

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01074 vom 25. März 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01074

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01074 du 25 mars 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01074 del 25 marzo 2014

Erwägungen

E. 1

+4-5). Seither war er nicht mehr erwerbstätig (Urk. 8/73/2 , Urk. 8/76/3) ; bis Ende Juli 2004 bezog er Taggeld leistungen der Arbeits losen versicherung (Urk. 8/8 S. 1). Am 24. Juni 2003 ver un fallte der Versicherte und verletzte sich an der linken Schulter (Urk. 8/10/83) . Er leidet seither trotz operativer Ein griffe und thera peutischer Be handlungen insbesondere unter Beschwerden im Schul ter- und Nacken bereich (Urk. 8/10/5, Urk. 8/10/35 , Urk. 8/12/6). Mit Verfügung vom 20. Sep tember 2005 sprac h die Schwei zerische Unfallversicherungs anstalt (Suva) dem Versicherten mit Wir kung ab 1. Dezem ber 2004 eine Invalidenrente von 20 % und eine Inte gritäts entschä digung von 5 % zu (Urk. 8/17). Im Juni 2004 wurde der Ver sicherte wegen einer Nabel- sowie im Oktober 2005 wegen einer Narbenhernie operiert (Urk. 8/24/7, Urk. 8/24/12).

E. 1.1

Der 1957 geborene X.____ arbeitete zuletzt von Mai 2001 bis Juli 2002 für den Kunststofffertigungsbetrieb Y.____ als Hilfs mitarbeiter / Schicht führer in der Spritzerei (Urk. 8/4/4, Urk. 8/9/

E. 1.2

Am 15. November 2004 meldete sich der Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Eingang: 6. Dezember 2004, Urk. 8/

E. 1.3

Am 1. November 2011 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an und machte unter Verweis auf die beige legten Berichte von Dr. med. B.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. September 2011 (Urk. 8/68/1-2) und von Dr. med. C.____ , Facharzt für Neurochirurgie, vom 16. Februar sowie vom 25. Mai 2011 (Urk. 8/68/3-4) eine Ver schlechterung seines Gesundheitszustandes geltend (Urk. 8/69). Die IV-Stelle holte den Bericht von Dr. B.____ vom 2. Februar 2012 (Urk. 8/73) und den undatierten Bericht von Dr. med. D.____ , F acharzt für Allgemeine Medizin (Urk. 8/74), ein. Ausserdem wurde der Versicherte am 29. Mai 2012 von Dr. med. E.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psycho therapie, des Regio nalen Ärztlichen Dienstes (RAD) untersucht (Bericht vom 13. Juni 2012, Urk. 8/76). Die IV-Stelle k ündigte mit Vorbescheid vom 27. Juni 2012 mangels erheblicher Veränderung des Gesundheitszustandes des Ver sicherten die Ab weisung des Leistungsbegehrens an (Urk. 8/79). Dagegen erhob der Ver sicherte mit Schreiben vom 19. Juli 2012 Einwände (Urk. 8/84). Mit Ver fügung vom 6. September 2012 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie angekündigt ab (Urk. 2). 2.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte mit Eingabe vom

E. 4

). Nach Abklärung der finanziellen und medizinischen Verhältnisse wies die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), das Rentenbegehren mit Verfügung vom 25. Oktober 2005 bei einem Invaliditätsgrad von 20 % ab (Urk.

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin stützte sich bei ihrer rentenabweisenden Entscheidung vom 28. September 2009 (Urk. 8/53) auf das Z.____-Gutachten vom 24. Dezember 2008 (Urk. 8/44), was das hiesige Gericht mit Urteil vom 30. April 2010 (Verfahren Nr. IV.2009.01054; Urk. 8/61) bestätigte. Es wurde im Urteil festgehalten, dass aufgrund der somatischen Beschwerden in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einer Kunststofffabrik seit dem Unfall vom 24. Juni 2003

von einer mindestens 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und in einer leidensangepassten, körperlich leichten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (Urk. 8/61/5-7).

