

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00346 vom 30. April 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00346

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00346 du 30 avril 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00346 del 30 aprile 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1963 geborene X. meldete sich am 11. Mai 2001 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/4). Nach Vornahme medizinischer und erwerblicher Abklärungen, in deren Rahmen unter anderem ein Gutachten der Y. eingeholt wurde (Gutachten vom 7. Mai 2002, Urk. 7/29), lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Oktober 2002 das Leistungsbegehren von X. ab (Urk. 7/60). Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.

Mit Eingabe vom 17. April 2003 liess X. durch Rechtsanwalt Z. wieder um Ausrichtung einer Invalidenrente ersuchen. (Urk. 7/62). Die IV-Stelle wies dieses Gesuch mit Verfügung vom 13. April 2005 (Urk. 7/96) bzw. Einspracheentscheid vom 16. Juni 2005 ab (Urk. 7/109). Die von X. gegen den Einspracheentscheid erhobene Beschwerde (Beschwerde vom 15. Juli 2005, Urk. 7/113/3-13) schrieb das hiesige Gericht mit Verfügung vom 2. November 2005 als gegenstandslos geworden ab (Urk. 7/121), da die IV-Stelle den angefochtenen Einspracheentscheid mit Entscheid vom 12. Oktober 2005 in Wiedererwägung gezogen und eine medizinische Abklärung angeordnet hatte (Urk. 7/116). Nachdem das Zentrum A. am 7. Mai 2007 ein Gutachten erstattet hatte (Urk. 7/125), wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit unangefochten gebliebener Verfügung vom 3. Juli 2007 ab (Urk. 7/133).

1.2. Am 17. April 2009 meldete sich X. erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 7/136). In der Folge liess die IV-Stelle einen Auszug aus dem individuellen Konto erstellen (IK-Auszug vom 12. Juni 2009, Urk. 7/140), holte Arztberichte von Dr. med. B., Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, (Berichte vom 18. Juli 2009, Urk. 7/141, und vom 19. Dezember 2009, Urk. 7/146) und von Dr. med. C., Facharzt FMH für Rheumaerkrankungen, (Bericht vom 24. Juli 2009, Urk. 7/142) ein und gab beim A. ein Gutachten in Auftrag, welches am 27. Dezember 2010 erstattet wurde (Urk. 7/151). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 25. Januar 2011, Urk. 7/154, und Einwand vom 24. Februar 2011, Urk. 7/159) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. März 2011 einen Anspruch von X. auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

Hiergegen erhob X. am 30. März 2011 Beschwerde und beantragte die Ausrichtung einer Invalidenrente (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 12. Mai 2011 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 16. Mai 2011 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Würde eine Rente oder eine Hilfslosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 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 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers eingetreten und hat den Rentenanspruch materiell abgeklärt. Dabei kam sie zum Schluss, dass kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vorliegt.

2.2 Im aktuellen Neuanmeldungsverfahren diagnostizierte Dr. B. mit Bericht vom 18. Juli 2009 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine chronische Pankreatitis mit rezidivierend akuten Schüben bei Status nach Pankreaskopfresektion und Y-Roux-Rekonstruktion sowie Choledochopankreatostomie, (2) eine seronegative HLA-B27 positive Spondylarthropathie, (3) ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom und (4) eine somatoforme Schmerzstörung/posttraumatische Belastungsstörung. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei ein Lichen ruber. Durch ihn sei im Verlauf der letzten Jahre nie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt worden. Laut Aussage des Beschwerdeführers sei durch das Institut für Rechtsmedizin seine Fahreignung negiert worden. Die bisherige Tätigkeit als Taxifahrer sei dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Eine Wiedereingliederung in einer Stelle des freien Arbeitsmarktes erachte er als unmöglich. Für leichtere Tätigkeiten im Haushalt sei der Beschwerdeführer nicht eingeschränkt (Urk. 7/141/1-5).

