

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00449 vom 25. Oktober 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-10-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00449

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00449 du 25 octobre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00449 del 25 ottobre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1???? Der 1950 geborene X.____ war zuletzt als Service-Aushilfe in verschiedenen Gastronomie-Betrieben erwerbstätig gewesen (Urk. 7/6, 7/15; vgl. 7/2/5, 7/7). Im Mai 2006 meldete er sich unter Hinweis auf physische und psychische Beschwerden erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, traf erwerbliche und medizinische Abklärungen. Mit Verfügung vom 29. Juni 2007 (Urk. 7/34) verneinte sie den Anspruch von X.____ auf eine Rente mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens. Die von X.____ hiegegen erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil IV.2007.01119 vom 19. Juni 2009 ab, soweit darauf eingetreten wurde [Urk. 7/50]. Die gegen das betreffende Urteil des hiesigen Gerichts erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht mit Urteil 8C_695/2009 vom 17. Dezember 2009 ab, soweit darauf einzutreten war (Urk. 7/62).

1.2.??? Nach einer im Januar 2009 erfolgten, auf den Bericht der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals Y.____ vom 22. Dezember 2008 (Urk. 7/48/1-4) gestützten, Neuanmeldung (Urk. 7/49, vgl. 7/60) veranlasste die IV-Stelle ein polydisziplinäres (internistisches/allgemeinmedizinisches, psychiatrisches und orthopädisches) Gutachten des Z.____ vom 1. November 2010 (Urk. 7/74/1-29). Gestützt darauf und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/78, 7/82, 7/84) lehnte die IV-Stelle - ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 20 % - den Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 21. März 2011 erneut ab (Urk. 7/86 = 2).

E. 2

2.1???? Dagegen liess X.____ mit Eingabe vom 26. April 2011 (Urk. 1) beim hiesigen Gericht Beschwerde erheben und beantragen, es sei ihm - unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung - eine ganze Rente zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Mit Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 6; samt Aktenbeilage [Urk. 7/1-86]). Mit Gerichtsverfügung vom 31. Mai 2011 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 8). Replicando hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 12), während die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik verzichtete (Urk. 13).

2.2???? Das Verfahren erweist sich als spruchreif. Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1???? Invalidit?t ist die voraussichtlich bleibende oder l?ngere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunf?higkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes ?ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidit?t kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes ?ber die Invalidenversicherung [Bundesgesetz ?ber die Invalidenversicherung (IVG)]. Erwerbsunf?higkeit ist der durch Beeintr?chtigung der k?rperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsm?glichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). F?r die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunf?higkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeintr?chtigung zu ber?cksichtigen. Eine Erwerbsunf?higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht ?berwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2???? Beeintr?chtigungen der psychischen Gesundheit k?nnen in gleicher Weise wie k?rperliche Gesundheitssch?den eine Invalidit?t im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschr?nkungen der Erwerbsf?higkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsf?higkeit zu verwerten, abwenden k?nnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Aus?bung einer Erwerbst?tigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeintr?chtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden f?hrt also nur soweit zu einer Erwerbsunf?higkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsf?higkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.3???? Anspruch auf eine Rente haben gem?ss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a.???? ihre Erwerbsf?higkeit oder die F?higkeit, sich im Aufgabenbereich zu bet?tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern k?nnen;

b.??? w?hrend eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunf?hig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c.???? nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

1.4???? Um den Invalidit?tsgrad bemessen zu k?nnen, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ?rztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verf?gung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der ?rztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem

Umfang und bez?glich welcher T?tigkeiten die versicherte Person arbeitsunf?hig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ?rztlichen Ausk?nfte eine wichtige Grundlage f?r die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden k?nnen (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

??????? Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu pr?fen, unabh?ngig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverl?ssige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu w?rdigen und die Gr?nde anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ?rztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grunds?tze entscheidend, ob es f?r die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden ber?cksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen n?tig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zust?nde und Zusammenh?nge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begr?ndet sind, dass die rechtsanwendende Person sie pr?fend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszur?umende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunm?glichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ?rztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.; zum Beweiswert von Expertisen der MEDAS das in BGE 137 V 210 publizierte Grundsatzurteil 9C_243/2010 vom 28. Juni 2011).