Die Z.____-Gutachter hatten im Gutachten vom 24. Dezember 2008 die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten: 1. Chronisches Schmerzsyndrom der linken Schulter (ICD-10: M79.6) bei Status nach Sturz auf den linken Ellbogen, Acromio-Claviculär-(AC-) Gelenkluxation Grad II nach Tossy, arthroskopischer

subakromialer Dekompression und offener AC-Gelenkresektion links am 18. November 2003, SLAP-Läsion (Verletzung der Knorpelrippe am oberen Rand der Schulterpfanne, englisch: superior

labrum

anterior

to

posterior; gemäss Arthro-Magnetresonanztomographie [MRT] der linken Schulter im Februar 2004);

2. Chronisches spanvertebrales Schmerzsyndrom mit Zephalgien und lumbospondylogener Ausstrahlung links betont (ICD-10: M54.8) bei linkskonvexer Skoliose der Brust- (BWS-) und Lendenwirbelsäule (LWS), muskulärer Dysbalancierung, leichten degenerativen HWS- und LWS-Veränderungen; 3. Polyartikuläre

Schmerzsymptomatik (ICD-10: M25.9) bei Verdacht auf Epicondylopathia

humeri beidseits, anamnestisch Meniskusläsion des linken Kniegelenks und Patella syndrom beider Kniegelenke; 4. Status nach Narbenhernie und Herniotomie, Adhäsionslyse, Dünndarmnaht und Implantation eines Netzes im Oktober 2005 bei Status nach inkarzierter

Nabelhernie mit Omentum-Nekrose. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden der Verdacht auf Schmerzausweitung und Schmerzverarbeitungsstörung, Adipositas und der Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom aufgeführt (Urk. 8/44/22).

Im Rahmen der Untersuchungen sei gegenüber den in den Vorberichten geschilderten Schmerzen eine Schmerzausweitung aufzufallen, und zwar würden verschiedene Zeichen (wie z.B. der Nachweis von Waddell-Zeichen, positive Pseudomanöver) zusätzlich eine Schmerzverarbeitungsstörung nahe legen. Weder radiologisch noch mittels Laboruntersuchungen hätten sich Zeichen eines entzündlich-rheumatischen Geschehens gefunden. Es hätten eine links konvexe Skoliose der BWS und der LWS sowie leichte degenerative Veränderungen nachgewiesen werden können. Insbesondere hätten radiologisch keine Veränderungen nachgewiesen werden können, welche die Bewegungseinschränkungen erklären könnten, wobei die klinische Untersuchung infolge des Gegenstehens nicht sicher beurteilbar sei (Urk. 7/44 S. 23).

Zum psychopathologischen Befund wurde im Z.____-Gutachten festgehalten, dass dieser bis auf eine leichte, eher subjektive depressive Symptomatik (Konzentration, Grübeln, leichte depressive Stimmungslage, Freudverlust, Antriebsstörung) völlig unauffällig sei. Der verminderte Antrieb ergebe sich aus der aktuellen Lebenssituation heraus. Die vorliegende Symptomatik sei als depressive Verstimmung zu interpretieren. Psychiatrische Diagnosen und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lägen aus psychiatrischer Sicht nicht vor (Urk. 8/44/21).

Zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit führten die Z.____-Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei aufgrund der rheumatologischen Diagnosen am linken Kniegelenk, linken Schultergelenk, der Wirbelsäule und den Ellbogengelenken für eine mittelschwere Tätigkeit (mit nicht repetitivem Heben von Lasten bis maximal 20 Kilogramm) zu 50 % über den Tag verteilt und in einer körperlich leichten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Dabei sei folgendes Anforderungsprofil zu beachten: wechselbelastende Tätigkeit mit Heben von Lasten bis maximal 10 Kilogramm und ohne Zwangshaltung (gebückte Körperhaltung, ständiges Knien, Überkopparbeiten) und ohne sich wiederholende monotone Bewegungen wie Kopfdrehungen, Anheben der Arme und häufiges beziehungsweise repetitives Bücken, ohne starke Kraftanwendungen mit dem linken Arm, wiederholtes In-die-Hocke-Gehen, Arbeiten mit Höhenexposition sowie häufiges Treppen- oder Leitersteigen (Urk. 8/44/20-24).

