

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00130 vom 10. Januar 1994

ZH Sozialversicherungsgericht, 1994-01-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00130

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00130 du 10 janvier 1994

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00130 del 10 gennaio 1994

Erwägungen

E. 1

). Am 24. November 2008 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 10 / 138). Nachdem die Verwaltung den Versicherten psychiatrisch durch Dr. med. A. ___ , Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH , hatte begutachten lassen (Urk. 10 /16 8), verneinte sie mit Verfügung vom 23. November 2010 einen Leistungsanspruch (Urk. 10/182).

Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 26 . Juni 2012 (Urk. 10/ 195 ; Verfahren IV.2010 .0 1247) ab.

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 Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

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 ausgeglichene n 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).

E. 1.2

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

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

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art.

E. 1.5

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtssprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung vom

E. 3

. Mai 2016 erstattet wurde (Urk. 10 / 222 /2 -56). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10 / 228 , Urk. 10 / 229, Urk. 10/233, Urk. 10/238) wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 18 . Dezember 2017 (Urk. 2) das Leistungsbegehren ab. 2.

Der Versicherte erhob am 31 . Januar 201

E. 3.1

Das hiesige Gericht stützte sich in seinem Urteil vom 26. Juni 2012

(Urk. 10/195)

über den bezüglich der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. November 2010

(Urk. 10/182) zu beurteilenden Leistungsanspruch auf das psychiatrische

Gutachten von Dr. med. A.____

vom

2. November 2009 (Urk. 10/168). Dieser kam zum Schluss, dass bestenfalls eine leichte depressive Störung, rezidiierend, diagnostiziert werden könne. Eine somatoforme Schmerzstörung lasse sich nicht begründen. Zusätzlich seien invaliditätsfremde Gründe zu nennen. Eine Besserung der Kopfschmerzen würde sicherlich bei entsprechender Therapie eintreten. Insgesamt sei deshalb nicht von einem geistigen Gesundheitsschaden auszugehen, welcher die Arbeitsfähigkeit einschränke. Bezüglich der Berichte des behandelnden Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte der Gutachter aus, dass diese hauptsächlich das Befinden des Versicherten wiedergeben würden, was bei Psychotherapeuten naturgemäss so sei. Sodann seien einige Befunde, welche Dr. C.____ erhoben habe, bereits wegen der Sprachbarriere erklärbar, da er anlässlich seiner Begutachtung habe feststellen können, wie sich das Verhalten des Versicherten geändert habe, als diese im Beisein eines Dolmetschers fortgesetzt worden sei.

E. 3.2

Das hiesige Gericht erwog hierzu im Urteil vom 26. Juni 2012 (Urk. 10/195), dass

die Einschätzung von Dr. A.____ insgesamt zu überzeugen vermöge, schildere dieser doch beispielsweise eindrücklich die Stimmungsschwankungen des Versicherten während der Untersuchung.

Die beiden psychiatrischen Gutachten aus dem Jahr 2004 und 2010 stimmen in den wesentlichen Punkten überein und stellen ein ähnliches Bild des Beschwerdeführers dar. Dass im MEDAS-Gutachten vorübergehend eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% angenommen werde, während Dr.

A.____ aufgrund einer leichten depressiven Episode keine Einschränkung attestiere, ändere nichts an der Tatsache, dass sich das Beschwerdebild nicht wesentlich verändert habe, sondern im Gegenteil sich verbessert habe. Zugunsten sei, dass eine leichte depressive Episode, wie sie vorliegend attestiert werde, das Kriterium der psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer nicht erfülle, weshalb sie aus sozial-versicherungsrechtlicher Sicht keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe, zumal der Psychiater selber angeführt habe, dass trotzdem eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Der Gutachter habe sich nachvollziehbar und schlüssig mit den Berichten des Dr.

C.____ auseinandergesetzt.

Das hiesige Gericht schloss daher, dass die rentenabweisende Verfügung

vom 23.

