

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01013 vom 26. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01013

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01013 du 26 septembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01013 del 26 settembre 2012

Erwägungen

E. 3

3.1????

3.1.1?? Mit Einspracheentscheid vom 6. Februar 2007 sch?tzte die Beschwerdegegnerin die am 31. Oktober 2005 erstmals verf?gte Leistungsabweisung (Urk. 7/13) und st?tzte sich dabei im Wesentlichen auf das im Einspracheverfahren veranlasste Z.___-Gutachten vom 21. November 2006 (Urk. 7/34). Das hiesige Gericht gelange mit Urteil vom 5. November 2007 ebenfalls zum Schluss, dass das Gutachten des Z.___ s?mtliche Kriterien, denen ein beweistaugliches Gutachten zu gen?gen hat, erf?lle. Es ging gest?zt auf diese Expertise davon aus, dass der Beschwerdef?hrer in einer leidensangepassten T?tigkeit zu 100 % arbeitsf?hig sei, und verneinte einen Rentenanspruch (Urk. 7/64). Diese Einsch?tzung wurde vom Bundesgericht mit Entscheid vom 8. April 2008 gesch?zt (Urk. 8/70).

3.1.2?? Auf die Neuanmeldung vom 15. Mai 2008 (Urk. 7/72) trat die Beschwerdegegnerin ein und kl?rte die anspruchsbegr?ndenden Voraussetzungen neu ab, wobei sie unter anderem das F.___-Gutachten vom 5. Juli 2010 (Urk. 7/101/2-37) beizog. Die F.___-Gutachter kamen zum Schluss, dass der Beschwerdef?hrer in einer k?rperlich leichten, wechselbelastenden T?tigkeit - nach wie vor - zu 100 % arbeits- und leistungsf?hig ist (Urk. 7/101/24). Mit der angefochtenen Verf?gung vom 12. August 2011 (Urk. 2) verneinte die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch des Beschwerdef?hrers wiederum.

3.1.3?? Zu pr?fen ist also, ob sich seit dem Einspracheentscheid vom 6. Februar 2007 (Urk. 7/43) bis zur angefochtenen Verf?gung vom 12. August 2011 (Urk. 2) der Gesundheitszustand des Beschwerdef?hrers und/oder dessen erwerbliche Auswirkungen derart wesentlich ver?ndert haben, dass ihm nunmehr eine Invalidenrente zusteht.

3.2????

3.2.1?? Am Z.___-Gutachten vom 21. November 2006 wirkten PD Dr. med. H.___, Neurologie, sowie die Dres. med. I.___, Orthop?dische Chirurgie, J.___, Psychiatrie, und K.___, Innere Medizin, sowie lic. phil. L.___, Psychologie und Neuropsychologie, mit (Urk. 7/34/32 und Urk. 7/34/26-28). Grundlage f?r das Z.___-Gutachten waren die von der Beschwerdegegnerin zur Verf?gung gestellten Akten sowie die allgemein- und internistischen, orthop?dischen, neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchungen des Beschwerdef?hrers im Z.___ vom 26. bis 29. Juni 2006 (Urk. 7/34/3). Die Z.___-Gutachter diagnostizierten (1) ein chronisches cervicospondylogenes und cervicocephales Schmerzsyndrom mit Brachialgie rechts ohne radikul?res Reiz- und Ausfallssyndrom an den oberen Extremit?ten bei degenerativen Ver?nderungen der

Halswirbels?ule, (2) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit pseudoradikul?ren Schmerzen am rechten Bein ohne radikul?re Reiz- und Ausfallssymptome an den unteren Extremit?ten bei degenerativen Ver?nderungen an der Lendenwirbels?ule (LWS), (3) eine Panikst?rung (ICD-10: F41.0) sowie (4) eine Angst- und depressive St?rung gemischt (ICD-10: F41.2), bei beeindruckbarer Pers?nlichkeit gem?ss ICD-10: F60.8 (Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsf?higkeit, Urk. 7/34/29). Ferner diagnostizierten sie einen Status nach Heckauffahrkollision mit Distorsionstrauma der Halswirbels?ule am 16. Februar 2004 sowie ein leichtes ?bergewicht bei BMI 26.3 (Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsf?higkeit, Urk. 7/34/29).