2.3 Dr. C. nannte mit Bericht vom 24. Juli 2009 als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronisches posttraumatisches zervikothorakospondylogenes Syndrom rechts nach Bagatelltrauma 1999 und (2) eine reaktive depressive Verstimmung. Die Tätigkeit als Taxifahrer sei wegen der verminderten Belastbarkeit des rechten Armes nicht mehr möglich. Zudem beständen

erhebliche psychische Probleme. In einer geeigneten Tätigkeit im Sitzen mit reiner Belastung der linken Hand bestehe eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % (Urk. 7/142).

2.4. Dr. B. teilte der Beschwerdegegnerin am 19. Dezember 2009 mit, dass beim Beschwerdeführer neu eine koronare Herzkrankheit mit Status nach akutem Myokardinfarkt am 3. August 2009 bestehe. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit als Taxifahrer mindestens seit Mitte 2007 zu 100 % arbeitsunfähig. Beim Beschwerdeführer bestehe eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit, insbesondere eine verminderte Belastbarkeit des Rückens, und eine verminderte psychische Belastbarkeit. Dr. B. hielt zudem wiederum fest, dass er eine Wiedereingliederung des Beschwerdeführers in eine Stelle des freien Arbeitsmarktes als unmöglich erachte (Urk. 7/146).

2.5. Das A. hielt im Gutachten vom 27. Dezember 2010 (Urk. 7/151) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine Spondylitis ankylosans mit/bei (a) HLA-B27 positiv, (b) symmetrischer Sakroiliitis und (c) entzündlichen Wirbelsäulenveränderungen thorakolumbal und (2) eine chronische Zervikobrachialgie rechts mit/bei (a) ausgeprägter myofaszialer Komponente, (b) keinen Hinweisen für eine Schultergelenksarthropathie und (c) eine Schoninnervation des rechten Armes fest. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien (1) eine koronare 1-Gefässerkrankung mit/bei (a) Status nach akutem inferiorem Myokardinfarkt (NSTEMI) am 3. August 2009, (b) Status nach PCI und Stenting einer 99%igen Ramus circumflexus Stenose bei nicht signifikanter Stenose im RIVA und RCA am 3. August 2009, (c) erhaltener systolischer linksventrikulärer Pumpfunktion bei posterolateraler Akinesie (EF 55) und den kardiovaskulären Risikofaktoren arterielle Hypertonie, Dyslipidämie und persistierender Nikotinabusus (30 pack years) und (2) eine chronische rezidivierende Pankreatitis, wahrscheinlich Äthyliischer Genese mit/bei (a) Status nach ERCP mit Einlage einer Plastikendoprothese bei entzündlicher distaler Choledochusstenose mit Cholestase am 8. Januar 2008, (b) Status nach elektiver Duodenum erhaltender Pankreaskopf-Resektion mit intrapankreatischer Choledocho-Pankreatostomie und Y-Roux-Rekonstruktion wegen grosser obstruierender Pankreas-Pseudozyste im Pankreaskopfbereich am 25. Januar 2008, (c) Status nach Pigtail-Einlage subhepatisch bei Flüssigkeitskollektion postoperativ am 7. Februar 2008, (d) Status nach Abszessinzision und Spülung bei Re-Fistel im Bereich des T-Drain-Traktes am Ductus hepaticus communis am 25. Februar 2008, (e) rezidivierenden akuten Pankreatitisschüben, letztmals im September 2009 und (f) aktuell diskreter endokriner und exokriner Pankreasinsuffizienz (S. 33-34). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Taxichauffeur könne bei doch notwendigem repetitivem Tragen und Heben von schwereren Lasten mit dadurch bedingter höchstens 20%iger Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht als vollumfänglich beschwerdeangepasst angesehen werden. Hingegen könne für eine Chauffeur-Tätigkeit mit lediglich Personentransport oder auch Kurierdienst keine eigentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. In einer dem Leiden optimal angepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne das notwendige Rücken bzw. repetitive Tragen und Heben von schweren Lasten bestehe aus interdisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 40).