November 2010 zu Recht erfolgt sei (E. 2.3). 4. 4.1

Die rentenabweisende Verfügung vom

E. 8

Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Dezember 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die gesetzlich vorgeschriebenen notwendigen medizinischen Abklärungen über seinen Gesundheitszustand beziehungsweise über die Arbeitsbeziehungsweise Leistungsfähigkeit vorzunehmen oder zu veranlassen. Zudem ersuchte er um Fristerstreckung zur Einreichung weiterer Arztberichte und einer allfälligen Ergänzung der Beschwerde. Weiter stellte er Antrag auf Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege und Bestellung von Rechtsanwältin

Magdalena Schaer als unentgeltliche

Rechtsbeiständin (Urk. 1 S. 2).

Am 27. Februar 2018 (Urk.

7) reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Arztbericht (Urk.

8) ein.

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom

E. 13

1. März 2018 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde.

Am 30. April 2018 (Urk. 11) sowie am 21. Juni 2018 (Urk. 13) reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte ein (Urk. 12 und Urk. 14).

Mit Verfügung vom 27. Juni 2018 (Urk. 15) wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung unter Bestellung von Rechtsanwältin Magdalena Schaer als unentgeltliche Rechtsvertreterin gewährt, ihm die Beschwerdeantwort sowie der Beschwerdegegnerin die Eingaben des Beschwerdeführers vom 27. Februar, 30. April und 21. Juni 2018 samt Beilagen zugestellt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 17

Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar

(BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 18

18. Dezember

E. 20

17 (Urk. 2) nach Neuankündigung beruhte im Wesentlichen auf nachstehenden medizinischen Unterlagen: 4.2

Dr. C.____, führte in seinem Bericht vom 23. September 2014 (Urk. 10/203) aus, diagnostisch liege eine chronifizierte Major Depression vor und mit ihr eine sekundäre

Beeinträchtigung der Persönlichkeit (ICD-10 F39 und F61.1). Dies bei Status nach einer traumatischen Belastung im Anschluss an die Vermittlung einer familiären Katastrophe (Verlust von Familienangehörigen nach Unfall). Das psychiatrische Zustandsbild, gekennzeichnet durch Schmerzen, Körpererschöpfungsgefühle, Antriebsstörung und kognitive Defizite etc., bedingte eindeutig eine hochgradige 95-100%ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Bereich bzw. in allen verwandten belastenden Berufen und - wegen der Beeinträchtigung basaler Fähigkeiten - auch im Hinblick auf so genannte behinderungsangepasste Arbeiten (S. 4-6). 4.3

Im Gutachten der B.____

vom 3. Mai 2016 (Urk. 10/222 / 2-56) nannten Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie FMH, Dr. med. F.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, und Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S.

E. 25

f.): - Frozen

shoulder links (ICD-10 M75.9) - differentialdiagnostisch: assoziiert bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus - klinisch Verdacht auf diskret beginnende mediale femorotibiale und retropatelläre Gonarthrose beidseits (ICD-10 M17.0) - Status nach arthroskopischer

Teilmeniscektomie medial rechts am 11. Oktober 2011 bei medialem Meniskusriss Kniegelenk rechts - intermittierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - differentialdiagnostisch: Morbus Bastrup - radiomorphologisch deutliche Abflachung des Winkels zwischen Sakrum basis und der unteren Lendenwirbelsäule (LWS). Streckhaltung der LWS bei normalem Alignment. Diskrete Erniedrigung der Bandscheibenhöhe zwischen Lendenwirbelkörper (LWK)5/Sakralwirbelkörper (SWK)1, proximal von LWK5 gut erhaltene

Bandscheibenhöhen, sehr prominente r

Processus

spinosus der unteren LWS mit dorsal

betonten osteophytären Ausziehungen - Wirbelsäulenfehlform/-haltung (thorakolumbals-förmige Torsions skoliose, betonte

langgezogene thorakale Hyperkyphose mit konsekutiv HWS- sowie

Schulterprotraktionsfehlstellung) - deutliche allgemeine muskuläre Dekonditionierung mit Abschwächung der

abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen mit schmerzhaften reaktiven