3.2.2?? Die Z.___-Gutachter hielten zum Grad der Arbeitsf?higkeit des Beschwerdef?hrers im bisherigen Arbeitsverh?ltnis fest, bei der klinischen Untersuchung h?tten sich eine leichte Bewegungseinschr?nkung der Halswirbels?ule sowie leichte Myogelosen im Nackenbereich gefunden. Im Bereiche der LWS finde sich ebenfalls nur eine geringgradige Bewegungseinschr?nkung mit m?ssiggradigen Myogelosen. Radikul?re Reizsymptome an oberen und unteren Extremit?ten seien nicht nachweisbar. Feststellbar sei eine residuelle Sensibilit?tsst?rung auf der Streckseite des linken Daumens (nach traumatischer L?sion des Ramos superficialis nervi radialis 1995). Es best?nden keine Hinweise auf Spinall?sionen. F?r die geklagten Beschwerden und Missempfindungen an Hand und Vorderarmen ulnar rechts, welche nach Angaben des Beschwerdef?hrers ohne erkennbare Abh?ngigkeit von Kopfbewegungen bzw. -haltungen zumeist spontan auftreten w?rden, finde sich bei der Z.___-Untersuchung kein ad?quates klinisches Korrelat im Sinne einer radikul?ren L?sion, einer unteren Arm-Plexus-L?sion bzw. einer Ulnarisneuropathie. Radiologisch zeige sich ein erheblicher degenerativer Vorzustand der Halswirbels?ule (HWS). Von organischer Seite her bestehe in der zuletzt ausge?bten T?tigkeit als Hauswart und Geb?udereiniger eine Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit von 50 %. Dabei sei der Beschwerdef?hrer vor allem bei vorn?bergeneigten T?tigkeiten, Zwangspositionen sowie auch T?tigkeiten mit l?ngerer ?berkopfarbeit und Retroflexion des Kopfes behindert (Urk. 7/34/30).?

???????? Aus psychiatrischer Sicht sei das Paniksyndrom durchaus noch therapierbar, ebenso sei die Angst und Depression gemischt weiter therapierbar, so dass aus diesen beiden psychiatrischen Diagnosen keine schwerwiegende Arbeitsunf?higkeit auf Dauer abgeleitet werden k?nne. Eine zus?tzliche Arbeitsunf?higkeit aus psychischen Gr?nden k?nne nicht angenommen werden (Urk. 7/34/31).

???????? In einer Verweisungst?tigkeit, in welcher er nicht repetitiv Lasten ?ber 10 kg heben und nicht in Zwangspositionen arbeiten m?sse, sei der Beschwerdef?hrer ganztags vollschichtig arbeitsf?hig (Urk. 7/34/32).

3.3????

3.3.1?? Am Gutachten des F.___ waren die Dres. med. M.___, internistische/allgemeinmedizinische Fallf?hrung, N.___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. O.___, FMH Orthop?dische Chirurgie, beteiligt. Gest?tzt auf die von der Beschwerdegegnerin zur Verf?gung gestellten Akten und die nachtr?glich bis zur Gutachtenserstellung eingegangenen Unterlagen, die F.___-Untersuchungen (internistische, psychiatrische und orthop?dische Untersuchung) vom 12. Mai 2010 sowie auf die Schlussfolgerungen des multidisziplin?ren Konsensus (Urk. 7/101/2) stellten die F.___-Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsf?higkeit: (1) chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikul?re Symptomatik (ICD-10: M54.5) mit/bei

leichtgradigen degenerativen Veränderungen vor allem der unteren Lendenwirbelsäule mit ventral betonten Spondylosen (ICD-10: M47.86), (2) chronisch intermittierende Schulterschmerzen links (ICD-10: M79.61) mit/bei Verdacht auf lateral betontes subakromiales Impingement (ICD-10: M75.4) und Status nach Tendinitis calcarea der Supraspinatussehne, derzeit ohne sichtbaren Kalkdepots (ICD-10: M75.3) sowie (3) klinischer Verdacht auf humeroradiales Impingement Ellbogen links (ICD-10: M25.82) mit/bei chronischer Bursitis praepatellaris links (ICD-10: M70.4). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie fest: (1) Dysthymia (ICD-10: F34.1), (2) Panikstörungen (ICD-10: F41.0), (3) anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), (4) Hallux rigidus links, aktuell weitgehend symptomlos (ICD-10: M20.2), (5) chronische sagittale Rückfußinstabilität bei insuffizientem Ligamentum talofibulare anterius, derzeit weitestgehend beschwerdefrei (ICD-10: M25.37) sowie (6) Dyslipidämie gemäss ICD-10: E78.2 (Urk. 7/101/21-22).

