

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00731 vom 13. April 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-04-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00731](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00731)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00731 du 13 avril 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00731 del 13 aprile 2011

## Erwägungen

### E. 1

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 vom 6. Oktober 2000; ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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

- a. ihre Erwerbsunfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;
- b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und
- c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3 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 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche

Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b/cc).

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 Erw. 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 prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

1.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 Erw. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 Erw. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 26. März 2010, 9C\_438/2009, Erw. 1 mit Hinweisen).

1.5 Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch

glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 Erw. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 Erw. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit 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 oder Hilflosigkeit zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 75 Erw. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 Erw. 3a, 109 V 115 Erw. 2b).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie u. a. zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höherer oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 67 ff. Erw. 5.2, 72 Erw. 2.2 mit Hinweisen). Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu prüfen, wenn das Eintreten streitig ist, d.h. wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs. 4 IVV Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanmeldung eingetreten ist (BGE 109 V 114 Erw. 2b).

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der rentenabweisenden Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25. Juni 2007 (Urk. 11/64) lagen folgende medizinischen Berichte zugrunde:

2.1 Ä Ä Ä Ä Laut dem Arztbericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2005 (Urk. 11/15) leidet der Beschwerdeführer unter einer arteriellen Hypertonie, einem Diabetes mellitus Typ II und einer Hepatopathie. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten die diagnostizierten Krankheiten allerdings nicht. Der Beschwerdeführer komme gelegentlich zur Behandlung nach Bagatellunfällen und teils wegen den internistischen Diagnosen. Schwerere medizinische Probleme seien nicht bekannt. Mutmasslich sei dem Beschwerdeführer keine Schwerarbeit mehr zumutbar, in einer angepassten Tätigkeit bestehe aber keine Einschränkung.

2.2 Ä Ä Ä Ä Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Lungenkrankheiten und Innere Medizin an der Klinik B.\_\_\_\_, diagnostizierte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 8. März 2005 (Urk. 11/17/5) eine kombinierte Ventilationsstörung bei COPD und Lungenüberblähung bei fortgesetztem Nikotinkonsum und adipositasbedingter Restriktion, bestehend seit 2001, sowie ein lumbospondylogenes Syndrom. In seiner bisherigen Tätigkeit könne der Beschwerdeführer nicht mehr eingesetzt werden, eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm zu 50 % zumutbar (Urk. 11/17/4). Die Prognose hänge weitgehendst vom Management der Risikofaktoren ab, unbedingt sollten

eine Gewichtreduktion um 30 kg und eine Sistierung des Nikotinkonsums angestrebt werden (Urk. 11/17/5).

2.3. Gemäss dem Arztbericht von Dr. C. vom 16. März 2005 (Urk. 11/20) leidet der Beschwerdeführer unter einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom, chronischen Kniebeschwerden bei beginnender Gonarthrose beidseits (Status nach beidseitigen Knieoperationen vor Jahren), einem chronischen HWS-Syndrom, einem PHS rechts mit Impingementsymptomatik, einem Diabetes mellitus Typ II (ED 11/2004) mit diabetischer (alkoholischer?) Polyneuropathie, einer hypertensiven und (koronaren) Herzkrankheit, einer arteriellen Hypertonie, einer kombinierten Ventilationsstörung bei COPD und Lungenüberblähung bei Nikotinabusus ca. 40 py, einer Hepatopathie sowie einer Adipositas (BMI 40). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beständen ausserdem eine rezidivierende Tendovaginitis an beiden Unterarmen, ein Status nach OSG-Operation vor Jahren sowie ein Status nach zweimaliger Stimmbänder-Operation. In seiner angestammten Tätigkeit als Autospengler sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig, eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm zu 50 % zumutbar.

2.4. Laut dem Arztbericht von Dr. D. vom 15. April 2006 (Urk. 11/31) leidet der Beschwerdeführer unter einem Diabetes mellitus Typ II (Behandlung mit Medikamenten), einer Hypertonie sowie Asthma. Die Durchführung einer Therapie sei sehr schwierig, da sich der Beschwerdeführer nicht an die Anweisungen halte. Im Rahmen des Strafvollzugs in der N. arbeite der Beschwerdeführer zu 100 % in der Gärtnererei, was ihm durchaus zumutbar sei.