Myogelosen im Bereich der Subokzipital- und Trapeziusmuskulatur sowie lumbal

paravertebral - Metabolisches Syndrom - Übergewicht (BMI 26 kg/m²) - arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10) - Dyslipidämie, medikamentös behandelt (ICD-10 E78.2) - Diabetes mellitus Typ 2, insulinpflichtig (ICD-10 E10.7) - schlecht eingestellt mit HbA_{1c} von 10.4 % (Referenz < 6.3

%) - Makroangiopathie bei KHK - Verdacht auf beginnende diabetische Polyneuropathie (ICD-10 G62.8) - Koronare 1-Gefäßerkrankung (ICD-10 I25.1) - Status nach

N STEMI

antero-lateral mit Rekanalisation des am Abgang verschlossenen 1. Diagonalastes (kein Stent, nur PTCA) Februar 2010 - TTE Februar 2016: normale LV-Funktion (EF 60-65 %), keine regionale

Wandbewegungsstörung - Ergometrie Februar 2016: klinisch und elektrisch unauffällige Belastungsergometrie - kardiovaskuläre Risikofaktoren - metabolisches Syndrom (vgl. Dg . 5.1.4) - fortgesetzter Nikotinkonsum (ca. 25 py) (ICD-10 F17.1) - Mastozytose mit multiplen Allergien - CAVE: Kälte-/Wärmereiz, Alkohol, Schlange n-/ Insektengift , Kontrast mittel, Opiate

(inkl. Codein), Chymotrypsin , Parathormon , Somatostatin - Tryptase vom 8. Februar 2010 : 17,2 µg /l (Referenz < 11.4 µg /l)

Daneben stellten die Gutachter folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Cephalgie - Verdacht auf CTS links (ICD-10 G56.0)

Die Gutachter führten in ihrer Konsensbeurteilung aus, es resultiere aus poly disziplinärer Sicht, dass eine Arbeitsunfähigkeit beim Beschwerdeführer in körperlich schweren, anhaltend mittelschweren und nicht adaptierten Tätigkeiten vorliege . Dazu würde auch die einmal angestammte Tätigkeit als Maurer zählen. Für körperlich

leichte bis intermittierend mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten besteht eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der Polymorbidität könne eine Leistungseinbusse von 10 % zuerkannt

werden (S. 27 f. Ziff. 6.2) .

Ferner berichteten die Gutachter, der Beschwerdeführer habe sich in allen Untersuchungen äusserst überlagert und aggraviorisch

präsentiert . Sehr gute und klare Informationen hätten sich mit vorgegebenem Nichtwissen und Schläfrigkeit abgewechselt. Auf die Selbsteinschätzung sei somit in keiner Weise abzustützen. Dies zeige sich nicht nur in den Untersuchungssituationen, er nehme auch die angegebenen Medikamente offensichtlich nicht ein (S. 28 Ziff. 6.4). Zudem könnten berufliche Massnahmen beim stark aggraviorischen Beschwerdeführer nicht vorgeschlagen werden (Ziff. 6.7). 5. 5.1

Aufgrund des B.____-Gutachtens ist offenkundig, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers in einer auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Weise verschlechtert hat. Neu finden sich im Gegensatz zur letzten Leistungsverweigerung somatische Leiden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Schulter-, Knie-, Rücken-, Herzproblematik; vgl. E. 3 und E. 4.3). Da eine substantielle Veränderung des Gesundheitszustandes belegt ist, ist im Folgenden der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (vgl.

E. 1. 4). 5 . 2

Das polydisziplinäre Gutachten der Fachärzte des B.____

vom 10. Mai 2016 (E. 4. 3) ist hinsichtlich der zu beurteilenden Leiden des Beschwerdeführers umfassend. Es beinhaltet internistische, neurologische,

rheumatologische und psychiatrische Untersuchungen und beruht auf den erforderlichen allseitigen klinischen und

bildgebenden Explorationen sowie notwendigen Laborerhebungen

(Urk. 10/222/2-56 S. 9, S. 11-13, S. 18 -20, S. 23 f.) . Das Gutachten wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet (S. 2-7, S. 12 , S. 17 f., S. 22 , S. 25) , berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander (S. 7, S. 10 f., S. 13-17, S. 20 f., S. 23-25).