1.5???? Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentsch?digung wegen eines zu geringen Invalidit?tsgrades oder wegen fehlender Hilflosigkeit verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung ?ber die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur gepr?ft, wenn die Voraussetzungen gem?ss Abs. 2 dieser Bestimmung erf?llt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidit?t oder der Hilflosigkeit oder die H?he des invalidit?tsbedingten Betreuungsaufwandes der versicherten Person in einer f?r den Anspruch erheblichen Weise ge?ndert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzukl?ren und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Ver?nderung des Invalidit?tsgrades oder der Hilflosigkeit auch tats?chlich 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 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invalidit?tsgrad oder die Hilflosigkeit seit Erlass der fr?heren rechtskr?ftigen Verf?gung keine Ver?nderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zun?chst noch zu pr?fen, ob die festgestellte Ver?nderung gen?gt, um nunmehr eine anspruchsbegr?ndende Invalidit?t oder Hilflosigkeit zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Pr?fungspflicht 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).

2.????? Nachdem die IV-Stelle einen Rentenanspruch mit h?chststrichterlich best?tigter, in Rechtskraft erwachsener Verf?gung vom 29. Juni 2007 (Urk. 7/34 und eingangs erw?hntes

Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2009 [Urk. 7/62]) verneint hatte, trat sie auf die neue Anmeldung vom 13. Januar 2009 (Urk. 7/49, vgl. 7/60) ein und unterzog das Leistungsbegehren einer materiellen Prüfung, verneinte jedoch eine anspruchsbegründende Invalidität (Verfugung vom 21. März 2011, Urk. 2). Zu prüfen ist folglich, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse (namentlich der Gesundheitszustand) seit dem 29. Juni 2007 bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfugung vom 21. März 2011 in anspruchserheblicher Weise verändert haben, wie dies der Beschwerdeführer geltend macht.

E. 3

3.1???? Hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts bis zur in Rechtskraft erwachsenen Verfugung vom 29. Juni 2007 (Urk. 7/34) kann auf die im eingangs erwähnten Urteil des hiesigen Gerichts vom 19. Juni 2009 (Urk. 7/50) gemachten Ausführungen bzw. auf die den Entscheid bestütigenden Erwägungen im späteren Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2009 verwiesen werden. Danach stellt der Umstand, dass dem Gutachten des Psychiaters Dr. med. A.____ (vom 19. Mai 2007, Urk. 7/29) hoher Beweiswert zugemessen und für das Zumutbarkeitsprofil in psychischer Hinsicht auf den Bericht des Dr. med. B.____, Oberarzt i.V. an der Chirurgischen Klinik des Spitals Y.____ (vom 10. Juni 2006) und nicht auf den Bericht der Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin (vom 2. Juni 2006) abgestellt wurde, keinen Verstoß gegen Bundesrecht dar.

3.2???? Vom 17. bis 24. Dezember 2008 hatte sich der Beschwerdeführer in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals Y.____ aufgehalten. Der Beschwerdeführer klagte über ausstrahlende Rückenschmerzen und eine Beinschwäche. Die Spitalärzte Dres. D.____ und E.____ attestierten in ihrer Zusammenfassung der ärztlichen Patientendokumentation vom 22. Dezember 2008 (Urk. 7/48) ab 7. Januar 2009 eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 50 %.

3.3???? Am 16. Februar 2010 zog sich der Beschwerdeführer bei einem Sturz auf einem vereisten Trottoir (vgl. Unfallmeldung vom 26. Februar 2010, Urk. 7/74/39-40) eine laterale Malleolarfraktur Typ Weber B links zu, welche in der Chirurgischen Klinik des Spitals Y.____ operativ versorgt wurde (vgl. Urk. 7/74/55) und aufgrund welcher dem Beschwerdeführer bis 20. Juni 2010 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 7/74/49).

