

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01114 vom 11. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01114

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01114 du 11 septembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01114 del 11 settembre 2012

Erwägungen

E. 3

3.1. Der Einspracheentscheid vom 15. Juni 2006 (Urk. 7/48) stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. med. A., Orthopädie, und Dr. med. B., Innere Medizin, des Instituts C. (C.) vom 2. September 2005 (Urk. 7/29), welche die Diagnosen invalidisierende Handschmerzen links mit Ausstrahlungen bis zur linken Kopfhälfte, einen Status nach Neuromexzision und sekundärer Nervennaht am 6. Januar 2003, einen Status nach Wundversorgung bei Stichverletzung Thenar am 29. Juli 2002 sowie ein radial betontes CRPS Stadium II stellten (S. 16). Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), ein intermittierend auftretendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radiokläre Symptomatik sowie intermittierend auftretende Schulterschmerzen rechts, aktuell ohne sicheres klinisches Korrelat (S. 16).

Sie führten aus, in der angestammten Tätigkeit als Koch bestehe aus handchirurgischer und orthopädischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit, da infolge der vollständigen Gebrauchsunfähigkeit der linken Hand relevante bimanuelle Tätigkeiten grundsätzlich ausgeschlossen seien. Abgesehen von der Problematik im Bereich der linken Hand beständen keine klinischen Befunde, welche die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden erklären könnten (S. 11 und S. 17). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es könne dem Beschwerdeführer zugemutet werden, einer seiner körperlichen Einschränkung angepassten Tätigkeit ganztags nachzugehen (S. 14). Zusammenfassend gelangten die Gutachter zum Schluss, dass in einer angepassten Tätigkeit seit dem Unfallereignis eine dauerhaft reduzierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, die schätzungsweise seit Mitte 2004, spätestens jedoch seit dem Zeitpunkt der Begutachtung, noch 80 % betrage (S. 19).

3.2. Das hiesige Gericht gelangte in seinem rechtskräftigen Urteil vom 30. Juni 2008 (Urk. 7/59/1-20, Prozess Nr. IV.2006.00610) zum Schluss, dass sich im Zeitraum zwischen dem 1. Juli 2003 und 30. Juni 2004 das Krankheitsbild des Beschwerdeführers wesentlich verbessert habe und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit, die unter ausschliesslichem Einsatz der rechten Hand durchgeführt werden könne, 80 % betrage. Nach durchgeführtem Einkommensvergleich ermittelte es einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 36 % (vgl. E. 4.5 und E. 5.5 des Urteils IV.2006.00610).

E. 4

4.1. Im Rahmen der am 7. November 2008 erfolgten Neuanschuldung für Eingliederungsmassnahmen (Urk. 7/63) sowie dem am 29. Dezember 2009 (Urk. 7/107) gestellten Gesuch um Neubeurteilung des Invaliditätsgrades gingen folgende medizinische Einschätzungen ein:

4.2. SUVA-Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt FMH für orthopedische Chirurgie, berichtete am 12. Januar 2009 (Urk. 7/68) über seine Untersuchung vom selben Tag und hielt fest, der Beschwerdeführer klagt nicht nur über Schmerzen in der linken Hand und im ganzen linken Arm inklusive linker Schulter, er gebe auch eine stechende Schmerzempfindung in der linken Kopfhälfte an und schildere darüber hinaus Rückenschmerzen sowie beim Sich-Vorneiberbeugen auch Schmerzen und Kältegefühl im linken Bein bis in den lateralen Fussrand und rechtsseitige Schulterbeschwerden (S. 5). Bei der klinischen Untersuchung falle ein sehr ausgeprägtes Schmerzdemonstrationsverhalten des Beschwerdeführers auf. Die Untersuchung der linken oberen Extremität sei nur eingeschränkt und nur rein aktiv möglich, bereits die Berührung sei für den Beschwerdeführer dermassen schmerzhaft, dass ihm dies nicht zugemutet werden könne. Die Muskulatur des rechten Armes sei gut, die Untersuchung der rechten Schulter zeige keine sicheren diagnostischen Hinweise, die angegebene Schmerzhaftigkeit bei sämtlichen Schulterbewegungen und die diffuse Druckschmerzhaftigkeit würden keine sichere Diagnostik zulassen. Die Beweglichkeit sei aber normal. Klinisch bestehe kein Korrelat zu den geschilderten, eher diffus wirkenden Rückenschmerzen; möglicherweise kamte aber der hohe lumbosakrale Übergang, welcher durch die uberbelastung in diesem Bereich biomechanisch ungünstig sei, allenfalls erklärend sein. Die diffusen Schmerzen im linken Bein (Knie, Unterschenkel lateral aber auch Wade, Kältegefühl lateral im Fuss) hätten kein klinisches Korrelat, insbesondere würden Hinweise auf eine vaskuläre oder radikulär-neurologische Pathologie fehlen. Die angegebene Hypästhesie grosser Teile der linken Körperhälfte sei anatomisch und pathophysiologisch nicht erklärbar (S. 5 unten).