Von dieser Sachlage ist als Vergleichsbasis auszugehen.

E. 4.2.1

Mit der Neuanmeldung vom 1. November 2011 machte der Beschwerdeführer, ohne die einzelnen Beschwerden zu konkretisieren, eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend (Urk. 8/69).

E. 4.2.2

Gemäss dem Bericht des Chiropraktoren

Dr. F.____ vom 30. November 2010 klagt die Beschwerdeführer seit gut drei Monaten über stechende Schmerzen rechts lateral thorakal beim Bewegen des Rumpfes. Die Computertomographie-(CT-) Untersuchung des Thorax Ende Oktober (2010, Urk. 8/74/13) habe jedoch keine knöcherne oder innerorganische Abnormalität gezeigt. Ältere Bilder liessen unter anderem eine vermutliche gelenkige Hemisakralisation links ersehen. Es sei die Diagnose eines chronifizierten

Thorakocostalen Syndroms rechts bei Thoraxasymmetrie

und Adipositas zu stellen (Urk. 8/74/10).

De n Bericht en

vom 16. Februar und vom 25. Mai 2011 des Neurochirurgen Dr. C.____, der den Beschwerdeführer am 12. Februar und am 23. Mai 2011 untersuchte, ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe über tägliche Schmerzen im Nacken in Form von Druckgefühl mit gelegentlichen Ausstrahlungen in das Hinterhaupt in Form von Kopfschmerzen geklagt. Diese Beschwerden habe er seit vielen Jahren und sie hätten sich nach einem Sturz mit AC-Gelenksverletzung links seitig (im Jahr 2003) verschlechtert. Die Nachtruhe sei gestört wegen Parästhesien aller Finger beider Hände. In den vorliegenden CT-Bildern aus dem Jahre 2001 seien recht deutliche ventrale Spondylophyten C3/4 und Veränderungen in der Etage C5/6 erkennbar (Urk. 8/68/4). Die aktuellen MRT-Bilder der HWS würden eine Streckhaltung der HWS mit Spondylosen und Foramenstenosen C3-6 zeigen. Bei der klinischen Untersuchung sei die Beweglichkeit unter Angabe von Schmerzprovokationen endlagig in allen Richtungen eingeschränkt gewesen.

Sensibilitätsstörungen an den Armen seien keine angegeben worden. Es hätten keine Paresen festgestellt werden können. Es seien das Fortführen der konservativen Therapie zu empfehlen (Urk. 8/68/3).

Gemäss dem (undatierten) Bericht von Dr. D.____ (Eingang bei der Beschwerdegegnerin : 28. Februar 2012) würden seit August 2010 und bereits seit

2008 ein chronifiziertes

thoracocostales Schmerzsyndrom bestehen. Seit 2003 leide der Beschwerdeführer unter dem Schmerzsyndrom bei posttraumatischer AC-Gelenksresektion und dem Status nach Kontusion des linken Knies mit Verdacht auf Meniskusläsion. Seit zirka zehn Jahren sei ein chronisches Zervikalsyndrom bekannt. Ausserdem würden seit über zehn Jahren eine Adipositas per magna, eine muskuläre Dysbalance mit Verdacht auf ein Fibromyalgie-Syndrom sowie eine chronische Cephaläa bei psychosozialer Stresssituation bestehen. Vor der letzten Kontrolle vom 21. Februar 2012 sei der Beschwerdeführer seit längerem nicht mehr in Behandlung bei ihm gewesen. Es bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 23. Juni 2004 (Urk. 8/74/1-2). 4. 2.3

