelnde Psychiaterin Dr.

J.\_\_\_\_ diagnostizierten schweren Depression (vgl. Urk. 8/38/3-4, Urk. 8/44) erklärte Dr. Q.\_\_\_\_, dass eine schwerere ausgeprägte depressive Episode punktuell bestanden haben möge. Eine Depression bleibe aber nie gleich, sondern verbessere sich, auch im natürlichen Verlauf, wie sie sich auch wieder verschlechtern könne. Es sei dann eine rezidivierende depressive Störung in Betracht zu ziehen. Ein deutlich phasischer Verlauf mit Verschlechterung, Verbesserung und symptomfreien Intervallen bestehe aber nicht. Gegenwärtig bestehe eine leichte depressive Episode, unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10. Eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit sei rein aus psychiatrischer Sicht nicht gerechtfertigt, auch aufgrund der täglichen Aktivitäten, die dem Beschwerdeführer zumutbar seien (Urk. 8/74/16). 5. 1. 4

Im neurologischen Fachgutachten vom 3. Mai 2016 (Urk. 8/74/21-23) berichtete Dr. R.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, über keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Gleiches

meldete

Dr. S.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus seinem Fachgebiet im internistischen Teilgutachten vom 3. Mai 2016 (Urk. 8/74/6 - 9). 5. 1. 5

In der Gesamtbeurteilung hielten die E.\_\_\_\_ -Gutachter fest, dass beim Beschwerdeführer die Beschwerdesituation im Bereich der oberen Wirbelsäule im Vordergrund stehe. Dies sei rheumatologisch und neurologisch validiert worden. Diagnostisch sei das chronische zervikospondylogene Schmerzsyndrom festzustellen, bei Status nach ventraler Dekompression und Spondylodese C5-C7 am 18. Januar 2012. Radikuläre Befunde liessen sich derzeit nicht nachweisen. Im Vordergrund stünden die Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur. Radiologisch bestehe ein regelrechter Befund. Ausserdem bestehe aus psychiatrischer Sicht auf affektiver Ebene eine leichte depressive Störung, die rezidivierend und persistierend sei. Im Hintergrund bestehe noch ein multipler moderater Substanzkonsum per se ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend könne der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Bauführer beziehungsweise eine allgemein leichte, adaptierte Tätigkeit

spätestens seit Januar 2013 mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %

vollschichtig und mit erhöhtem Pausendarf ausüben. Die Einschätzung des Versicherten selber, nur zu 30 % arbeitsfähig zu sein, sei aufgrund der Befunde weder somatisch noch psychiatrisch nachvollziehbar, und es stünden auch die effektiven Möglichkeiten

und Alltagsaktivitäten des versicherten dieser Einschätzung entgegen (Urk. 8/74/24-25).

5.2

Am 29. Juni 2016 äusserte sich der RAD-Arzt T.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, dahingehend, dass das Gutachten der E.\_\_\_\_ die Qualitätskriterien

erfülle, nachvollziehbar und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen plausibel

sei. Eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit der letzten Verfügung im Jahr 2013 habe hinsichtlich der zumutbaren Arbeitsfähigkeit nicht stattgefunden (Urk. 8/80/6). 6.

6.1

Vorweg ist festzuhalten, dass betreffend psychischer Seite einhellig von allen Fachärzten im Vergleich zur erstmaligen Beurteilung neu mindestens eine Diagnose mit Krankheitswert gestellt wird, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, indem entweder eine schwere Depression, eine leichte Depression, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung und/oder eine somatoforme Schmerzstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert wurde (vgl. Urk. 8/38/3-4, Urk. 8/46, Urk. 8/54/5-6, Urk. 8/74/15-16, Urk. 8/93/3, Urk. 14/1). Dadurch liegt nach derzeitigem Aktenstand eine erhebliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse vor. Die überwiegend wahrscheinliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands gibt Anlass für eine umfassende Überprüfung der Leistungsberechtigung (vgl. vorne E. 1.5), und zwar unabhängig davon, ob aus rheumatologischer Sicht gegebenenfalls seit Jahren im Wesentlichen ein unveränderter Gesundheitszustand vorliegt.

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