3.4???? In der auf medizinischen Vorakten sowie auf eigenen Untersuchungen vom 7. September 2010 beruhenden, aufgrund der Neuanschuldung veranlassten Z.____-Expertise stellten die verantwortlichen Fachärzte - Dres. med. F.____, internistische/allgemeinmedizinische Fallführung, G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und H.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Gutachten vom 1. November 2010 [Urk. 7/74/25-26]):

- chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne klare radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5)

- im EMG wenig akute Denervationszeichen bei erhaltener Willküraktivität und Hinweisen für Reinnervationsprozesse 01/2009 (Dr. med. I.____, Fachärztin FMH für Neurologie)

- Diskusprotrusionen LWK 4/5 und LWK5/SWK1 ohne klaren Hinweis für Neurokompression (MRI 16.4.2010 bzw. 1.9.2010)

- anamnestisch kein Ansprechen auf CT-gesteuerte Infiltration L4 links am 18.12.2009 (Spital Y.____)
- anamnestisch geringes Ansprechen auf CT-gesteuerte Infiltration L3 rechts am 22.12.2009 (Spital Y.____)
- weitgehend freie Beweglichkeit der thorakolumbalen Wirbels?ule
- chronische Zervikozephalgie und Zervikobrachialgie rechts ohne radikul?re Symptomatik (ICD-10 M53.0/M53.1)
- multisegmentale degenerative Ver?nderungen der HWS mit Punctum maximum HWK5/6 ohne klaren Hinweis f?r Neurokompression oder Myelopathie (MRI 3.5.2010)
- degenerative Ver?nderungen der Supraspinatus- und langen Bizepssehne ohne Hinweis f?r Ruptur sowie leichtgradige AC-Arthrose (MRI 8.10.2007)
- freie Beweglichkeit der HWS und der oberen Extremit?ten ohne Hinweis f?r Impingement oder L?sion von Rotatorenmanschette, langer Bizepssehne sowie Akromioklavikulargelenk
- chronische Knieschmerzen links (ICD-10 M79.66)
- altersentsprechend regelrechter radiologischer Befund (R?ntgen 16.4.2010 und MRI 3.9.2010)
- reizlose, symmetrisch frei bewegliche Kniegelenke ohne Hinweis f?r Instabilit?t oder Meniskusl?sion
- Status nach Plattenosteosynthese bei lateraler Malleolarfraktur Typ Weber B links am 22.2.2010 (Spital Y.____) (ICD-10 Z98.8/T93.2)
- Status nach Inguinalhernienoperation links am 28.6.2005 mit Nachweis eines Low-Grade-Liposarkoms im Bereich des Ligamentum cooperi/Tuberculum ossis pubis (ICD-10 Z98.8)
- Status nach Revisionseingriff mit ausgedehnter Nachresektion sowie Hernienoperation nach Lichtenstein inguinal rechts am 8.3.2006
- kein Nachweis von Rezidiven (CT-Abdomen 18.1.2008)
- leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
- anhaltende somatoforme Schmerzst?rung (ICD-10 F45.4)

??????? In ihrer - im Rahmen einer multidisziplin?ren Konsensbesprechung erarbeiteten - Gesamtbeurteilung gaben die Z.____-Gutachter zur Arbeitsf?higkeit (in der angestammten und in anderen T?tigkeiten) unter anderem an (Urk. 7/74/27 f. Ziff. 6.2), dass an den oberen und unteren Extremit?ten eine freie Beweglichkeit bei guter Kraftentfaltung bestanden habe. Neurologisch habe eine spinale Kompressionsproblematik oder eine L?sion eines gr?sseren peripheren Nervs klinisch weitestgehend ausgeschlossen werden k?nnen. Auf der linken Seite habe ein deutlich verminderter PSR bestanden, der als Residuum nach sensomotorischem Ausfall L3/4 angesehen werden k?nne. Radiologisch w?rden degenerative Ver?nderungen der unteren HWS und LWS ohne klare Hinweise f?r eine Neurokompression bestehen. Am linken Knie- und oberen Sprunggelenk sei der Befund altersentsprechend und bei Status nach Plattenosteosynthese des Aussenkn?chels l?gen Zeichen der oss?ren Konsolidation vor. Im Bereich der rechten Schulter w?rden degenerative Ver?nderungen der Supraspinatus- und langen Bizepssehne ohne Hinweis auf