Die Gutachter haben die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nach erfolgter Konsensbesprechung nachvollziehbar begründet (S. 27 f.). So zeigten sie schlüssig auf, dass aufgrund der koronaren 1-Ast-Erkrankung eine Arbeitsunfähigkeit in schweren und anhaltend mittelschweren Tätigkeiten vorliegt sowie wegen der Diabetes mellitus Einschränkungen für selbst- oder fremdgefährdende Tätigkeiten bestehen. Ebenso nachvollziehbar ist , dass wegen der Fro-

Shoulder links, der femorotibialen und retropatellären Gonarthrose beidseits sowie des intermittierenden lumbospondylo-

Schmerzsyndromes eine Arbeitsfähigkeit für schwere und anhaltend mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr gegeben ist und deswegen nur körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten, in mehrheitlich Schulterneutralstellung, ohne Rotationsbewegungen der LWS, ohne berufsbedingtes Gehen auf Treppen oder Besteigen von Leitern möglich sind. Daneben konnten die Gutachter insbesondere aufzeigen, dass keine depressive Störung gegeben ist und insgesamt eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maurer vorliegt sowie wegen der Polymorbidität für angepasste Tätigkeiten gemäss Belastungsprofil eine Leistungseinbusse von 10 % besteht.

Folglich entspricht das Gutachten den bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweiskräftiges Gutachten (E. 1.6). 5.3

Im Unterschied zum B.____ - Gutachten diagnostizierte Dr. C.____

in seinem Bericht vom 23. September 2014

aus psychiatrischer Sicht eine

chronifizierte Major Depression sowie eine sekundäre Beeinträchtigung der Persönlichkeit (E. 4.2) . Er sah - im Gegensatz zu den Gutachtern - jedoch von der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung ab (E. 4.2-3).

Das psychiatrische B.____ - Teilgutachten enthält eine klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urk. 10 / 222 /2- 56 S.

10 - 17) und entspricht somit den bundesgerichtlichen Voraussetzungen an ein psychiatrisches Gutachten (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2). Dr. G.____ war der Bericht von Dr. C.____ bekannt und er setzte sich denn auch mit einer allfälligen Diagnose einer Depression eingehend auseinander und konnte schlüssig aufzeigen, dass eine solche Erkrankung zum Gutachtenszeitpunkt nicht vorlag, da der Beschwerdeführer weder unter Schlafstörungen, noch unter Antriebsstörungen, depressi-

ven Verstimmungen, erhöhter Ermüdbarkeit, einem « Lebensver leider » oder Suizidgedanken litt, jedoch eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung zeigte (Urk. 10/222/2-56 S. 1 5 f.).

Darüber hinaus ergibt sich, dass ein Vergleich des von

Dr. C.____ im Jahr 2014 erhobenen Befund es mit demjenigen in seinem Bericht vom 17 . Dezember 2008

(Urk. 10/ 142) – der die gutachterliche Einschätzung von Dr.

A.____

nicht zu ändern vermochte und im Urteil des hiesigen Gerichts berücksichtigt worden war (vgl. E.

3) –

ein im Wesentlichen unveränderter Befund zeigt . Auch damals stellte Dr. C.____

Kö r perfühlungs- und Antriebsstörungen sowie kognitive Defi zite fest , weshalb er schon damals eine Arbeitsunfähigkeit von ca.

