

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00999 vom 22. September 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-09-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00999

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00999 du 22 septembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00999 del 22 settembre 2014

Erwägungen

E. 1.1

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 1.2

Die Beschwerdegegnerin machte geltend, gemäss dem medizinischen Gutachten vom 31. Mai 2013, auf welches vollumfänglich abgestellt werden könne, seien dem Beschwerdeführer angepasste Tätigkeiten

zu 80 % zumutbar. Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 62'796.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 50'215.-- resultiere eine Erwerbseinbusse von Fr. 12'554.-- resp. ein Invaliditätsgrad von 20 % (Urk. 2).

E. 1.3

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, die verschiedenen Akten und Befunde seien noch einmal zu überprüfen, da es einige Unstimmigkeiten und Widersprüche gebe. Zudem liege ein Befund des Spitals E. ___ vor, der aussagekräftig sei. In diesem Bericht werde erwähnt, dass ein Invaliditätsgrad von 40 % festgestellt worden sei. Auch Hausarzt Dr. B. ___ habe bestätigt, dass das „Urteil“ nicht in Ordnung sei. Er leide unter unerträglichen Schmerzen, und die gesundheitliche Situation verschlechtere sich zunehmend (Urk. 1). 2.

E. 2

.

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 2.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art.

E. 2.3

Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil aufgrund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbeitrag entsteht, verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung

(IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades oder der Hilflosigkeit auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit oder der Hilfebedarf seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit oder einen anspruchsbegründenden Hilfebedarf zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). Dabei ist zu beachten, dass Anlass zur Rentenrevision jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen gibt, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Allerdings stellt eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts keine revisionsbegründende Tatsachenänderung dar. Diese Grundsätze geltend sinngemäss auch im Neuanmeldeverfahren nach Art. 87 Abs. 4 IVV (Urteil des Bundesgerichtes 8C_436/2011 vom 10. Mai 2012 E. 2 mit Hinweisen).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, 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 ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 3. 3.1 3.1.1

Das hiesige Gericht hat im – die Beschwerde gegen die rentenaufhebende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10. Dezember 2007 (Urk. 6/119) abweisenden – Urteil IV.2008.0085 vom 4. Juni 2009 (Urk. 6/136) unter anderem erwo gen, dass die Annahme einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit ab 1. September 1998 nicht offensichtlich unrichtig gewesen sei. Ab Mitte 1999 ergebe sich jedoch wegen der unangefochten gebliebenen Verfügung der SUVA vom 31. Mai 1999 (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.1) eine andere Situation. Da die Rentenverfügung der Beschwerdegegnerin nachher er gangen sei, wäre diese rechtsprechungsgemäss verpflichtet gewesen, eine Koordination mit der Unfallversicherung durchzuführen (S. 13). Zu den Verhältnissen im Zeitpunkt der Verfügung vom 10. Dezember 2007 hielt das Gericht fest, dass die Gutachter der MEDAS in ihrer Expertise vom 7. August 2007

(Urk. 6/99) von einer nach wie vor vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer ange pas sten Tätigkeit ausgingen. Das Gutachten entspreche in sämtlichen Punkten den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Exper tise . Demge genüber könne auf die Einschätzungen der Gutachter der Klinik C.____

(Urk. 6/69/3-13) sowie der Klinik B.____ (Urk. 6/82/3-11) nicht abgestellt werden (S. 15-16). Zusammenfassend stehe fest, dass sich der Gesundheitszu stand des Beschwerdeführers zwischen der ursprünglichen Rentenzusprache im Jahr 2000 und dem Erlass der Verfügung vom Dezember 2007 leicht ver schlechert habe. Währenddem im rechten Knie eine praktisch identische Situa tion anzutreffen sei, liege im linken Knie neu eine Gonalgie bei Verdacht auf eine degenerative mediale Meniskushinterhornläsion vor. Daneben bestünden Rückenschmerzen unklare r Ätiologie. Diese neu hinzugetretenen Beschwerden führten indes nicht zu einer Änderung des Belastungsprofils, nehme dieses doch bereits hinreichend Rücksicht auf die Einschränkungen des Beschwerdeführers. Weiter bestehe keine psychische Beeinträchtigung mit Krankheitswert. Damit ergebe sich, dass die ursprüngliche Rentenzusprache