eine Ruptur bestehen. Zusammenfassend w?rden sich die vom Beschwerdef?hrer angegebenen, ?usserst diffusen Beschwerden aus orthop?discher Sicht durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollst?ndig begr?nden lassen. Es h?tten sich deutliche Hinweise f?r eine erhebliche nicht-organische Beschwerdekomponekte und deutliche Anzeichen einer Ausweitung der Schmerzproblematik gefunden. Aus orthop?discher Sicht bestehe f?r die angestammte sowie f?r andere ?berwiegend im Stehen und Gehen zu verrichtende oder k?rperlich mittelschwere und schwere T?tigkeiten eine vollst?ndige Arbeitsunf?higkeit. F?r k?rperlich leichte, wechselbelastende T?tigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten ?ber 10 kg sowie ohne h?ufiges Treppensteigen bestehe aus orthop?discher Sicht eine zeitlich und leistungsm?ssig uneingeschr?nkte Arbeitsf?higkeit. Aus psychiatrischer Sicht m?sse eine psychische ?berlagerung der somatischen Befunde in Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzst?rung auf dem Boden von psychosozialen Belastungen angenommen werden. Der Beschwerdef?hrer sei in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, dabei erhalte er jedoch keine antidepressive Medikation. Diagnostisch bestehe gegenw?rtig eine leichte depressive Episode mit depressiven Verstimmungen, ?ngsten, gegenw?rtiger Appetitverminderung (bei konstantem K?rpergewicht), erh?hter Erm?dbarkeit und Schlafst?rungen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit von 20 %. Aus allgemein-internistischer Sicht k?nne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit gestellt werden. Insgesamt bestehe aus polydisziplin?rer Sicht f?r k?rperlich mittelschwer bis schwer belastende berufliche T?tigkeit sowie f?r die angestammte T?tigkeit und f?r andere ?berwiegend im Stehen und Gehen zu verrichtenden T?tigkeiten eine vollst?ndige Arbeitsunf?higkeit. F?r k?rperlich leichte, angepasste T?tigkeiten betrage die Arbeits- und Leistungsf?higkeit 80 %, welche gantz?gig realisierbar sei.

??????? Zum ?Beginn der Arbeitsunf?higkeit? ?usserten sich die Z.___-Gutachter dahingehend (Urk. 7/74/28 Ziff. 6.3), dass im Jahr 2005 vor?bergehend eine psychisch bedingte Arbeitsunf?higkeit von 50 % vorgelegen habe. Ab Mitte 2007 habe aus psychiatrischer Sicht aufgrund der Vorakten keine Arbeitsunf?higkeit mehr bestanden. Im weiteren Verlauf sei eine Verschlechterung eingetreten; sp?testens ab September 2010 k?nne aus psychiatrischer Sicht eine 20%ige Arbeitsunf?higkeit attestiert werden. Aus orthop?discher Sicht sei eine sichere Einsch?tzung erst ab der Z.___-Untersuchung vom 7. September 2010 m?glich. Zwar sei es im Vorjahr zu intermittierenden Exazerbationen des Lumbalsyndroms gekommen, doch k?nne aufgrund der tats?chlich objektivierbaren Befunde keine l?nger dauernde Arbeitsunf?higkeit in einer Verweist?tigkeit begr?ndet werden.

??????? In der ?Stellungnahme zur Selbsteinsch?tzung des Beschwerdef?hrers und zu Inkonsistenzen? wurde unter Verweis auf das psychiatrische Z.___-Teilgutachten erkl?rt (Urk. 7/74/28 Ziff. 6.4 i.V.m. 7/74/16 Ziff. 4.1.7), der Beschwerdef?hrer f?hle sich aufgrund k?rperlicher und psychischer Beschwerden nicht mehr arbeitsf?hig. Es bestehe jedoch kein schweres psychisches Leiden. Der Beschwerdef?hrer sei in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, erhalte aber keine antidepressive Medikation, was darauf hinweise, dass keine schwere psychische St?rung vorliege. Der Beschwerdef?hrer helfe im Haushalt, t?tige Eink?ufe, habe Kontakte zu Kollegen und reise in seine Heimat. Ein stark ausgepr?gter sozialer R?ckzug bestehe nicht. Die Spannungen zur Tochter und zum Schwiegersohn sowie zur Enkelin seien unter anderem dadurch