3.3.2?? Im Rahmen der Gesamtbeurteilung führten die F.____-Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe bei der F.____-Untersuchung verschiedene Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates beklagt, welche er auf einen Autounfall im Jahr 2004 zurückgeführt habe. Bei der orthopädischen Untersuchung im F.____ sei ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei leichtgradigen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule festgestellt worden. Zudem bestehe ein Verdacht auf subakromiales Impingement der linken Schulter und ein Impingement am linken Ellbogen. Die klinischen Befunde seien insgesamt nicht sehr stark ausgeprägt gewesen. Aufgrund der objektiv vorhandenen, in der radiologischen Bildgebung besttigten degenerativen Veränderungen des Bewegungsapparates seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten sowie solche mit andauernden Zwangshaltungen nicht mehr zumutbar. Aus orthopädischer Sicht bestehe hingegen für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/101/22).

????????? Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden. Diese erkläre die subjektiv vom Beschwerdeführer empfundene vermehrte Leistungseinschränkung. Eine psychiatrische Komorbidität mit einer manifesten Depression bestehe nicht. Die leichte depressive Verstimmung und die vom Beschwerdeführer angegebenen Ängste seien als Dysthymie und Panikstörung zu beurteilen, welche aber nicht höhergradig ausgeprägt seien. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers daher nicht eingeschränkt (Urk. 7/101/22).

????????? Im internistischen Status seien ausser einem leichten Übergewicht weitgehend unauffällige Befunde erhoben worden. Die leicht erhöhten Leberwerte könnten mit der Dyslipidämie und deren Behandlung mit Simvastatin erklärt werden. Aus internistischer und anderweitiger somatischer Sicht beständen keine zusätzlichen Befunde und Diagnosen, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken würden (Urk. 7/101/22).

E. 4

4.1???? Die Würdigung des F.____-Gutachtens vom 5. Juli 2010 (Urk. 7/101) ergibt, dass es auf den erforderlichen allseitigen, nämlich allgemein- und internistischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen, Untersuchungen beruht und damit für die gestellten Fragen umfassend ist. Die F.____-Gutachter erstellten ihre Expertise in Kenntnis der Vorakten (insbes. Urk. 7/101/4-8) und nahmen zu früheren ärztlichen Einschätzungen Stellung, wobei sie sich insbesondere mit der Beurteilung der Z.____-Gutachten vom 21.

November 2006 auseinandersetzen (Urk. 7/101/14, Urk. 7/101/23). Sie berücksichtigten die geklagten Beschwerden sowie das Verhalten des Beschwerdeführers (insbes. Urk. 7/101/8-9, Urk. 7/101/10-12, Urk. 7/101/14-15). Die Beurteilung und Schlussfolgerungen der F.____-Gutachter sind schlüssig und nachvollziehbar begründet. Dem F.____-Gutachten vom 5. Juli 2010 (Urk. 7/101) kommt damit grundsätzlich voller Beweiswert zu.