2.5. Gemäss dem Arztbericht der Augenärztin Dr. E. vom 24. Mai 2006 (Urk. 11/33) zeigt der Beschwerdeführer eine deutliche Visuseinschränkung beidseits. Es könne sich um einen Visusabfall im Rahmen des entgleisten Diabetes mellitus mit Neueinstellung handeln. Zusätzlich sei eine beginnende Kerntrübung der Linse festzustellen. Eine diabetische Retinopathie bestehe nicht. Der beidseitige Fern- und der Nahvisus mit Brille betrage 0,5.

2.6. Die Ärzte der MEDAS diagnostizierten in ihrem Gutachten vom 22. März 2007 (Urk. 11/45/31-32) ein chronifiziertes cervicospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach mehrfachen HWS-Traumatisierungen, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, ein chronisches Schmerzsyndrom am rechten und linken Knie bei Status nach beidseitiger medialer Menishektomie, eine mediale Gonarthrose links, eine kombinierte Ventilationsstörung bei COPD mit leichter obstruktiver und möglicher restriktiver Komponente sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beständen ausserdem ein Status nach präpatellarer Burssektomie links, ein beidseitiger retropatellarer Knorpelschaden, eine Periarthropathia humeroscapularis rechts mit Supraspinatustendopathie, eine Achillodynie beidseits, links mehr als rechts, ein metabolisches Syndrom mit BMI 33, ein chronischer Nikotinabusus, ein gastrooesophagealer Reflux (anamnestisch), akzentuierte (narzisstische) Persönlichkeitszüge sowie ein Alkoholabhängigkeitssyndrom mit gegenwärtiger Abstinenz. In körperlich schweren Tätigkeiten sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt, insbesondere liege die Arbeitsfähigkeit als Karoseriespengler und als Schlosser bei weniger als 20 %. Medizinisch werde empfohlen, die diabetische Stoffwechselsituation zu optimieren und den Beschwerdeführer psychiatrisch zu behandeln. In einer dem Rücken adaptierten Tätigkeit ohne Kniebelastungen sei der Beschwerdeführer arbeitsfähig, wobei zusätzlich eine

Einschränkung in Bezug auf seine Lungenkrankheit bestehe. In einer solchen behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit der Kündigung von 2002 vollumfänglich arbeitsfähig (Urk. 11/45/35).

3. Der Beschwerdeführer reichte zur Glaubhaftmachung der geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes folgende medizinischen Unterlagen ein:

3.1 Gemäss Arztschein von Dr. C. \_\_\_ vom 19. November 2008 (Urk. 11/87/5) leidet der Beschwerdeführer unter einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom, Chondrosis intervertebralis und Spondylarthrosis deformans L2 bis S1 mit diskreter Bandscheibenprotrusion, chronischen Kniebeschwerden bei Verdacht auf beginnende Gonarthrose beidseits, einem chronischen HWS-Syndrom, einem PHS rechts, Tendovaginitis/Epicondylitis radialis am Arm links, einem Diabetes mellitus Typ II, ED 11/2004 bei Polyneuropathie, arterieller Hypertonie, COPD bei Nikotinabusus 35 py sowie Adipositas. Von Seiten des Bewegungsapparates sei dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit ohne Heben und Tragen von schweren Lasten, Zwangspositionen und repetitives Beugen sowie mit der Möglichkeit von regelmässigen Positionswechseln zumutbar.

3.2

3.2.1 Laut dem Bericht des Spitals J. \_\_\_ vom 30. April 2008 (Urk. 11/87/8) ergab die Computertomographie der LWS vom 29. April 2008 folgende Resultate: 1. kein Nachweis einer Wirbelkörperfraktur, kein grösserer Bandscheibenvorfall; 2. breitbasige Bandscheibenprotrusion im lumbosakralen Übergang ohne Nachweis einer Nervenwurzelirritation; 3. fortgeschrittene ISG-Arthrose, links mehr als rechts.