Dr. D.____ bestätigte die Funktionslosigkeit der dominanten linken Hand und hielt fest, dass sich bezüglich Arbeitsfähigkeit seit der Beurteilung im C.____ keine Änderungen ergeben hätten (S. 5 in fine).

4.3. Prof. Dr. med. E.____, Rheumatologie und Innere Medizin FMH, nannte gestützt auf seine klinische Untersuchung am 29. Januar 2008 in seinem Bericht vom 13. Februar 2009 (Urk. 7/95/9-12) zu Handen des Beschwerdeführers folgende Diagnosen (S. 1):

- CRPS II der gesamten linken oberen Extremität, chronisch atrophes Stadium
- invalidisierende Hand-, Arm- und Schulterschmerzen links mit Ausstrahlung bis zur linken Kopfhälfte
- Verdacht auf begleitende "myoclonal jerks"; Differentialdiagnose: psychogene jerks
- Status nach Neurom-Exzision und sekundärer Nervennaht am 6. Januar 2003
- Status nach Wundversorgung bei Stichverletzung Thenar links am 29. Juli 2002
- leichtes rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom
- leichtes Impingement der Supraspinatus- und Subscapularis-Sehne rechts

Dr. E. ___ bestätigte die Diagnose des C. ___-Gutachtens und führte aus, dass eine klare Progredienz postuliert werden könne, indem der Beschwerdeführer heute den linken Arm unbeweglich in Schonhaltung angewinkelt halte und ihn absolut nicht mehr einsetze. Es sei zu einer Atrophie sowohl der Muskulatur wie auch der Haut gekommen, und der Beschwerdeführer zeige die typischen trophischen und sudomotorischen Störungen sowie nach wie vor die ausgeprägte Allodynie. Die zusätzlich vom Beschwerdeführer angegebenen lumbovertebralen Schmerzen mit unauffälliger Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule und Brustwirbelsäule seien bereits im C. ___-Gutachten erwähnt und würden einem banalen Rückenschmerz, der bei diesem Patienten unabhängig vom CRPS auftreten könne, entsprechen. Die Beschwerden im Bereich der rechten Schulter seien Ausdruck eines leichten Impingements im Bereich der Supraspinatus- und Subscapularis-Sehne (S. 2).

Dr. E. ___ erachtete eine erneute Beurteilung aufgrund der Myoklonien, welche die einhändige Arbeitsfähigkeit massiv einschränken würden, für angezeigt (S. 3 in fine).

Mit Verlaufsbericht vom 27. April 2010 (Urk. 7/113) wies Hausarzt Dr. med. F. ___ darauf hin, dass sich das CRPS auf die gesamte obere linke Extremität ausgeweitet habe und im Unterschied zu 2005 die linke Hand heute praktisch nicht mehr funktionsfähig sei. Er führte aus, dass es dadurch in den Jahren seit 2005 zu einer Überbelastung der rechten oberen Extremität gekommen sei, welche zu einer Periarthopathia humero-scapularis rechts und damit zu einer Einschränkung der Belastbarkeit der rechten oberen Extremität geführt habe. Das Ungleichgewicht zwischen linker und rechter oberer Extremität habe sich auch auf den Rücken ausgewirkt in Form einer Ungleichbelastung mit konsekutiver schmerzhafter Blockierung und Funktionseinschränkung vorwiegend im Lendenwirbelsäulenbereich (S. 1). Ebenfalls seit 2005 habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers verschlechtert (S. 1 in fine). Dr. F. ___ erachtete den Beschwerdeführer bei einem durchschnittlichen Leistungsgrad von 50 % während einer Gesamtpräsenzzeit von vier Stunden pro Tag zu 25 % arbeitsfähig (S. 2).

Am 27. Januar 2011 erstatteten die Ärzte des (C. ___) das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (Urk. 7/121/2-32). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.) und je eine am 20. Oktober 2010 erfolgte internistische/allgemeinmedizinische (S. 8 ff.), psychiatrische (S. 11 ff.) und orthopädische (S. 15 ff.) sowie eine am 11. November 2010 erfolgte handchirurgische (S. 22 ff.) Untersuchung.