4.2.2.2.2 Der Beschwerdeführer wendet dagegen - wie bereits in seiner Stellungnahme vom 20. Juni 2011 (Urk. 7/114) - unter Bezugnahme auf die neuen und erheblichen Befunde an Schulter und Ellbogen ein, es sei nicht schlüssig, wenn die F.____-Gutachter davon ausgehen würden, dass sich seit dem Z.____-Gutachten vom 21. November 2006 "keine relevanten Veränderungen" ergeben hätten (Urk. 1 Seite 7). Dem Z.____-Gutachten vom 21. November 2006 ist zu entnehmen, dass Z.____-Gutachter Dr. I.____ Ende Juni 2006 bei der klinisch-orthopädischen Untersuchung der Schultergelenke beidseits ein leichtes subacromiales Knirschen und Reiben sowie eine aktiv und passiv freie Schultergelenksbeweglichkeit in allen Ebenen ohne Schmerzangaben erhob hatte. Der Apprehensionstest und die Rotatorenmanschettentests seien negativ und die Ellbogengelenke seien frei beweglich (Urk. 7/34/14). Der Beschwerdeführer erwhnte gegenber dem orthopädischen F.____-Gutachter Dr. O.____ Schmerzen am linken Arm und Ellbogen sowie an der linken Schulter (Urk. 7/101/14). Die Schultern und Ellbogen des Beschwerdeführers wurden von F.____-Gutachter Dr. O.____ ebenfalls klinisch untersucht, und in der P.____ Praxis wurde am 4. Mai 2010 eine Röntgenuntersuchung der Schulter links sagittal durchgeführt (Urk. 7/101/16-17). F.____-Gutachter Dr. O.____ gelangte in seiner orthopädischen Beurteilung zum Schluss, dass an den oberen Extremitäten auf der rechten Seite ein unauffälliger Befund mit freier Beweglichkeit sämtlicher Gelenke und sehr guter Kraftentfaltung bestnde. Links führe die Abduktion gegen Widerstand zu einer Schmerzangabe am lateralen Acromionrand, am ehesten entsprechend einem daselbst bestehenden Impingement, da sich klinisch keine Hinweise für eine relevante Läsion der Rotatorenmanschette ergeben würden. Am linken Ellbogen würden Schmerzen bei der Palpation über dem Radiusköpfchen angegeben, die auch bei wiederholter Untersuchung exakt an dieser Lokalisation provoziert werden könnten, nicht jedoch über dem Epikondylus humeri radialis. Somit dürfte es sich eher nicht um eine Epikondylopathie handeln, vielmehr um eine interradikuläre Problematik, die aufgrund der Lokalisation am ehesten einem humerordialen Impingement durch eine hypertrophe Schleimhaut-Pilca in diesem Bereich entsprechen dürfte. Bei relevanter Beschwerdepersistenz über längere Zeit wären diesbezüglich vertiefte Abklärungen sinnvoll, doch entstehe durch diese Problematik derzeit offenbar keine wesentliche Einschränkung im Alltagsleben, da der Beschwerdeführer nach wie vor auf den Einsatz von Analgetika verzichten könne. Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. O.____ fest, dass für eine Tätigkeit, bei welcher es immer wieder zum Tragen von größeren Lasten kommt und zudem häufige Zwangshaltungen von Rumpf und Extremitäten notwendig sind, aufgrund der objektivierbaren Strukturalterationen am Bewegungsapparat bleibend von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden müsse. Hingegen sei der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht für körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnder Position, jedoch vorwiegend im Sitzen, wo das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg nicht überschritten werde, zeitlich und leistungsmäßig uneingeschränkt arbeitsfähig. Er - Dr. O.____ - denke an Kontroll- und Überwachungstätigkeiten, doch kämen auch manuelle Tätigkeiten auf Tischhöhen in Frage, sofern die übrigen formulierten Bedingungen erfüllt seien (Urk. 7/101/20). Dr. O.____ hat somit die neuen - im Z.____-Gutachten vom 21. November 2006 noch nicht erhobenen (Urk. 7/34) - Befunde im