3.2.2 Aus dem Schreiben des Spitals J. \_\_\_ vom 22. Juli 2008 (Urk. 11/87/6) ergibt sich, dass der Beschwerdeführer dort am 7. August 2008 zur Kontrolle in der Sprechstunde erwartet wurde. In diesem Spital wurden gemäss Bericht vom 2. April 2008 beim Beschwerdeführer gleichentags mittels Kniearthroskopie links ein Shaving des Knorpels am medialen Femurkondylus und eine Menishektomie des Restmeniskus vorgenommen (siehe auch Beilage zu Urk. 15/2: Operationsbericht vom 2. April 2008). Die postoperative Behandlung bestand in der Abgabe eines nichtsteroidalen Antirheumatikums (NSAR) für die Dauer von zehn Tagen, eine Arbeitsunfähigkeit ist nicht attestiert worden (Urk. 11/87/10).

3.3 Die Ärzte des K. \_\_\_ hielten in ihrem Bericht über das MRI des linken Kniegelenks vom 8. Februar 2008 (Urk. 11/87/9) fest, es bestanden ein Status nach ausgedehnter Teilmenishektomie medial, ein feiner horizontaler Riss im residuellen Hinterhorn und Pars Intermedia des medialen Meniskus, eine mittelschwere mediale femorotibiale Arthrose sowie ein Knorpelriss lateral retropatellar. Erguss sei wenig vorhanden, und die Bänder seien intakt.

3.4 Die Ärzte des Zentrums für Fusschirurgie der L. \_\_\_ Klinik diagnostizierten in ihrem Bericht vom 5. September 2007 (Urk. 11/87/12) eine therapiefraktäre posttraumatische Tendinopathie an der Achillessehne links bei Status nach direktem Trauma am 12. April 2007. Trotz Therapie und Stockentlastung und anschliessend drei Serien Physiotherapie sei die Situation nicht besser, bis heute leide der Beschwerdeführer an linksbetonten Schmerzen bei jedem Schritt.

3.5. Gemäss dem Bericht des Instituts für Radiologie und Nuklearmedizin der Klinik B. \_\_\_ vom 10. August 2007 (Urk. 11/87/14) leidet der Beschwerdeführer unter einem Status nach Kontusion beider Achillessehnen am 12. April 2007 mit persistierenden Beschwerden bei Belastung vor allem links.

3.6. Sodann reichte der Beschwerdeführer weitere Berichte des Herzzentrums B. \_\_\_ vom 4. März 2005 (Urk. 11/87/15), des M. \_\_\_ vom 31. August 1999 (Urk. 11/87/16) und von Dr. O. \_\_\_ vom 16. Mai 1997 (Urk. 11/87/17) ein, welche sich aber offensichtlich nicht zu seinem Gesundheitszustand sei dem 25. Juni 2007 äussern.

#### E. 4

4.1. Die RAD-Ärzte Dr. G. \_\_\_ und Dr. H. \_\_\_ kamen nach Prüfung dieser vom Beschwerdeführer eingereichten Unterlagen in ihrer Stellungnahme vom 14. April 2009 (Urk. 11/94/2-5) zum Ergebnis, dass die neu eingereichten Arztzeugnisse keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausweisen, die zu einer veränderten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führen würden. Bezüglich der tendopathischen Restbeschwerden der linken Achillessehne sei nach intensiver Therapie am 7. Januar 2008 die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten gewesen. Die Verschlechterung der Lungenfunktion sei auf den fortgesetzten Nikotinkonsum zurückzuführen und nur leichtgradig. Die schon im MEDAS-Gutachten beschriebene Gonarthrose sei anlässlich der wegen des Innenmeniskusrisses notwendig gewordenen Arthroskopie als zweit- bis drittgradig klassifiziert worden. Die nach dem Schlittelunfall vom 30. April 2008 diagnostizierte ISG-Arthrose sei häufig an den Beschwerden, welche ein im MEDAS-Gutachten ebenfalls schon beschriebenes lumbospondylogenes Syndrom verursache, mitbeteiligt und könne unter diesem Begriff subsumiert werden. Insgesamt sei es unverändert so, dass der Beschwerdeführer zu 100 % in leidensangepasster Tätigkeit arbeitsfähig sei. Schweres Heben und Tragen und Transportieren von Lasten sowie das Verharren in Zwangshaltungen sollten vermieden werden. In der angestammten Tätigkeit als Karoseriespengler bestehe unverändert eine Restarbeitsfähigkeit von 20 %.