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 Ziff. 5.1):

- komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ II, atrophes Stadium 3 linke obere Extremität
- Status nach Stichwunde und chirurgische Wundversorgung Thenar links am 29. Juli 2002
- Status nach Neuromexcision und sekundärer Nervennaht Kommissurnerv Daumen/Zeigefinger Thenar links am 6. Januar 2003
- wahrscheinlich therapierefraktäre Funktionslosigkeit des linken Armes mit Kontrakturen der linken Hand und repetitiven Myoklonien

- chronische Schmerzen der dominanten rechten Schulter
- aktiv freie Beweglichkeit bis zur Horizontalen, bei Gegenspannung nicht darüber hinaus steigerbar
- fraglich positiver Impingement-Test
- chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik
- breitbasige mediale Diskusprotrusion LWK5/SWK1 ohne Hernierung
- freie Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte
- leichte depressive Episode (F32.0)
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach Nikotinkonsum bis August 2007 (S. 27 Ziff. 5.2).

Die Gutachter führten aus, der Beschwerdeführer habe am 21. Juli 2002 eine Verletzung am linken Thenar mit Nervenläsion erlitten, worauf sich ein komplexes regionales Schmerzsyndrom entwickelt habe. Dieses CRPS sei bei der handchirurgischen Untersuchung als Typ II atrophes Stadium III diagnostiziert worden. Die unwillkürlichen Myoklonien des linken Armes könnten grundsätzlich dem CRPS zugeordnet werden. Die linke obere Extremität sei durch diese Bewegungen massiv beeinträchtigt worden. Für die früher ausgeübte Tätigkeit als Koch sei der Beschwerdeführer dadurch aus handchirurgischer Sicht vollständig arbeitsunfähig. Eine körperlich leichte, einhändig mit der rechten Hand auszuführende Tätigkeit sei dem Exploranden ganztags zumutbar, aufgrund der Schmerzen und der Myoklonien sei die Arbeitsfähigkeit für diese Tätigkeit deutlich eingeschränkt (S. 28 Ziff. 6.2). Im Weiteren habe sich der Beschwerdeführer über Schmerzen im Rücken und in der rechten Schulter beklagt, welche seit der ersten Begutachtung stark zugenommen hätten. Bei ihrer orthopädischen Untersuchung sei eine freie Beweglichkeit der rechten Schulter und der Wirbelsäule festgestellt worden. Radiologisch nachgewiesen bestehe eine breitbasige Diskusprotrusion LWK5/SWK1. Die gesamte Untersuchung sei, wie auch die handchirurgische und die internistische Untersuchung, durch die Myoklonien, Abwehrbewegungen und Gegenspannen des Beschwerdeführers erschwert gewesen. Fünf von fünf Waddel-Zeichen seien positiv gewesen. Aus orthopädischer Sicht seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Bei einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe aus orthopädischer Sicht unter Berücksichtigung der Einschränkungen des linken Armes eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 28 unten). Hingegen befand der handchirurgische Gutachter lediglich eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von höchstens 40 % für zumutbar, sofern sich die hochgradige funktionelle Einschränkung mit den massiven Myoklonien im Alltag bestmöglichen würde (S. 26 Mitte).

In der psychiatrischen Untersuchung sei eine leichte depressive Stimmungslage feststellbar, der Beschwerdeführer habe auch aggressive Verstimmungen und Schlafstörungen angegeben. Aus psychiatrischer Sicht sei daraus eine leichte depressive Episode zu diagnostizieren. Zudem bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, welche die somatisch nicht objektivierbaren Beschwerden erkläre (S.

28 in fine). Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers um 20 % eingeschränkt (S. 29 oben).

Bei der internistischen und den anderweitigen somatischen Untersuchungen seien keine zusätzlichen Befunde erhoben oder Diagnosen gestellt worden, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden, weshalb zusammengefasst der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte, einhändig mit der rechten Hand ausübende Tätigkeit reduziert arbeits- und leistungsfähig bei ganztägiger Verwertbarkeit sei (S. 29 oben). Jedoch habe man sich betreffend Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit im Rahmen der Konsensbeurteilung nicht einigen können (vgl. S. 29 Mitte). Für die angestammte Tätigkeit als Koch bestehe seit dem 29. Juli 2002 eine bleibende volle Arbeitsunfähigkeit (S. 31). Gegenüber der letzten C.-Begutachtung im Jahr 2005 habe sich möglicherweise eine Verschlechterung ergeben (S. 31).