Bereich der linken Schulter und des linken Ellbogens nicht nur bei den Diagnosen, sondern insbesondere auch im von ihm postulierten Belastungsprofil (?manuelle T?tigkeiten auf Tischh?hen?) ber?cksichtigt. In der F.____-Gesamtbeurteilung wurde zwar - lediglich - festgehalten, dass aus orthop?discher Sicht k?rperlich schwere T?tigkeiten sowie solche mit andauernden Zwangshaltungen nicht mehr zumutbar seien und f?r eine k?rperlich leichte, wechselbelastende T?tigkeit eine zeitlich und leistungsm?ssig uneingeschr?nkte Arbeitsf?higkeit bestehe. Im gleichen Sinne wurde auch die Arbeitsf?higkeit aus polydisziplin?rer Sicht beurteilt (Urk. 7/101/22-23). Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass die ?brigen am Gutachten beteiligten ?rzte mit dem von Dr. O.____ formulierten, pr?ziseren Belastungsprofil nicht einverstanden waren, zumal sie die von ihm gestellten, die Schulter links sowie den Ellbogen links betreffenden Diagnosen (Urk. 7/101/18) im Rahmen der Gesamtbeurteilung unter dem Titel ?Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsf?higkeit? ?bernommen haben (Urk. 7/101/21). Zum Verlauf der Arbeitsf?higkeit aus orthop?discher Sicht wurde in der Gesamtbeurteilung - ebenfalls Dr. O.____ folgend (Urk. 7/102/20) - bemerkt, die degenerativen Ver?nderungen und Einschr?nkungen am Bewegungsapparat h?tten sich langsam entwickelt. Ein genauer Beginn k?nne nicht festgelegt werden. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass im Z.____-Gutachten vom 21. November 2006 eine Einschr?nkung von 50 % f?r die T?tigkeit als Geb?udereiniger, welche auch vermehrte k?rperliche Belastungen und Zwangshaltungen beinhalte, ab September 2004 postuliert worden sei. K?rperlich schwere T?tigkeiten, wie sie der Beschwerdef?hrer bei der Arbeitsaufnahme in der Schweiz ausge?bt h?tte, seien ihm retrospektiv bereits zu diesem Zeitpunkt nicht mehr zumutbar gewesen. F?r k?rperlich angepasste, leichte T?tigkeiten habe gem?ss ihren Feststellungen bislang keine andauernde, h?hergradige Arbeitsunf?higkeit bestanden. Insgesamt h?tten sich seit dem letzten Z.____-Gutachten keine relevanten ?nderungen ergeben (Urk. 7/101/23). Diese Schlussfolgerung erscheint im Zusammenhang mit den genannten weiteren Feststellungen der Gutachter durchaus folgerichtig und ?berzeugend. Der diesbez?gliche Einwand des Beschwerdef?hrers vermag deshalb keinen Zweifel am F.____-Gutachten zu begr?nden.

??????? Diesen Einwand hatte der Beschwerdef?hrer bereits in seiner Stellungnahme vom 20. Juni 2011 erhoben. Sodann hatte er auch damals geltend gemacht, der Verlauf der Therapien an Ellbogen und Schulter links seit dem F.____-Gutachten vom 5. Juli 2010 sei von der Beschwerdegegnerin f?lschlicherweise nicht ermittelt worden (Urk. 7/114/4). RAD-Arzt Dr. med. Q.____, Praktischer Arzt FMH, Facharzt Vertrauensarzt SGV, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, nahm am 22. Juni 2011 zu diesen Einw?nden des Beschwerdef?hrers Stellung. Er gelangte zum Schluss, dass das Belastungsprofil im Nachgang leicht modifiziert werden k?nne: Zus?tzlich zu den bisher formulierten Einschr?nkungen sollten keine Arbeiten in Armvorhalten und ?ber Kopf, ohne Schl?ge und Vibrationen gegen die linke Schulter ausgef?hrt werden. Am Grad der Arbeitsf?higkeit ?ndere diese zus?tzliche Einschr?nkung nichts (Urk. 7/116/2). RAD-Arzt Dr. med. R.____, Facharzt Orthop?dische Chirurgie und Traumatologie, vertrat in seiner erg?nzenden orthop?dischen Stellungnahme vom 23. Juni 2011 den Standpunkt, dass auf das F.____-Gutachten vom 5. Juli 2010 abzustellen sei. Die "neuen" Befunde an Schulter und Ellenbogen seien bereits in der Bewertung des F.____-Gutachtens mitber?cksichtigt worden. Letztlich sei der versicherungsmedizinischen Stellungnahme von Dr. Q.____ vom 22. Juni 2011 aus fachorthop?discher Sicht nichts hinzuzuf?gen (Urk. 7/116/2). Diesen Beurteilungen kann nach dem Gesagten ohne Weiteres gefolgt werden. Anzuf?gen ist, dass dem Beschwerdef?hrer in der F.____-Gesamtbeurteilung ausdr?cklich empfohlen wurde, die

bereits eingeleiteten Therapiemassnahmen bez?glich des linken Ellbogens weiterzuf?hren (Urk. 7/101/23). F.___-Gutachter Dr. O.___ wies sodann darauf hin, dass betreffend linke Schulter bei Schmerzexazerbation eine erneute subakromiale Infiltration zu erw?gen w?re (Urk. 7/101/21). Dass sich der Beschwerdef?hrer in der Folge offenbar tats?chlich weiteren Therapien unterzog, wozu er im ?brigen aufgrund des im Gebiet der Invalidenversicherung allgemein geltenden Grundsatzes der Selbsteingliederung (vgl. BGE 127 V 298 E. 4.b.cc) gehalten war und ist, l?sst daher nicht schon darauf schliessen, dass sich die Schulter- und Ellbogenproblematik links seither massgeblich verschlechtert haben k?nnte. Da der Beschwerdef?hrer in der Stellungnahme vom 20. Juni 2011 im ?brigen nicht auf Ver?nderungen des medizinischen Sachverhalts hinwies, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren keine weiteren medizinischen Abkl?rungen veranlasste.