90 % attestierte (S. 3 f.) . D a Dr. C.____ den psychischen Gesundheits zu stand des Beschwerdeführers im Vorfeld der Verfügung im Jahr 2010 im Wesentlichen gleich beurteilte wie anlässlich der vorliegend zu beurteilenden Neuanmeldung, fehlen Anhaltspunkte dafür, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers in psychischer Hinsicht verschlimmert hat . So führte denn Dr. C.____ in seinem Bericht vom 23 . September 2014 (Urk. 10/203) explizit aus, dass sich die Vitalität im klinischen Befund, das seiner Meinung nach klar her vorstechende Kennzeichen, über die Dauer der Behandlung hinweg nicht verän dert habe (S. 4). Z udem beschrieb er einen Zustand einer Residual-Symptomatik mit einer Abnahme der Auf fälligkeit gegen aussen ,

wobei Dr. C.____ diese nicht als Anzeichen einer Verbesserung gelten lassen wollte , sondern dieser weiterhin negative Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuschrieb (S. 5 oben) . Dies würde jedoch vom objektiv erhobenen Befund her eher für eine Verbesserung sprechen . Jedenfalls lässt sich

durch den von Dr. C.____

in seinem im Bericht vom 23. Sep tember 2014 (E. 4.2) erfassten Befund nicht auf eine Ver schlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der letzten mate riellen Beurteilung schliessen.

Ausserdem setzte sich Dr. C.____ in keiner Weise mit den bei der letzten Rentenprüfung massgebenden gutachterlichen Fest stellungen auseinander, obwohl gerade diese merklich von seinen damaligen Beurteilungen abwichen (E. 3).

Daneben ist - insbesond ere im Hinblick auf die von Dr. C.____

attestierte 95 100 % ige Arbeitsunfähigkeit - auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauens stellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aus sagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Nach dem Gesagten vermag die Beurteilung durch Dr. C.____ die Einschätzung der B.____ -Gutachter nicht in Frage zu stellen. 5.4

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde (Urk. 1) in verschiedener Hinsicht Kritik am B.____-Gutachten vor.

Er bemängelt, die B.____-Gutachter hätten bei ihrer Beurteilung nur Arztberichte aus der Zeit vor 2009 berücksichtigt und sich insbesondere nicht mit den Berichten von Dr. C.____ vom 23. September 2014 (E. 4.2) sowie dem Bericht der H.____ vom 3. Januar 2013 (Urk. 10/222/2-56 S. 43-44) auseinandergesetzt respektive nicht nachvollziehbar dargelegt, weshalb diese Einschätzungen unzutreffend seien (Urk. 1 S. 4-6). Dieser Vorhalt ist unbegründet, hat doch Dr. G.____ ausdrücklich eine von Dr. C.____ und ebenso von den Ärzten der H.____ diagnostizierte Major Depression verworfen und aufgezeigt, dass die dafür notwendigen Kriterien gemäss ICD-Leitlinien im Gutachtenzeitpunkt nicht vorhanden waren (E. 5.3). Was die von den Ärzten der H.____ diagnostizierte traumatische Belastungsstörung angeht, setzte sich der B.____-Psychiater differenziert mit der Diagnose auseinander und verneinte diese in nachvollziehbarer Weise mit Hinweis auf die dafür fehlenden Voraussetzungen gemäss den ICD-10-Diagnoserichtlinien. Dr. G.____ wies darauf hin, dass der Beschwerdeführer das «traumatische Erlebnis» (Autounfall in der Türkei) nicht selbst miterlebt hatte, weder unter Alpträumen, noch Flashbacks leidet und bis vor wenigen Jahren selbst Auto fuhr (vgl. Urk. 10/222/2-56 S. 17).

Die dies bezügliche Kritik des Beschwerdeführers geht somit fehl.

Weiter kritisierte der Beschwerdeführer, dass angesichts der vielschichtigen Einschränkungen wegen der somatischen Leiden durch die B.____-Gutachter aufgrund der Polymorbidität lediglich eine Leistungseinbusse von 10 % anerkannt werde (vgl. Urk. 1 S. 6 f.). Inwiefern dies nicht nachvollziehbar sein sollte, ist nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer auch nicht medizinisch fundiert dargelegt. Die B.____-Gutachter formulierten aufgrund der diversen körperlichen Leiden und den damit einhergehenden Einschränkungen ein genau umschriebenes Belastungsprofil, aufgrund dessen sie dem Beschwerdeführer eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter/Maurer attestierten. Weshalb bei Beachtung des detaillierten Leistungsprofils in einer angepassten Tätigkeit neben der von den Gutachtern zuerkannten zusätzlichen Leistungseinbusse von 10 % weitere Einschränkungen bestehen sollten, ist nicht ersichtlich.

Entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers, es sei von den B.____-Gutachtern unterlassen worden, hinsichtlich der Komorbidität von somatischen und psychiatrischen Diagnosen eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen (vgl. Urk. 1 S. 7 f.), fand eine solche durch einen interdisziplinären Konsensus aller B.____ Gutachter statt (vgl. Urk. 10/222/2-56 S. 28 f.). Sie attestierten denn deshalb auch im Rahmen der Polymorbidität die besagte Leistungseinbusse von 10 % (vgl.

E. 4.3).

Der Beschwerdeführer warf den B.____-Gutachtern vor, nicht wertefrei zu sein, da diese hinsichtlich medizinischer Massnahmen – insbesondere was die Einnahme von Medikamenten angeht - auf mangelnde Compliance seitens des Beschwerdeführers hinwiesen (vgl. Urk. 1 S. 8 f.). Diese Kritik ist unverständlich, basiert die Aussage der Gutachter doch auf Laboruntersuchungen, wonach gewisse vom Beschwerdeführer angeblich eingenommene Medikamente im Blut nicht nachzuweisen waren (vgl. Urk. 10/222/2-56 S. 9, S. 15 f.).

Was die Kritik an der Erfassung des Tagesablaufs durch den internistischen B.____ Gutachter angeht (Urk. 1 S. 9), ist darauf hinzuweisen, dass der B.____ Psychiater für seine psychiatrische Einschätzung auf eigene, auf den Aussagen des Beschwerdeführers beruhende Erhebungen abstellte (vgl.

Urk. 10/222/2 56

S. 12). Inwiefern die Untersuchung des B.____ -Psychiaters nicht den bundesgerichtlichen Voraussetzungen entsprechen sollte, wie vom Beschwerdeführer hinsichtlich der Erhebung der Persönlichkeitsdiagnostik behauptet, ist nicht erkennbar. So entspricht seine Exploration – wie aufgezeigt (vgl. E. 5.3) – den bundesgerichtlichen Voraussetzungen einer psychiatrischen Untersuchung. Dabei ist darauf zu verweisen, dass Dr. G.____ gerade zum Schluss kam, dass die von ihm attestierte Schmerzstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat und damit keine funktionellen Einschränkungen mit sich bringt, wozu ihm unter anderem der von ihm erhobene psychopathologische Befund nach AMDP diene, welcher eine Persönlichkeitsdiagnostik enthält (vgl.

Urk. 10/222/2-56 S. 14). Der Beschwerdeführer kritisierte daneben, dass die Angaben über den sozialen Rückzug im B.____ -Gutachten von denjenigen der H.____ und von Dr. C.____ abwichen (vgl. Urk. 1 S. 10). Dies mag sein, jedoch beruhen die Angaben im B.____ -Gutachten auf seinen eigenen Aussagen gegenüber Dr. G.____. So gab er diesem gegenüber an, er habe eine gute Beziehung zur Ehefrau und zu seinen Kindern. Er besuche regelmässig seine Heimat und habe regelmässig Kontakt mit seinen Geschwistern sowie Bekannten und Freunden. Er unternehme regelmässig Spaziergänge und treffe da gelegentlich Bekannte. Ein- bis zweimal die Woche erhalte er Besuch (vgl.

Urk. 10/222/2-56 S. 12 und S. 15). Es besteht keine Veranlassung an diesen gegenüber Dr. G.____

gemachten Angaben zu zweifeln.

Mit diesen

wurde

jedenfalls kein sozialer Rückzug beschrieben. 5.5

Mit Eingaben vom

E. 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 GräubMüller

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