4.2. Es ist vorliegend zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer rund 1 1/2 Jahre nach der rentenabweisenden Verfügung und kurze Zeit nach dem diese Verfügung bestreitenden Entscheid des hiesigen Gerichts sich erneut zum Rentenbezug angemeldet hat. Die Beschwerdegegnerin hat unter diesen Umständen bezüglich der Glaubhaftmachung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu Recht einen relativ strengen Massstab angewendet. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers sind im übrigen seitens der Beschwerdegegnerin nicht bereits dann neue Abklärungen vorzunehmen, wenn ein neu diagnostiziertes Leiden glaubhaft gemacht werden kann, sondern es ist auch eine dadurch bedingte Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit glaubhaft zu machen, ansonsten sich die Veränderung des Gesundheitszustandes invalidenversicherungsrechtlich nicht als wesentlich erweist.

4.3. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, aus dem von ihm mit der Beschwerde eingereichten Bericht von Dr. I. \_\_\_ vom 24. Juli 2009 (Urk. 3) gehe eine Verschlechterung des Gesundheitszustands hervor, ist festzuhalten, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit der Neuanmeldung zum Leistungsbezug glaubhaft zu machen ist und nicht mittels eines erst nach erfolgtem Nichteintreten durch die Beschwerdegegnerin ergangenen Arztberichtes. Was die Beurteilung durch Dr. I. \_\_\_

anbelangt, so geht zwar aus dessen Bericht hervor, dass sich die lungenfunktionellen Parameter seit August 2007 zunehmend verschlechtern. Dr. I. \_\_\_ hat dem Beschwerdeführer jedoch deswegen keine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert, als in seinem Bericht vom 4. März 2005 (Urk. 11/17/4), vielmehr attestierte er dem Beschwerdeführer bereits damals eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in behinderungsangepasster Tätigkeit. Sodann geht aus dem Bericht von Dr. I. \_\_\_ deutlich hervor, dass die Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auf den fortgesetzten Nikotinkonsum zurückzuführen ist, d.h. eine Verschlechterung ist in erster Linie deshalb eingetreten, weil der Beschwerdeführer seiner Schadenminderungspflicht nicht nachgekommen ist und den Nikotinkonsum nicht oder jedenfalls nicht genügend eingeschränkt hat. Im Weiteren hat auch die Adipositas nach wie vor einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Dieser kann laut Dr. I. \_\_\_ verbessert werden, wenn der Beschwerdeführer eine weitere Gewichtsreduktion um mindestens 10 kg auf 90 kg erreicht und er genügend körperliche Aktivität mit einem Ausdauertraining sowie die definitive Aufgabe des Nikotinkonsums anstrebt. Diese schadenmindernden Massnahmen sind dem Beschwerdeführer denn auch ohne Weiteres zumutbar. Insgesamt ergibt sich damit aus dem nach Erlass der angefochtenen Verfügung erstellten Bericht von Dr. I. \_\_\_ keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands.