4.3???? Im Beschwerdeverfahren machte der Beschwerdef?hrer geltend, er sei wegen der Beschwerden an Ellbogen und Schulter links und neu auch an der Schulter rechts in st?ndiger Behandlung bei Dr. G.___ (E. 1.2). Wie dargelegt, kann der Beschwerdef?hrer aus der Tatsache, dass er wegen Beschwerden an Schulter und Ellbogen links in Behandlung steht, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Dass offenbar neuerdings auch noch die rechte Schulter behandlungsbed?rftig ist, ?ndert daran grunds?tzlich nichts, zumal mit dem seitens des RAD formulierten (modifizierten) Belastungsprofil auch diesen neuen Beschwerden angemessen Rechnung getragen sein d?rfte. Eine allf?llige erhebliche Verschlimmerung der Beschwerden an Ellbogen und Schulter links nach Verf?gungserlass und insbesondere die im Beschwerdeverfahren erstmals geltend gemachten Schulterbeschwerden rechts geh?ren im ?brigen ohnehin nicht mehr zum massgebenden Sachverhalt (E. 2.6), weshalb an dieser Stelle nicht weiter darauf einzugehen ist.

4.4???? In psychischer Hinsicht wiesen die F.___-Gutachter darauf hin, dass im Z.___-Gutachten vom 21. November 2006 neben einer Panikst?rung eine Angst und depressive St?rung gemischt mit einer spezifischen Pers?nlichkeitsst?rung genannt werde, die Z.___-Gutachter jedoch nicht von einer Arbeitsunf?higkeit aus psychischen Gr?nden und von einer Therapierbarkeit der Symptomatik ausgegangen seien. Die F.___-Gutachter hielten daf?r, dass sich die Diagnose einer Panikst?rung auch noch bei der F.___-Begutachtung habe best?tigen k?nnen. Die Symptomatik der Angst und depressiven St?rung gemischt finde sich in der diagnostizierten Dysthymie wieder. Die Diagnose einer Pers?nlichkeitsst?rung k?nne hingegen nicht best?tigt werden. Eine solche m?sste sich gem?ss ICD-10-Definition bereits in der Jugend abzeichnen. Solche Hinweise seien aber in der Anamneseerhebung nicht vorhanden. Eine psychiatrische Auff?lligkeit habe sich erst im Anschluss an die Heckauffahrkollision ergeben. Hinsichtlich der Einsch?tzung der Arbeitsf?higkeit bestehe ?bereinstimmung mit dem Vorgutachten (Urk. 7/101/13-14). Diese Ausf?hrungen sind schl?ssig und ?berzeugend. Im ?brigen macht der Beschwerdef?hrer auch keine Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustandes geltend.

????????? Somit kann - gest?tzt auf das F.___-Gutachten vom 5. Juli 2010 (Urk. 7/101) sowie die RAD-Stellungnahmen vom 22. und 23. Juni 2011 (Urk. 7/116/2) - ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdef?hrer im Zeitpunkt der angefochtenen Verf?gung vom 12. August 2011 in einer dem vom RAD beschriebenen Belastungsprofil entsprechenden T?tigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsf?hig war. Demnach hat sich seit der erstmaligen Abweisung des Leistungsbegehrens am 6. Februar 2007 (Urk. 7/43) lediglich das Belastungsprofil, nicht jedoch der Grad der Arbeits- und Leistungsf?higkeit

60'650.35. Dieses reduziert sich nach dem Gesagten um 15 % auf Fr. 51'552.80 (= 0,85 x Fr. 60'650.35). Demnach resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 28'833.20 resp. ein Invaliditätsgrad von 36 %, welcher keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet (E. 2.2).

6.????? Nach dem Gesagten ist die Beschwerde im Ergebnis vollumfänglich abzuweisen.

7.????? Da es 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 in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem unterliegenden 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:

- Rechtsanwalt Dominique Chopard
- 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.