bedingt, dass der Beschwerdeführer am Tag oft unausgefüllt sei und keiner Erwerbstätigkeit nachgehe. Er leide unter dem Verlust seiner Leistungsfähigkeit und der finanziellen Abhängigkeit von der Sozialfürsorge. Es würden lebensgeschichtliche Belastungen mit einem Flüchtlingschicksal und einer gescheiterten Ehe bestehen, jedoch ohne frühere Belastungen, welche sich negativ auf die Gesundheitsentwicklung hätten auswirken können. Im Untersuchungsgespräch habe sich der Beschwerdeführer durchaus konzentrieren können, auch wenn er mit der Angabe von genauen Lebensdaten, vor allem hinsichtlich seiner beruflichen Laufbahn, Schwierigkeiten gehabt habe. Der Beschwerdeführer habe angegeben, manchmal kurze Strecken mit dem Auto zu fahren, was eine gute Konzentrationsfähigkeit voraussetze. Die angegebenen nächtlichen Schlafstörungen seien dadurch bedingt, dass er am Tag oft unausgefüllt sei und sich hinlege. Abschliessend wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe angegeben, regelmässig Dafalgan-Tabletten einzunehmen, war bei der Z.____-Untersuchung aber nicht nachweisbar gewesen sei.

??????? Zu den früheren ärztlichen Einschätzungen wurde unter Verweis auf das psychiatrische Z.____-Teilgutachten erklärt (Urk. 7/74/28 Ziff. 6.5 i.V.m. 7/74/17 Ziff. 4.1.8), der behandelnde Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, habe 2007 eine seit 2005 bestehende schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen diagnostiziert und eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der Psychiater Dr. A.____ habe (dagegen) in seinem Gutachten von 2007 lediglich eine Angststörung (in Form von Angst und depressiver Reaktion gemischt) sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung festgestellt. Für eine angepasste Tätigkeit sei Dr. A.____ von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Im Zeitpunkt der Z.____-Untersuchung habe eine leichte depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestanden. Zu den anderweitigen ärztlichen Voreinschätzungen wurde unter Verweis auf die diesbezügliche Stellungnahme im orthopädischen Z.____-Teilgutachten die dortige Hervorhebung der grundsätzlichen Übereinstimmung mit der Einschätzung gemäss Bericht von Dr. med. I.____, Spezialärztin FMH für Neurologie, angeführt (Urk. 7/74/28 Ziff. 6.5 i.V.m. 7/74/24 Ziff. 4.2.7). Zudem wurde im orthopädischen Z.____-Teilgutachten darauf hingewiesen, dass es beim Beschwerdeführer, der in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals Y.____ aufgrund eines radikulären Reiz- und sensomotorischen Ausfallsyndroms L3/4 links mit initialer Quadriparesis M4 behandelt worden sei, im Verlauf zu einer langsamen, jedoch konstanten Besserung gekommen sei. Aufgrund der langsamen Besserung sei im Januar 2009 eine Elektromyographie bei Frau Dr. I.____ mit Dokumentation wenig akuter Denervationszeichen bei erhaltener Willküraktivität und Hinweisen für Reinnervationsprozesse erfolgt.

3.5???? Die RAD-Ärzte Med. pract. K.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation (Stellungnahme vom 22. November 2010 [Urk. 7/76/2-3]) und Dr. med. L.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie (Stellungnahme vom 10. März 2011 [Urk. 7/85/2]), erachteten die Z.____-Expertise als zuverlässig, weshalb von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepasster Tätigkeit auszugehen sei.

4.??????

4.1???? In der bisherigen Tätigkeit ist unbestrittenermassen eine volle Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Umstritten ist das Leistungsvermögen in einer angepassten Tätigkeit. Diesbezüglich erscheint die Annahme einer 80%igen Arbeitsfähigkeit im Z.____-Gutachten als plausibel. Die betreffende Expertise wurde in Kenntnis der medizinischen (Vor-)Akten