Damit ist eine erhebliche Veränderung der Beschwerdesymptomatik in somatischer Hinsicht nicht ausgewiesen. Zwar hielt der Chiropraktor

Dr. F.____ im Bericht vom 30. November 2010 fest, es bestünden seit drei Monaten stechende thorakale Schmerzen (Urk. 8/74/10). Die bildgebende Abklärung ergab indes keine objektivierbaren Befunde (Urk. 8/74/12-13). Dr. F.____ interpretierte die Beschwerden vor dem Hintergrund der Thoraxasymmetrie und der Adipositas, welche auch im Z.____-Gutachten mit linkskonvexer Skoliose der BWS, muskulärer Dysbalance und Adipositas Berücksichtigung fanden (Urk. 8/44/22). Auch der Befund der Röntgenbilder der HWS vom 30. August 2010 (Urk. 8/74/11) ergab einen unauffälligen

kraniozervikalen und zervikothorakalen Übergang, ein regelrechtes dorsales Alignment, Spondylose vor allem der mittleren BWS ohne wesentliche Osteochondrosen, keine frische traumatische ossäre Läsion, unauffällige Fazettengelenke ohne Luxation, regelrechte paravertebrale Weichteile und normal weite Neuroforamina ohne ossäre Kompression (Urk. 8/74/11).

Auch kam p ract . med. G.____ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) in ihrer Stellungnahme vom 7. März 2012 bei gegebener Aktenlage nach vollziehbar zum Schluss, die von Dr. D.____ geschil derten Gesundheits störun gen seien be reits im Z.____ -Gutachten vom 24. Dezember 2008 ausführlich beur teilt worden. Er habe keine neuen Befunde dargelegt, welche eine Ver schlech terung gegenüber dem (soma tischen) Gesund heitszustand anlässlich der Z.____ -Begutachtung aufzeige. Namentlich d ie Dege neration der HWS habe bereits zum Zeitpunkt des Gutachtens bestanden, was auch der von Dr. C.____ (im Bericht vom 16. Februar 2011; Urk. 8/68/4) erwähnte CT-Befund der HWS aus dem Jahr 2001 aufzeige, und sei von den Z.____ -Gutachtern berücksichtigt wor den (Urk. 8/77/3). Hiervon ist auszugehen, zumal der Be schwerdeführer in somatischer Hinsicht keine wesentliche spezifische Ver schlechterung seines Ge sundheitszustandes geltend macht.

E. 4.3.1

In psychischer Hinsicht schloss die Psychiaterin Dr. B.____ , bei welcher der Beschwerdeführer - soweit aktenkundig - vo m 1 5. November 2010 bis zum 22. August 2011 in Behandlung stand (Urk. 8/68/1 , Urk. 8/73/1), ge mäss de n

Bericht en vom 8. September 2011

(Urk. 8/68/1-2) und vom 2. Februar 2012 (Urk. 8/73) auf die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10) und von Merkmalen einer Persönlich keitsstörung Cluster-Gruppe B (ICD-10 F60.8). Der Beschwerdeführer sei bisher noch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen, obschon er sicher Schwierig keiten wegen der Partnerschaftsproblematik, der Scheidung und der Sorge rechtsauseinandersetzung für die Kinder gehabt habe und noch nicht habe ver arbeiten können. Er habe wegen der seelischen Erkrankung seiner Ex-Gattin und wegen diesbezügliche r schlechte r Erfahr ungen eine Abneigung zur psychi a trischen Betreuung. Es liege der folgende psychopathologische Status vor: bewusstseinsklar, allseits orientiert, Auffassung, Aufmerksamkeit und Kon ze nt ration leicht herabgesetzt, im formale n Denken auf die Schmerzen ein geengt, grübelnd, misstrauisch, ohne inhaltliche Denkstörungen oder Sinnes täuschun gen, in der Stimmung depressiv, affektarm bis affektflach, keine Selbst- oder Fremdgefährdung, sozialer Rückzug, starke Schmerzen, Libido verlust , Ein- und Durchschlafstörungen mit Verdacht auf Schlafapnoe. Es sei zunächst notwen dig, die Schlafstörungen und die depressive Antriebs- und Stimmungslage zu behandeln. Er brauche Er fah rungen in der Gruppen psychotherapie und sozio therapeutische Unter stützung. Für die Einzel psychotherapie bei ausgeprägtem Schema emotionale r