(ab 1. Juli 1999 resp. ab 1. Oktober 1999) zweifellos unrichtig und auch im Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 10. Dezember 2007 nach wie vor falsch gewesen sei. Der Beschwerdeführer sei damals wie heute in der Lage (gewesen), eine angepasste Tätigkeit in vollzeitlichem Ausmass zu verrichten, womit er im – nicht rentenbegründen den - Ausmass von 25 % invalid sei (S. 17). 3.1.2

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 20 . August 2012 (Urk. 6/140) eingetreten. Demnach ist zu prüfen, ob sich seit der Verfügung vom 10. Dezember 2007 (Urk. 6/119)

bis zum Erlass der ange fochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2013 (Urk. 2) der massgebliche medi zini sche und/oder wirtschaftliche Sachverhalt in einer so erheblichen Weise ver ändert hat, dass der Beschwerdeführer nunmehr Anspruch auf Leis tun gen der Invalidenversiche rung hat (E. 2.3). 3.2

Im besagten Guta chten der MEDAS vom 7. August 2007 (Urk. 6/99) , waren als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine initiale

mediale und retropatelläre Arthrose Kniegelenk rechts bei Status nach dreifacher Teilresektion des medialen Meniskushi nterhorns im Kniegelenk rechts und Status nach vorderer Kreuzbandrekonstru ktion im Kniegelenk rechts (Oktober 1997), (2) eine Gonalgie links bei

Verdacht auf degenerative, mediale Meniskushinterhornläsion, (3) chronische Lumbalgien unklarer Ätiologie sowie (4) eine persistierende Bewegungseinschränkung im rechten Ellbogengelenk bei Status nach traumatischer Läsion (ca. 1978) erhoben worden. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit waren unter anderem psychische Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) angeführt worden (S. 25). Im Weiteren war ausgeführt worden, dass die objektivierbaren Befunde in keinem ausreichend nachvollziehbaren Zusammenhang zu den massiven Beschwerden, welche der Beschwerdeführer klagt, stünden. Das demonstrative Verhalten bei der Untersuchung mache eine Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit schwierig (S. 30). Die beginnenden arthrotischen Veränderungen im rechten Kniegelenk sowie die degenerativen Veränderungen des medialen Meniskushornes links beeinträchtigen Funktion und Belastbarkeit des Kniegelenkes. Von Seiten des rechten Ellbogengelenks und des linken Daumens ergebe sich keine Beeinträchtigung. Aus psychiatrischer Sicht fänden sich keine Hinweise auf eine hirnorganische Störung, eine Abhängigkeitserkrankung, eine psychotische Störung und auch nicht auf eine affektive Störung. Trotz der berichteten Diskrepanzen zwischen körperlichen Befunden und subjektiven Beschwerden seien die Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung nicht erfüllt. Die beschreibbaren Symptome liessen sich als psychische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten einordnen (ICD-10 F54 [S. 30]). Auf der psychisch-geistigen und sozialen Ebene ergäben sich aus der psychiatrischen Störung keine Beeinträchtigungen, welche die vormalige oder eine vergleichbare Arbeit unzumutbar machen würden. Gesamthaft müssten Einschränkungen für die angestammte Tätigkeit, welche schweres Heben und Tragen, häufiges Steigen und Arbeiten im Knien beinhalten habe, festgestellt werden. Andere Arbeiten, welche diese Tätigkeitsmerkmale nicht aufwiesen, seien aus polydisziplinärer Sicht uneingeschränkt zumutbar (S. 31). 3.3.3.1

Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem 10. Dezember 2007 ist den medizinischen Akten im Wesentlichen zu entnehmen, dass am 28. Januar 2008 - neuerliche - Untersuchungen

(MRI) bezüglich der Knie sowie der Lendenwirbelsäule (LWS) durchgeführt wurden (Urk. 6/154/144-145). Am