E. 5

5.1 Das frühere C.-Gutachten vom 2. September 2005 (vorstehend E. 3.1) und die aktuellen medizinischen Berichte von Dr. D. (vorstehend E. 4.2) und Prof. Dr. E. (vorstehend E. 4.3) stimmen in den wesentlichen Punkten überein und stellen ein ähnliches Bild des Beschwerdeführers dar. Gemäss übereinstimmender Diagnose leidet der Beschwerdeführer nach wie vor an einem komplexen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS) des Typs II, an chronischen Schmerzen der dominanten rechten Schulter, an einem lumbovertebralen Schmerzsyndrom sowie an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung.

Im neu eingeholten C.-Gutachten vom 27. Januar 2011 (vorstehend E. 4.5), welches grundsätzlich die praxisgemässen Anforderungen an ein Gutachten erfüllt (vorstehend E. 1.5), nahmen die Gutachter ausdrücklich Bezug auf die medizinischen Einschätzungen zur Zeit vor erfolgter Neuanmeldung und führten aus, dass sich aus orthopädischer Sicht bezogen auf die lumbale und die Schulterproblematik rechts keine Veränderung ergeben habe. Ebenfalls habe sich an der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung nichts geändert. Aus psychiatrischer Sicht sei anfangs 2010 eine depressive Episode aufgetreten, welche die Arbeitsfähigkeit etwas vermindere (Urk. 7/121 S. 30 Ziff. 6.5). Da nur eine leichte depressive Episode bestehe, hielten es die Gutachter für zumutbar, durch Willensanstrengung in einer der somatischen Problematik angepassten Tätigkeit erwerbstätig zu sein. Damit erachteten die Gutachter den Beschwerdeführer weiterhin als zu 80 % arbeitsfähig (S. 32 oben), gingen mithin mit Ausnahme der Myoklonien von einem stabilen Gesundheitszustand aus.

Auch Dr. D. hielt in seinem Bericht fest, dass sich seit der ersten Beurteilung durch das C. in der Arbeitsfähigkeit keine Änderungen ergeben hätten (Urk. 7/68 S. 5). Ebenso bestätigte Prof. Dr. E. in seinem Bericht vom Februar 2009 die Diagnose des C.-Gutachtens (Urk. 7/95/9-12 S. 2).

5.2 Damit verbleiben nur die Myoklonien als mögliche massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes und damit als allfällig relevanter Revisionsgrund (vgl. Urk. 7/121 S. 30 Ziff. 6.5). Der C.-Gutachter berichtete anamnestisch von im Februar 2009 erstmalig in einem ärztlichen Bericht festgehaltenen Muskelzuckungen (Myoklonien) des linken Armes mit Beeinflussung der theoretischen Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/121 S. 23 oben). Ob diese bereits anlässlich der ersten

Begutachtung im September 2005 aufgetreten oder ob sie (damals) als nicht relevant eingeschätzt worden waren, konnte der orthopädische Gutachter aber nicht feststellen (S. 21 Mitte). Jedenfalls wies er darauf hin, dass für rein einhändige Tätigkeiten keinesfalls eine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne (S. 21 unten).

Die gegenteilige Ansicht vertrat hingegen der handchirurgische Gutachter, welcher ausführte, aufgrund der unwillkürlichen repetitiven Myoklonien der linken oberen Extremität - sofern sie einer Konsistenzprüfung standhielten - würde auch die Arbeitsfähigkeit der rechten Hand beeinträchtigt, weshalb seines Erachtens und sofern sich die hochgradig funktionelle Einschränkung mit den massiven Myoklonien im Alltag beständigen würde, eine leidensangepasste Tätigkeit aus handchirurgischer Sicht höchstens zu 40 % zumutbar sei (S. 26 Ziff. 4.3.5).