2.6. Dr. B. berichtete am 20. August 2010, der Beschwerdeführer habe folgende relevante chronischen Krankheiten: (1) chronische Pankreatitis mit

rezidivierenden akuten Schlägen und Status nach Pankreaskopfresektion mit Y-Roux-Rekonstruktion im Januar 2008, (2) wahrscheinlich eine sekundäre Diabetes mellitus seit Januar 2010, (3) eine koronare Herzkrankheit mit Status nach akutem Myokardinfarkt im August 2009 bei kardiovaskulären Risikofaktoren (arterielle Hypertonie, Dyslipidämie, Status nach Nikotinabusus), (4) eine seronegative, HLA-B27 positive Spondylarthropathie, (5) ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom und (6) eine posttraumatische Belastungsstörung bei Status nach Bombensplitterverletzung 1984. Aufgrund all dieser persistierenden Krankheiten erachte er den Beschwerdeführer für jede Erwerbstätigkeit als zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 3/1). Mit Bericht vom 19. November 2010 bestätigte er diese Angaben (Urk. 3/2).

2.7. Dr. C. hielt mit Bericht vom 9. Februar 2011 fest, beim Beschwerdeführer beständen (1) ein chronisches therapieresistentes Zervikobrachialsyndrom rechts ausgeprägter als links, (2) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, (3) eine Periarthropathia humeroscapularis rechts ausgeprägter als links, (4) eine ausgeprägte Dekonditionierung und (5) eine depressive Verstimmung. Aufgrund der Gesamtsituation sei der Beschwerdeführer auch für angepasste Tätigkeiten nicht mehr als 30 % arbeitsfähig. Auf dem heutigen Arbeitsmarkt sei der Beschwerdeführer momentan nicht vermittelbar (Urk. 3/3).

E. 3

3.1. Die Beschwerdegegnerin ging in der rentenablehnenden Verfügung vom 8. März 2011 davon aus, dass der Beschwerdeführer in der Tätigkeit als Taxifahrer zu 20 % eingeschränkt, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aber vollständig arbeitsfähig sei (Urk. 2). Sie stützt sich dabei im Wesentlichen auf das Gutachten des A. vom 27. Dezember 2010 (Feststellungsblatt, Urk. 7/152).

E. 3.2

3.2.1. Das A. untersuchte den Beschwerdeführer aus internistischer, rheumatologischer und psychiatrischer Sicht. Die rheumatologische Untersuchung wurde dabei von Dr. med. D., Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, durchgeführt. Sie hielt fest, seit der letzten Begutachtung beständen beim Beschwerdeführer einerseits im Nacken-/Schultergürtel rechts und andererseits im Bereich der unteren Brustwirbelsäule sowie im Kreuzbereich anhaltende Schmerzen. Bereits bei der letzten rheumatologischen Begutachtung habe die Diagnose einer seronegativen Spondylarthropathie mit HLA-B27 positiver Sakroiliakgelenksarthritiden beidseits aber ohne Hinweise für Entzündungsaktivität bzw. Funktionseinbussen bestanden. In der aktuellen klinischen Untersuchung zeige sich eine deutliche Bewegungseinschränkung der gesamten Wirbelsäule mit auffälliger Gegeninnervation. Klinisch konstant erweise am ehesten eine Einschränkung der BWS-Mobilität in Seitneigung, Rotation aber auch bei der Thoraxexkursion. Die schmerzbedingten Bewegungseinschränkungen lumbal und im Bereiche der HWS liessen sich unter Ablenkung ohne wesentliche Schmerzangabe überwinden. Zusätzlich bestehe eine ausgedehnte Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten Schultergelenks mit deutlich druckdolentem AC-Gelenk bei im übrigen ausgeprägten myofaszialen Zeichen im Trapezius Pars descendens, im Levator scapulae und im Infraspinatus rechts. Die rotatorenmanschetten-spezifischen Tests selbst seien negativ, auch der Stress-Test des AC-Gelenks sei negativ. Es bestehe zudem eine