und weiteren Unterlagen erstattet, umfasst namentlich ausgedehnte klinische Befunderhebungen und berücksichtigt aktuelle radiologische Zusatzuntersuchungen (vgl. Urk. 7/74/21-22).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers, der in orthopädischer Hinsicht (vgl. Urk. 1 S. 3) die Verneinung einer Neurokompression im Bereich der LWS und HWS durch die Z.____-Gutachter kritisiert und hierbei auf die entsprechenden Diagnosen der Ärzte der Klinik für Rheumatologie des Spitals Y.____ - insbesondere auf das lumboradikuläre Reiz- und sensomotorische Ausfallsyndrom L3/4 sowie auf einen, auf das MRI vom 12. Dezember 2008 gestützten, Diskussequester L4 - hinweist (vgl. Bericht dieser Klinik vom 22. Dezember 2008; Urk. 7/48/1-4)], haben sich die Z.____-Gutachter vorliegend hinreichend mit etwaigen organischen Beschwerdegrundlagen auseinandergesetzt. Die Z.____-Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden in Form von ausstrahlenden Kreuz- und Kopfschmerzen sowie Knie-, Sprunggelenks- und Handbeschwerden (vgl. Urk. 7/74/18, 7/74/20-21) und stellten gestützt auf aktuelle MRI-Untersuchungen (vom 16. April 2010 [MRI der LWS, Urk. 7/74/52 = 7/74/61] bzw. 1. September 2010) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne klare radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5) bei (nurmehr) bestehenden Diskusprotrusionen LWK 4/5 und LWK5/SWK1, ohne klaren Hinweis für eine Neurokompression, fest (vgl. Urk. 7/74/25). Zum aktuellen radiologischen Befund erklärte der orthopädische Z.____-Teilgutachter (vgl. Urk. 7/74/24 Ziff. 4.2.7), das in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals Y.____ behandelte radikuläre Reiz- und sensomotorische Ausfallsyndrom L3/4 links mit initialer Quadrizpsschwäche M4 habe sich konstant gebessert. Eine Besserung ergibt sich insbesondere auch aus dem Bericht vom 21. September 2009 (Urk. 7/74/67), gemäß welchem der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben regelmäßig und teilweise längere Distanzen gehen kann und in seinen Freizeitaktivitäten aufgrund der Quadrizpsschwäche kaum eingeschränkt ist (vgl. Urk. 7/74/68). Im Übrigen ist festzustellen, dass sich die Ärzte der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals Y.____, welche in ihrem (ersten) Bericht vom 22. Dezember 2008 aufgrund der dortigen Diagnosen ab 7. Januar 2009 eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert hatten (Urk. 7/48/1-2), nicht genügend mit der Frage der Arbeits(un)fähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auseinandersetzen (vgl. etwa auch Arbeitsunfähigkeit: Unterstützung vom Sozialamt? in Urk. 7/74/68 und 7/59/16), weshalb ihre Einschätzung vom 22. Dezember 2008 die Schlussfolgerungen der Z.____-Gutachter insgesamt nicht in Frage zu stellen vermag. Gleiches gilt in Bezug auf Arbeitsunfähigkeitsangaben der Hausärztin Dr. C.____, welche am 19. Januar 2009 ein seit Jahren bestehendes Rückenleiden festhielt (Urk. 7/51/19) und eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk. 7/51/20, 7/51/21, 7/59/13, 7/71/9, 7/71/18, 7/71/21).

4.2.2.2 Soweit sich der Beschwerdeführer auf die Neurologin Dr. I.____ beruft (vgl. Urk. 1 S. 3), welche als Diagnose insbesondere das lumboradikuläre Reiz- und sensomotorische Ausfallsyndrom L4 festhielt (vgl. Bericht vom 28. Januar 2009 [Urk. 7/74/70]) und welche erklärte, elektromyographisch würden sich in der Oberschenkelmuskulatur wenig akute Denervationszeichen bei erhaltener Willküraktivität und Hinweisen für Reinnervationsprozesse zeigen, haben sich die Z.____-Gutachter auch mit dieser Beurteilung hinreichend auseinandergesetzt (vgl. Urk. 7/74/24 Ziff. 4.2.7). Da sich Dr. I.____ ihrerseits zudem nicht zur Arbeitsfähigkeit äußerte, ergibt sich aus ihrem Bericht im Übrigen keine vom Z.____-Gutachten abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit.

??????? Auch soweit der Beschwerdeführer weitere Beschwerden im Bereich der rechten Schulter, des linken Sprunggelenks, des linken Knies oder der Hand geltend macht (Urk. 1 S. 4), bleibt festzuhalten, dass die Z.____-Gutachter den medizinischen Sachverhalt sorgfältig abklärten und aufgrund der festgestellten unauffälligen klinischen Befunde (Urk. 7/74/23 am Ende, 7/74/20-21) eine Einschränkung des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit ausschliessen durften (vgl. Urk. 7/74/27 f. Ziff. 6.2). Was die laterale Malleolarfraktur Typ Weber B vom 22. Februar 2010 (vgl. Urk. 7/74/5) angeht, ist eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nach dem 20. Juni 2010 nicht ausgewiesen (vgl. Urk. 7/74/49)).