Ent behrung und dysfunk tionaler Bewältigungsmodi (Ver meidung), sei eine Verhaltens therapie (Schema therapie) indiziert. Aktuell sei die Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht seit dem 1 5. November 2010 zu 50 % in jeg licher Tätigkeit eingeschränkt. Da sich der Beschwerdeführer seit Aug u st 2011 ihrer Behandlung entzogen habe, könne keine Prognose gestellt werden (Urk. 8/68/1-2, Urk. 8/73).

E. 4.3.2

Dagegen befand Dr. E.____

gemäss dem Bericht vom 13. Juni 2012 nach der psychiatrischen Untersuchung vom 29. Mai 2012, es seien keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei der Status nach Alkoholabusus (ICD-10 F10.1) aufzuführen. Im Vergleich zum Z. ___ -Gutachten vom 24. Dezember 2008 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht wesentlich verändert. Aus psychiatrischer Sicht sei weiterhin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. Während der psychiatrischen Exploration sei kein depressiver Aspekt beobachtbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe bisweilen gelassen gewirkt, habe auch mehrfach lachen können und sei im Antrieb und in der affektiven Modulationsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen. In Übereinstimmung mit der damaligen Begutachtung sei die vorliegende Symptomatik als depressive Verstimmung, die im Rahmen der sozialen Situation nachvollziehbar sei, aber nicht als eigentliche depressive Erkrankung zu werten. Auch die von Dr.

B. ___

diagnostizierte Persönlichkeitsstörung der Cluster-Gruppe B (ICD-10 F60.8) sei nicht nachvollziehbar, da Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit oder Adoleszenz beginnen würden und bis ins Erwachsenenalter andauern würden. In den vorliegenden Akten sei indes nie eine solche Diagnose gestellt worden und auch aus dem Lebenslauf ergebe sich keine solche Diagnose. Zudem habe Dr.

B. ___ die Merkmale einer solchen Persönlichkeitsstörung nicht beschrieben, so dass dies vom psychopathologischen Befund her nicht nachvollziehbar sei. Gegen eine gravierende psychiatrische Erkrankung spreche auch die Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer gemäss den psychiatrischen Berichten nur für einen definierten Zeitraum vom 15. November 2010 bis 30. September 2011 in ambulanter psychiatrischer Behandlung befunden habe, sich aber danach einer weiterführenden psychiatrischen Behandlung entzogen habe. Hier würden sich Inkonsistenzen zwischen der ärztlichen Aussage und den Aussagen des Beschwerdeführers zeigen, der behaupte, weiterhin im Abstand von einhalb Monaten bei Dr. B. ___ in psychiatrischer Behandlung zu sein

(Urk. 8/76/6-7). 4.4.4.1

Der Bericht von Dr. E. ___ überzeugt. Er berücksichtigt die medizinischen Vorakten und die geklagten psychischen Beschwerden, setzt sich differenziert mit diesen und dem Bericht von Dr. B. ___ auseinander. Auch die Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und die gezogenen Schlussfolgerungen leuchten ein (vgl. zu den rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen: BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf abstellte und von keiner wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausging. 4.4.2

Dagegen ist in den Berichten von Dr. B. ___ - wie dies Dr.