auffallende Schoninnervation des rechten Armes mit Halten des Armes wie in einer imaginären Armschlinge. Das Mitbewegen beim Laufen falle auf. In der neurologischen Untersuchung fanden sich abgesehen von der diffusen Hypästhesie der gesamten rechten Körperhälfte mit Begrenzung auf die Mittellinie und von einem leicht verminderten ASR rechts gegenüber links keine Auffälligkeiten. Es bestehe auch im Bereich des rechten Armes eine regelrechte Kraftentwicklung der Kennmuskulatur. In der Bildgebung zeige sich unverändert der Befund einer durchgemachten Sakroiliitis mit perlschnurartiger Veränderung. Neu sei nun aber auch eine überbrückende Spondylose der unteren BWS-Segmente im Sinne einer manifesten Spondylitis ankylosans sichtbar. Im Bereich der HWS und der LWS fanden sich keine Hinweise für entzündliche Veränderungen. Auch die degenerativen Veränderungen seien lediglich beginnend und ohne wesentlichen Krankheitswert. Das Schultergelenk rechts komme ebenfalls erneut unauffällig zur Darstellung. Dr. D. ___ kam zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine klinisch symptomatische Spondylitis ankylosans mit neu entzündlichem thorakalem Befall bestehe, welche die Bewegungseinschränkung der BWS erklären könne. Für die schmerzhafteste Bewegungseinschränkung der LWS und HWS finde sich jedoch kein entsprechendes strukturelles Korrelat. Es bestehe unverändert eine ausgeprägte Zervikobrachialgie rechts, welche bei eher auffälliger Schonhaltung des rechten Arms eher als myofaszial imponiere. Durch die erhobenen Befunde konnte Dr. D. ___ das schmerzbedingte Schonverhalten nicht erklären. Sie hielt vielmehr fest, dass es am ehesten durch den bereits früher diskutierten Verdacht auf eine Somatisierungsstörung mit dissoziativen Elementen zu interpretieren sei. Weiter wies sie darauf hin, dass neben den objektivierbaren strukturellen Befunden auch eine gewisse Verdeutlichungstendenz seitens des Beschwerdeführers mit etwas demonstrativem Hinweisen auf die starken Medikamente und auf die wegen den Schmerzen notwendigen intramuskulären Injektionen bestehe. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. D. ___ fest, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der bestehenden entzündlich-rheumatischen Erkrankung des Achsenskeletts und der chronischen Zervikobrachialgie rechts eine vorwiegend mittelschwere und schwere Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Hingegen könne aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung für eine leichte körperliche, wechselbelastende Tätigkeit begründet werden. Aus rheumatologischer Sicht sollten bei einer beschwerdeangepassten Tätigkeit repetitive Rumpfbeugen und die Einnahme von unergonomischen Zwangshaltungen vermieden werden. Überkopf- bzw. Tätigkeiten über der Schulterhorizontalen seien für den Beschwerdeführer ebenfalls nicht mehr geeignet. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Taxichauffeur müsse bei doch notwendigem repetitivem Tragen und Heben von schweren Lasten als nicht vollumfänglich beschwerdeangepasst angesehen werden. Es bestehe hier eine höchstens 20%ige Einschränkung (Urk. 8/151/46-48). Diese Ausführungen von Dr. D. ___ sind schlüssig. So sind sowohl die von ihr gestellten Diagnosen wie auch das von ihr anhand der erhobenen Befunde erstellte Belastungsprofil ohne Weiteres nachvollziehbar.

3.2.2.2 Die psychiatrische Untersuchung wurde von Dr. med. E. ___, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, durchgeführt. Der Beschwerdeführer war bei der Untersuchung durch Dr. E. ___ ordentlich gekleidet, bewusstseinsklar und allseits gut orientiert. Im Gespräch fielen Dr. E. ___ keine Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen auf. Der Beschwerdeführer machte gemäß Dr. E. ___ auch keine solche geltend. Im formalen Gedankengang war er geordnet. Er berichtete bereitwillig