4.4 Es trifft zwar zu, dass die von Dr. med. A. \_\_\_ in seinem - im Rahmen des Vorbescheidverfahrens der Beschwerdegegnerin eingereichten - Bericht vom 16. Mai 2009 (Urk. 11/104/8-10) gestellte Diagnose einer Osteoporose neu ist. Dass dadurch die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten leichten körperlichen Tätigkeit zusätzlich eingeschränkt wird, ist aber nicht ersichtlich. Dr. A. \_\_\_ hat keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bescheinigt und ausdrücklich festgehalten, dass aktuell das absolute Frakturrisiko unter Berücksichtigung des Alters und des übrigen Risikoprofils noch nicht markant erhöht sei.

4.5 Was die zusätzlichen Einschränkungen am Knie durch einen gemäss Beschwerdeführer am 8. Januar 2008 erlittenen Schlittelunfall (Urk. 1 S. 5 Ziff. 7) anbelangt, so ist grundsätzlich anzumerken, dass es doch erstaunlich erscheint, dass der Beschwerdeführer angesichts der von ihm schon zu diesem Zeitpunkt geklagten massiven Schmerzen an Rücken, Knien und den Achillessehnen überhaupt noch in der Lage gewesen ist, auf einem Schlitten zu fahren. Ausserdem geht aus den vom Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin eingereichten Arztberichten ebenfalls nichts hervor, was auf eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer rückenadaptierten körperlich leichten Tätigkeit ohne Kniebelastungen schliessen liesse. Das MRI des linken Knies hatte ergeben, dass ein feiner horizontaler Riss im residuellen Hinterhorn und Pars intermedia des medialen Meniskus, eine mittelschwere femorotibiale Arthrose sowie ein Knorpelriss lateral retropatellar vorliegen. Hingegen konnte nur wenig Erguss gefunden werden und die Bänder waren intakt (Urk. 11/87/9). Im vorliegenden Verfahren nicht mehr berücksichtigt werden kann der Bericht des Spitals J. \_\_\_ vom 4. Juni 2010 (Urk. 23), da er weit nach der angefochtenen Verfügung erstellt worden ist, wobei anzumerken ist, dass diesem ebenfalls nicht zu entnehmen ist, dass eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit besteht. Ebenso wenig ist den replicando eingereichten Berichten des Spitals J. \_\_\_ eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (vgl. Urk. 15/2), und der

Beschwerdeführer selbst liess ausführen, er sei seit einem weiteren Schlittelfall vom 26. November 2008 bis 3. Februar 2009 zu 100 %, vom 4. Februar 2009 bis 28. Februar 2009 zu 50 % und bis 5. April 2009 zu 25 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 14 S. 4 Ziff. 6). Mithin handelte es sich dabei also nur um eine vorübergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wobei auch nicht klar ist, auf welche Tätigkeit sich diese bezog.

4.6. Bezüglich der ISG-Arthrose ist der Ansicht der RAD-Ärzte zu folgen, wonach diese Beschwerden unter das bereits von den MEDAS-Ärzten diagnostizierte lumbospondylogene Syndrom subsumiert werden können. Ausserdem konnte der Beschwerdeführer auch nicht glaubhaft machen, dass er deswegen in seiner Arbeitsfähigkeit eine zusätzliche Einschränkung erfährt.

4.7. Soweit der Beschwerdeführer sodann grundsätzliche Einwände gegen das MEDAS-Gutachten vom 22. März 2007 vorbringen lässt (Urk. 1 S. 7), ist festzuhalten, dass diese bereits Gegenstand des mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. November 2008 erledigten Verfahrens waren und somit vorliegend nicht mehr zu hören sind.

5. Insgesamt hat die Beschwerdegegnerin damit die Glaubhaftmachung des Eintritts einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustands und der damit verbundenen Arbeitsfähigkeit seit dem 25. Juni 2007 zu Recht verneint und ist nicht auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers eingetreten, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

## **E. 6**

6.1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG (in der seit dem 1. Juli 2006 gültigen Fassung) ist abweichend von Art. 61 lit. a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festgelegt.

6.2. Die Gerichtskosten sind auf Fr. 1'000.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und mit der von ihm geleisteten Kautionsleistung zu verrechnen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit der von diesem geleisteten Kautionsleistung verrechnet.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Dr. Agnes Leu

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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).

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