E. 5.3

5.3.1.1 Diese Bestätigung fehlt indes gänzlich: Erstens führten die Gutachter aus, dass beim Beschwerdeführer massive Inkonsistenzen bestehen würden. Würde das vom Beschwerdeführer in der Untersuchungssituation, vor allem in der handchirurgischen Untersuchung, demonstrierte Beschwerdebild mit den massiven und häufigen Myoklonien tatsächlich zutreffen, wäre jegliche Fahrfähigkeit mit einem Auto - auch mit einem Automaten - absolut ausgeschlossen und völlig kontraindiziert mit der Indikation zum sofortigen Fahrausweisentzug (Urk. 7/121 S. 29 Mitte). Darüber hinaus legten die Gutachter überzeugend dar, dass auch andere Tätigkeiten kaum vorstellbar wären, so zum Beispiel eine Zugreise ohne Besetzung des gesamten Viererabteils oder die vom Beschwerdeführer angegebene Flugreise nach G. ____, da mit diesen Myoklonien in einem engen Sitz eine mehrstündige Fahrt bzw. Flug nicht durchführbar wäre (Urk. 7/121 S. 29 Mitte).

Die Ausführungen des Beschwerdeführers, in Kenntnis seines Gesundheitsproblems würde er jeweils die Sitzposition, bei welcher der linke Arm dem Mittelgang zugewandt sei und er während des Reiseflugs auf dem Mittelgang gehen könne, somit keineswegs stundenlang in einem engen Sitz verharren müsse (vgl. Urk. 1 S. 9), vermag nicht zu überzeugen, da bekanntlich die Gänge der Flugzeuge sehr schmal ausgestattet sind und während des Fluges von anderen Mitpassagieren sowie der Kabinenbesatzung mit ihren Trolleys frequentiert werden, welche den Beschwerdeführer behindern oder sogar in seinem Sitz blockieren. Das Gleiche hat auch bei Turbulenzen zu gelten. Ein Zusammenstoß und Anprall des linken Armes mit Mitmenschen oder Gegenständen, wäre nach Darstellung der Gutachter bei tatsächlich unwillkürlich auftretenden Myoklonien unweigerlich die Folge, weshalb es darüber hinaus erstaune, dass der Beschwerdeführer noch nie irgendeine Verletzung erlitten habe (S. 29 Mitte). Der orthopädische Gutachter hielt diesbezüglich auch fest, dass die angebliche vollständige und konsequente Schonung der linken oberen Extremität unglaublich und schlicht nicht nachvollziehbar sei, wenn der Beschwerdeführer in das nur etwa 350 m entfernte Zentrum Z. ____, zum Hausarzt mit dem Auto fahre, obwohl er zu Hause angekommen in einer Tiefgarage parkieren müsse (S. 20 Mitte).

5.3.2.1 Zweitens ist festzuhalten, dass sämtliche Waddell-Zeichen als Beweis der funktionellen Untersuchung von den Gutachtern des C. ____, positiv geprüft wurden (S. 28), was ein eindeutiges Zeichen für einen nichtorganischen Ursprung darstellt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Befangenheit ist danach anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken, wobei es genügt, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei dieser Beurteilung und Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen, weshalb im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen ist (BGE 132 V 93; BGE 120 V 364 E. 3). Vorbefassung begründet nicht zwingend den Anschein der Befangenheit. Nach der Rechtsprechung kann ein Sachverständiger nicht allein deshalb abgelehnt werden, weil er den Exploranden schon früher einmal begutachtet hat (BGE 132 V 93 E. 7.2.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer nannte keine stichhaltigen Gründe, aus denen sich eine Befangenheit der Gutachter des C.____ ergeben könnte. Ebenfalls zu kurz greift das Argument der Vorbefassung, da beim ersten Gutachten des C.____ im September 2005 (Urk. 7/29) nicht dieselben Gutachter den Beschwerdeführer untersucht hatten und darüber hinaus der Auftrag von der Beschwerdegegnerin dahingehend ging, abzuklären, inwiefern sich gegebenenfalls der medizinisch relevante Sachverhalt samt Arbeitsfähigkeit seit der Erstbegutachtung verändert habe, was gemäss höchstgerichtlicher Rechtsprechung ein offenes Verfahren darstellt und damit die Besorgnis der Voreingenommenheit trotz Vorbefassung schon aus diesem Grund unbegründet ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2009 vom 14. September 2009). Darüber hinaus vermag auch der Einwand des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe den beantragten Wechsel der Gutachterstelle abgelehnt, ohne ihm die gemäss Rechtspraxis zustehenden Partizipationsrechte in Form einer anfechtbaren Zwischenverfägung gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 137 V 210 E. 3) zu erlassen (vgl. Urk. 1 S. 3 Ziff. 7), nicht helfen, da diese Gerichtspraxis erst nach erfolgter neuerlicher Begutachtung durch das C.____ begründet wurde.