und freundlich aus seinem Leben. Es zeigte sich dabei kein Gedankenkreisen um irgendein Thema, und auch die Schmerzen standen im Hintergrund. Diese wurden nur auf konkrete Nachfrage geäußert. Dr. E. ___ konnte keine Hinweise auf Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen feststellen. Zwänge oder Ängste konnte sie nicht eruieren. Der affektive Rapport war für Dr. E. ___ gut herstellbar, der Beschwerdeführer war affektiv gut schwingungsfähig. Dr. E. ___ fand keine Hinweise auf ein vermindertes Selbstwertgefühl. Psychomotorisch sass der Beschwerdeführer über das gesamte Gespräch hinweg entspannt ohne Schmerzäußerungen und auch ohne Schonverhalten auf seinem Stuhl. Dr. E. ___ spürte beim Beschwerdeführer keinen Leidensdruck. Gemäss Dr. E. ___ liegen beim Beschwerdeführer kein sozialer Rückzug, keine Suizidalität, keine Tagesmüdigkeit und keine Einschlafstörungen vor. Es bestehe jedoch eine Durchschlafstörung bei Schmerzen. Der Appetit sei normal und die Libido erhalten. Gemäss Dr. E. ___ berichtete der Beschwerdeführer von einer guten Beziehung zu seiner an Schizophrenie erkrankten Ehefrau, die er liebe. Dr. E. ___ konnte daher in diesem Zusammenhang keine psychosoziale Belastung ausmachen. Dr. E. ___ hielt weiter fest, der Beschwerdeführer habe Interessen, er lese gerne in seiner Sprache, berichte von keiner Antriebsverminderung, habe soziale Kontakte und er könne sich konzentrieren. Sie kam deshalb zum Schluss, wenngleich die Schmerzen des Beschwerdeführers laut Hauptgutachten somatisch nicht erklärbar seien, seien die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung dennoch nicht erfüllt (fehlender Leidensdruck, kein emotionaler Konflikt, keine psychosoziale Belastungssituation). Weiter erklärte sie, dass es auch ohne ambulante psychiatrische Behandlung und ohne Medikation mit Antidepressiva nicht zu einer erneuten depressiven Symptomatik gekommen sei, wie sie einmal vor 2007 beschrieben worden sei. Es liege daher aus versicherungspsychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 7/151/52-53). Diese Ausführungen von Dr. E. ___, insbesondere auch die Erläuterungen, weshalb keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden könne, sind ebenfalls schlüssig und ohne Weiteres nachvollziehbar.

3.2.3 Die internistische Untersuchung ergab das Bild eines normalgewichtigen und kardiopulmonal kompensierten Beschwerdeführers in unauffälligem Allgemeinzustand. Der klinische Status war altersentsprechend normal, ohne Hinweise für eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz trotz bekannter koronarer Herzkrankheit. Das EKG zeigte einen unauffälligen Erregungsablauf ohne Hinweise für eine akute Ischämie. Dr. med. F. ___, Facharzt FMH für Innere Medizin, welcher die internistische Untersuchung durchführte, wies hierbei darauf hin, dass anamnestisch auch keine Anhaltspunkte für eine Rest-Ischämie bestanden. Gemäss der letzten Herzkatheteruntersuchung vor der Begutachtung habe die linksventrikuläre Funktion mit 55 % im Normbereich gelegen. Klinisch und spirometrisch fanden sich auch keine Anhaltspunkte für eine Lungenpathologie. Gemäss Dr. F. ___ war der aktuelle Abdominalstatus nach Duodenum-erhaltender Pankreaskopf-Resektion wegen einer Pseudozyste bland. In den Laboruntersuchungen fanden sich keine erhöhten Leberwerte und keine Entzündungszeichen. Nur der Lipase- und der Glukosewert waren noch leicht erhöht. Es bestand zudem eine milde endokrine und exokrine Pankreasinsuffizienz, welche mit Glucophage und Creon Forte behandelt wurde. Der restliche internistische und neurologische Status war unauffällig. Es ist schlüssig, dass Dr. F. ___ gestützt auf die vorgenannten internistischen Befunde zum Schluss kam, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner koronaren Herzkrankheit körperlich schwere Arbeiten unter stressigen

Bedingungen nicht mehr ausüben könne. Wegen der durchgeführten Bauchoperation seien dem Beschwerdeführer zudem Tätigkeiten mit repetitivem Bücken bzw. Tragen und Heben von schweren Lasten nicht mehr zumutbar. Weitere Einschränkungen konnte Dr. F. ___ aus internistischer Sicht nicht feststellen (Urk. 8/151/37-38).