4.3???? Der Beschwerdeführer beruft sich in psychischer Hinsicht auf den behandelnden Psychiater Dr. J.____ (vgl. Urk. 1 S. 4 f.; siehe auch Urk. 10 S. 1), der in seinem (letzten) Bericht vom 20. April 2007 (Urk. 7/74/33) als fachgebietsspezifische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) festgehalten und eine volle Arbeitsunfähigkeit aus physischen und psychischen Gründen ab Herbst 2005 (?bis dato?; Datum der letzten Untersuchung: 16. April 2007) in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gastronomie-Mitarbeiter attestiert hatte (Urk. 7/26/3 = 7/74/33-37). Dazu ist festzuhalten, dass vor dem Hintergrund des schlüssigen anderslautenden Gutachtens von Dr. A.____ vom 19. Mai 2007 (Urk. 7/29, siehe eingangs erwähntes Bundesgerichtsurteil, E. 3.2.3) sowie angesichts der nachvollziehbaren Beurteilung der Z.____-Gutachter die Depression nur noch leicht ausgeprägt ist. Nichts anderes ergibt sich in diesem Zusammenhang aus den Berichten der Ärzte des Spitals Y.____ (vgl. Angabe einer ?depressiven Verstimmung? in den Berichten vom 21. September 2009 [Urk. 7/74/67] und vom 25. Februar 2010 [Urk. 7/74/45]). Soweit der Beschwerdeführer schliesslich die Neutralität der Z.____-Gutachter in Zweifel zieht (vgl. Urk. 1 S. 5), ist vorliegend festzustellen, dass keine Hinweise aktenkundig sind, welche auf eine Voreingenommenheit oder Befangenheit der Gutachter schliessen liessen.

???????? Nach dem Gesagten erfüllt die umfassende Z.____-Expertise die von der Rechtsprechung an medizinische Berichte und Gutachten gestellten Anforderungen und stellt somit eine taugliche Grundlage zur Anspruchsbeurteilung dar. Demnach ist von einer auf das Z.____-Gutachten gestützten Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepasster Tätigkeit auszugehen, was bezogen auf die Situation anlässlich der Abweisungsverfügung vom 29. Juni 2007 (Urk. 7/34) eine gewisse Verschlechterung darstellt (vgl. E. 7 des erwähnten Urteils des hiesigen Gerichts). Zu prüfen bleibt im Folgenden die erwerbliche Seite.

E. 5

5.1???? Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2

mit Hinweisen).

????????? Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

5.2????? In ihrer Verfügung vom 21. März 2011 (Urk. 2) stellte die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne der LSE ab, wobei sie den Beschwerdeführer als voll-erwerblichen Hilfsarbeiter einstuft (siehe Urk. 2, 7/75). Dies ist mangels anderer verlässlicher Angaben nicht zu beanstanden. Das Invalideneinkommen in angepasster Tätigkeit ist, da der Beschwerdeführer keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ebenfalls anhand der LSE - und wiederum unter Einstufung des Beschwerdeführers als Hilfsarbeiter - zu ermitteln. Damit kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden, bei welchem das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen mit 100 % zu bewerten ist, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (vgl. BGE 114 V 310 E. 3a S. 313; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis). Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_130/2007 vom 30. Oktober 2007 E. 3.2 mit Hinweisen).

????????? Selbst wenn - entsprechend dem Vorbringen des Beschwerdeführers - von einem - vorliegend nicht gerechtfertigten - behinderungsbedingten Abzug (zum Ganzen vgl. BGE 126 V 75) von 20 % (vgl. Urk. 1 S. 5) auf dem Invalideneinkommen auszugehen wäre, wäre der Invaliditätsgrad bei einem zumutbaren Leistungspensum von 80 % auf 36 % zu veranschlagen (100 % - 80 % x 80 %), was für die Bejahung eines Rentenanspruchs nicht genügt.

6.????????? Demzufolge erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

7.????????? Die in Anwendung von Art. 69 Abs. 1 bis IVG auszufällende Gerichtskostenpauschale ist auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1.????????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.????????? Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.????????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- AXA-ARAG Rechtsschutz AG

- 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.