5.4.2 Ä Ä Auch die weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen die Einschätzung im C.____-Gutachten nicht zu entkräften. Soweit der Beschwerdeführer rügt, diesem komme kein Beweiswert zu, da die psychiatrische Abklärung unvollständig und die psychisch bedingte Arbeitsfähigkeit nicht überzeugend begründet sei (vgl. Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 11), ist ihm entgegenzuhalten, dass er, soweit er sich auf die Meinung von Prof. Dr. E.____ stützt, dieser sich nur auf das C.____-Gutachten aus dem Jahre 2005 bezog, da das neu eingeholte C.____-Gutachten erst später, d.h. nach Prof. E.____s Bericht vom Februar 2009 erstattet wurde, weshalb der Beschwerdeführer nur schon daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten kann.

Ausserdem ist auch aus dem neuen psychiatrischen Teilgutachten des C.____ vom 27. Januar 2011 (vgl. Urk. 7/121 S. 11-15) nicht ersichtlich, inwiefern der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht unvollständig begutachtet worden wäre. Der Gutachter führte denn auch überzeugend und schlüssig aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in psychischer Hinsicht verschlechtert habe. Dies bestätigte auch der Hausarzt Dr. F.____ (vorstehend E. 4.4). In Bezug auf die somatische Beschwerdesymptomatik verwies er auf die Zuckungen, welche er auf die Schmerzen zurückführte. Sodann legte der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar und begründet dar, dass es aufgrund der erwarteten und nicht eingetroffenen

Beschwerdefreiheit psychisch zu Verunsicherung und Enttäuschung gekommen sei. Er führte aus, der Beschwerdeführer arbeite nicht mehr, die somatischen Beschwerden hätten sich ausgeweitet und die psychosozialen Belastungen führten zu zusätzlichen depressiven Verstimmungen mit einer nun manifesten depressiven Episode (S. 14 Ziff. 4.1.7). Gegenüber der letztmaligen Begutachtung des C.____ im Jahr 2005, bei welcher eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden war, ergänzten der Gutachter die erhobenen Befunde um eine leichte depressive Episode, aus welcher eine leicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit aufgrund der durch die psychischen Störungen bedingten erhöhten Ermüdbarkeit resultierte (S. 14 f.).

5.4 Sodann gilt es auch in Betracht zu ziehen, dass sich die Arbeitsfähigkeitseinschätzung des Hausarztes Dr. F.____ vom April 2010 von lediglich 25 % auf eine nicht medizinische Einschätzung der H.____, welche den Beschwerdeführer beruflich abgeklärt hatte (vgl. Urk. 7/110/12-19), stützte (Urk. 7/113 S. 2). Bei Dr. F.____ handelt es sich sodann um den langjährigen Hausarzt des Beschwerdeführers, weshalb seine Angaben mit Zurückhaltung zu wärdigen sind (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Das zeigt sich unter anderem auch darin, dass Dr. F.____ für den Beschwerdeführer bei der SUVA ein Gesuch um Neubeurteilung gestellt hatte (Urk. 7/110/71). Diese Erwägungen führen dazu, dass auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. F.____ nicht abgestellt werden kann.

5.5 Selbst wenn ein Arm vollständig unbrauchbar ist, was aus medizinischer Sicht - wie vorhin dargelegt - umstritten ist, besagt die Rechtsprechung des Bundesgerichts, dass solchen Personen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten offen stehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2008 vom 17. September 2008, E. 3.2.2 mit Hinweisen). Damit ist der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit jedenfalls zu 80 % arbeitsfähig mit entsprechender Verwertungsmöglichkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Bei diesem Ergebnis ist auch in erwerblicher Hinsicht keine Veränderung ersichtlich, ging doch die Beschwerdegegnerin in ihrer befristeten Rentenzusprache (Einspracheentscheid vom 15. Juni 2006; Urk. 7/48) von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80 % aus (vgl. Urk. 7/39/4). Da sie bereits damals den Maximalabzug vom Tabellenlohn von 25 % gewährt hatte, bleibt auch unter diesem Titel kein Raum für die Annahme einer revisionsrelevanten Verschlechterung.

5.6 Zusammenfassend ergibt sich, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nur im psychiatrischen Bereich sowie allenfalls im Rahmen der Myoklonien ausgewiesen ist, was sich aber nicht zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, womit kein Revisionsgrund ausgewiesen ist. Damit erfolgte die rentenabweisende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 8. September 2011 (Urk. 2) zu Recht, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

6. Da es um die Bewilligung und 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 ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Reto Zanutelli

- 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.