3.2.4.4 Das A. ___ kam aus polydisziplinärer Sicht zum Ergebnis, dass bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Taxifahrer eine 20%ige Einschränkung bestehe, dass eine dem Leiden optimal angepasste, körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne das notwendige Bücken bzw. repetitive Tragen und Heben von schweren Lasten jedoch in einem Pensum von 100 % zumutbar sei. Diese Gesamteinschätzung ist bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht und einer Einschränkung lediglich für schwere Arbeiten aus internistischer Sicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Da das A. ___ bei seiner Beurteilung neben den vorhandenen Akten auch umfassende eigene Untersuchungen berücksichtigt und im Gutachten sämtliche sich für die Beurteilung des Leistungsanspruchs notwendigen Fragen beantwortet werden, bildet das Gutachten eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage.

E. 3.3

3.3.1.1 Dr. C. ___ attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 24. Juli 2009 für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige und für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 2.3). Als subjektive Angaben des Patienten / objektiver Befund führt er an: HWS: Beweglichkeit in alle Richtungen frei mit deutlichem Endphasenschmerz, diffuse paravertebrale Druckdolenz rechts im Bereiche der HWS okzipital und am Schultergürtel rechts. Rechte Schulter: Bewegungsschmerz in alle Richtungen. Positive Widerstandsteste bei der Abduktion und Aussenrotation. Druckdolenz am Supraspinatussehnenansatz (Urk. 7/142/3). Weitere objektive Befunde führt er in diesem Bericht ebenso wenig an wie im beigelegten Bericht vom 7. Mai 2009 (Urk. 7/142/7). Die Befunderhebung von Dr. C. ___ beschränkt sich also im Wesentlichen auf die subjektiven Schmerzangaben des Beschwerdeführers. Er erklärte dabei nicht, wie die subjektiven Angaben mit objektiv erhobenen Befunden übereinstimmen. Dies fällt vorliegend besonders ins Gewicht, da das A. ___, wie ausgeführt (E. 3.2.1), das schmerzbedingte Schonverhalten nicht vollständig durch objektive Befunde erklären konnte und eine Verdeutlichungstendenz feststellte.

Im Bericht vom 9. Februar 2011 attestierte Dr. C. ___ dem Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr und für eine behinderungsangepasste Tätigkeit lediglich noch eine 30%ige Arbeitsfähigkeit (E. 2.7). In diesem Bericht führt er lediglich die gestellten Diagnosen und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit an, ohne dabei Befunde zu nennen oder Erklärungen abzugeben.

3.3.2.2 Dr. B. ___ erklärte im Bericht vom 18. Juli 2009, dass er eine Wiedereingliederung des Beschwerdeführers in eine Stelle des freien Arbeitsmarktes als unmöglich erachte (E. 2.2). Als subjektive Angaben des Patienten/objektiver Befund führt er an: Rechte Körperseite, Schulter Rücken, Bauch entlang Rippenbogen machen immer wieder Schmerzen. Sei in allgemeiner körperlicher Belastbarkeit deutlich eingeschränkt (Urk. 7/141/3). Dr. B. ___ beschränkt sich in

diesem Bericht also wie bereits Dr. C.____ im Wesentlichen auf die Wiedergabe der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Wie bereits betreffend die Berichte von Dr. C.____ ausgeführt, konnte das A.____ die subjektiven Schmerzangaben des Beschwerdeführers nur beschränkt objektivieren, weshalb für eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine Befundangabe zwingend notwendig ist.