E. ___ zutreffend feststellte - insbesondere nicht nachvollziehbar dargelegt, aufgrund welcher Befunde sie auf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung Cluster-Gruppe B (ICD-10 F60.8) schloss. Symptome und eine Begründung hierzu fehlen gänzlich. Aber selbst wenn man gestützt auf die Berichte von Dr. B. ___ davon ausgehen würde, es habe im Behandlungszeitraum vom 15. November 2010 bis zum 22. August 2011 (Urk. 8/68/1,

Urk. 8/73/1) in psychischer Hinsicht eine zu 50 %

eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bestanden, kann der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn ein allfälliger Rentenbeginn kommt in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG nicht vor Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs bei der Invalidenversicherung (Art. 29 Abs. 1 ATSG) in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_160/2012 vom 6. Juni 2012 E. 4.1.3). Zuzufolge der Neuanmeldung vom 1. November 2011 (Urk. 8/69) wäre ein solcher somit frühestens ab dem 1. Mai 2012 möglich gewesen. Dies fällt indes in die Zeit, ab welcher aufgrund der Untersuchung und Beurteilung von Dr. E.____ Ende Mai bis Mitte Juni 2012 (Urk. 8/76/1) - gegebenenfalls wieder - von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer unverändert leidensangepassten Tätigkeit auszugehen ist. Eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Vergleich zu jenem anlässlich der Z.____-Begutachtung von 2008 lag jedenfalls nicht mehr vor.

E. 4.5

Nach dem Gesagten ist mit der Beschwerdegegnerin darauf zu schliessen, dass der mit Urteil vom 30. April 2010 bestätigte Invaliditätsgrad von 20 % im hier massgeblichen Zeitraum ab dem 1. Mai bis zum 6. September 2012 unverändert fortbestand. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 5.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge der gewährten unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Staatskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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, zu zustellen.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons

E. 8

. Oktober 20

E. 12

geltenden Fassung zitiert . 2. 2 .1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität 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 Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.2

Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente. 2.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art.

E. 16

ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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). 2.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung (hier vom 1. November 2011; Urk. 8/69) eingetreten (Art. 87 Abs. 4 IVV in der bis Ende 2011 gültigen Fassung; ab 2012: Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades erfolgt ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 ATSG).

E. 17

Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

3.

3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit der Abweisung des Leistungsgesuchs mit Verfügung vom 28. September 2009 nicht wesentlich verändert. Es sei ihm weiterhin eine

100%ige leidensangepasste Tätigkeit zumutbar, so dass

ein Anspruch auf eine Invalidenrente weiterhin nicht ausgewiesen sei

(Urk. 2 S. 1). 3.2

Dagegen bringt der Beschwerdeführer vor, im Z. ___-Gutachten aus dem Jahr 2008 sei noch festgestellt worden, dass er psychisch nicht erkrankt sei. Zwei Jahre später sei er an einer mittelgradigen depressiven Episode erkrankt, weshalb er sich in Behandlung von Dr. B. ___ begeben habe, welche bis heute andauere. Diese habe nebst der depressiven Symptomatik ausserdem Merkmale einer Persönlichkeitsstörung Cluster-Gruppe festgestellt und im Bericht vom 8. September 2011 nach einjähriger Behandlung festgehalten, dass er wegen der psychischen Erkrankung nur noch zu 50 % arbeitsfähig sei. Sie sei überzeugt, dass er ernsthaft erkrankt sei, und bemühe sich, ihm durch eine Therapie zu helfen. Der RAD-Facharzt sei dagegen zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer an keiner psychischen Erkrankung leide. Es lägen damit extrem unterschiedliche Meinungen vor. Da er nach wie vor an somatischen Beschwerden leide (schmerzhafte Beweglichkeit der linken Schulter, Gelenkschmerzen, Wirbelschmerzen), sei eine polydisziplinäre medizinische Abklärung erforderlich (Urk. 1 S. 2 f.). 3.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 1. November 2011 (Urk. 8/69) eingetreten. Das Gericht hat daher in materiell rechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob sich der Invaliditätsgrad seit der renten abweisenden Verfügung vom 28. September 2009 (Urk. 8/53) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. September 2012 (Urk. 2) in leistungsbegründendem Ausmass verändert hat. Die angefochtene Verfügung bildet dabei rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbeurteilung (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis). 4.

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