Im Bericht vom 19. Dezember 2009 hält Dr. B.____ folgende Befunde fest: ■ Ordentlicher AEZ unter adäquater Dauerschmerztherapie weitgehend beschwerdefrei. RR 122/80mmHg P 76 reg. Kardial kompensiert. Eingeschränkte WS-Beweglichkeit. Subdepressive Grundstimmung ■ (Urk. 7/146/3). Weshalb diese Befunde zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit führen sollen, ist nicht nachvollziehbar. So sind einerseits die Schmerzen unter adäquater Therapie weitgehend unter Kontrolle, und andererseits kann eine depressive Grundstimmung alleine zu keiner psychisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Die eingeschränkte WS-Beweglichkeit kann ebenfalls keine geringe Arbeitsunfähigkeit begründen.

In den Berichten vom 20. August und 19. November 2010, in welchen Dr. B.____ dem Beschwerdeführer ebenfalls eine 100%ige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit attestierte (E. 2.7), nannte er ebenfalls keine Befunde.

3.3.3 Nach dem Gesagten belegen Dr. C.____ und Dr. B.____ ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht durch objektive Befunde. Dies wäre vorliegend jedoch besonders notwendig gewesen, da das A.____ die subjektiven Beschwerdeangaben nur beschränkt mit objektivierbaren Befunden in Übereinstimmung bringen konnte (E. 3.2.1). Die Differenz der Einschätzung zwischen dem A.____ und Dr. C.____ bzw. Dr. B.____ dürfte im Wesentlichen durch die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag begründet sein (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4). Bei der Würdigung der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. C.____ und Dr. B.____ gilt es zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Nach dem Gesagten vermögen die Berichte von Dr. C.____ und Dr. B.____ die Einschätzung des A.____ nicht in Frage zu stellen. Wie nachfolgend zu zeigen ist, kann offen bleiben, ob dem Beschwerdeführer, wie von Dr. B.____ angeführt, die Fahrerlaubnis entzogen wurde (Urk. 7/141/3) oder nicht, kann der Beschwerdeführer doch auch ohne Fahrerlaubnis in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen.

E. 4

4.1 Zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffermässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffermässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch

eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen ergeben. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 Prozent (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (sogenannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a S. 313; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis).

Da der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2000 nicht mehr erwerbstätig war (Urk. 7/140), obwohl ihm dies gesundheitsbedingt möglich gewesen wäre, kann das Valideneinkommen lediglich anhand einer Schätzung ermittelt werden. Dabei ist das Einkommen für Arbeitnehmer des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) im privaten Sektor gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung als Berechnungs- bzw. Schätzungsgrundlage beizuziehen. Der selbe Wert ist auch für die Berechnung des Invalideneinkommens massgebend. Da somit Validen- und Invalideneinkommen gestützt auf den selben statistischen Durchschnittswert zu berechnen sind, rechtfertigt es sich, den Einkommensvergleich anhand eines Prozentvergleichs vorzunehmen. Das Valideneinkommen ist dabei auf 100 % festzusetzen.

4.2 Bei der Festsetzung des Invalideneinkommens ist von einer 100%igen Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne das notwendige Bücken bzw. repetitive Tragen und Heben von schweren Lasten auszugehen. Da der Beschwerdeführer somit nicht mehr sämtliche Tätigkeiten ausüben kann, ist der statistische Durchschnittswert zu kürzen. Der von der Rechtsprechung maximal zugelassene Abzug beträgt dabei 25 %. (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Vorliegend scheint unter Berücksichtigung der Einschränkungen des Beschwerdeführers ein Abzug von 10 % als gerechtfertigt. Das Invalideneinkommen beträgt somit 90 % und der Invaliditätsgrad 10 %.

4.3 Bei einem Invaliditätsgrad von 10 % besteht kein Rentenanspruch. Bei dieser Sachlage kann offen bleiben, ob seit der letztmaligen Abweisung des Rentenbegehrens überhaupt eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist. Die Beschwerde erweist sich jedenfalls als unbegründet und ist abzuweisen.

5. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X.____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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).

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