E. 2.4

) 3.5.2

Dr. F.____

hat in nachvollziehbarer Weise dargestellt, dass und weshalb die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass aus somatischer Sicht nicht vollständig erklärt werden können. So wies sie – wie bereits die Gutachter der MEDAS (vgl. E. 3.2) - darauf hin, dass in der klinischen Untersuchung Diskrepanzen auffielen. Namentlich zeige der Beschwerdeführer initial einen hinkenden Gang, der sich unter Ablenkung normalisiere. Bei der direkten Untersuchung der HWS zeige er eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit. Unter Ablenkung bewege er dagegen die HWS normal. Im Weiteren stellte Dr. F.____ fest, dass die Brustwirbelsäule (BWS) und die LWS normal beweglich seien. Radikuläre

Zeichen seien nicht vorhanden. Namentlich nehme der Beschwerdeführer spontan den Langsitz ein, was eine wesentliche lumbale neurale Kompression ausschliesse. Alle grossen peripheren Gelenke ausser dem rechten Ellbogen seien normal beweglich, insbesondere

auch das rechte Knie. Die Beweglichkeit der linken Schulter sei bei der direkten Prüfung deutlich eingeschränkt und normalisiere sich erst unter Ablenkung. Dr. F.____

bemerkte dazu, dass eine wesentliche adhäsive Kap sulitis der linken Schulter jetzt klinisch nicht vorhanden sei . Der rechte Ellbogen weise ein leichtes Flexions- und ein deutliches Extensionsdefizit auf. Die Pro- und Supination seien dagegen normal. Nirgends seien Gelenksergüsse, Synovi tiden

oder überwärmte Gelenke vorhanden. Insbesondere wiesen das rechte Knie, der rechte Ellbogen und die linke Schulter keinen Gelenkserguss und keine Überwärmung auf. Es bestünden deutliche Gebrauchsspuren an beiden Händen , was zeige, dass er aktuell lang andauernd beide Hände kraftvoll ein setze. Die ganze Muskulatur sei liegend geprüft nirgends verspannt. Die Bioim pedanz-Analyse zeige eine erfreulich grosse Muskelmasse von 49 % , welche den Normwert von 40 % weit übertreffe. Eine lang andauernde körperliche Scho nung könne daraus ni cht abgeleitet werden. Obwohl der Beschwerdeführer über ausgedehnte Schmerzen klage, falle die Dolorimetrie gänzlich unauffällig aus. Es sei kein einziger pathologischer Tender Po i nt oder Kontrollpunkt vorhanden. Die Ganzkörper-Szintigraphie (Mai 2013) mit SPECT-Aufnahmen der HWS, der Schultergelenke beidseits sowie der LWS zeige als wesentlichste Befunde eine leichte Aktivierung der Arthrose des rechten Ellbogens und der AC-Gelenke beidseits. Dagegen sei keine vermehrte Aktivität im Bereich beider Knie und der ganzen Wirbelsäule erkennbar. Die MRI-Untersuchung der LWS (Mai 2013) zeige eine kongenitale beidseitige Spondylolyse ohne Spondyl ol isthesis im Segment L5/S 1. Es seien keine Kompressionen des Spinalkanals oder neuraler Strukturen vorhanden. Dieser bildgebende Befund der LWS sei nicht gravierend. Die Arthro -MRI-Untersuchung des rechten Knies (Mai 2013) zeige eine fehlende Durchgängigkeit der vorderen Kreuzbandplastik und degenerative Veränderungen, die szintigraphisch nicht aktiv seien. Der bildgebende Befund habe sich gegenüber der Voruntersuchung (Januar 2008) nicht wesentlich verändert (Urk. 6/154/107-108) .

Aus den von Dr. F.____

– in Auseinandersetzung mit den Ergebnisse n der im Januar 2008 (vgl. E. 3.3.1) , März 2012 (Urk. 6/148/9) und Mai 2013 (Urk. 6/154/116-122) vorgenommenen bildgebenden Abklärungen und in Übe reinstimmung mit den von ihr erhobenen detaillierten klinischen Befunden (Urk. 6/154/100-104) - gemachten Feststellungen geht hervor, dass seit der MEDAS-Begutachtung im August 2007 – lediglich – im Bereich des rechten Schulter- sowie des rechten Ellbogengelenkes massgebliche Beeinträchtigungen hinzu gekommen sind. Diesen hat Dr. F.____ mit der von ihr vorgenomme nen Änderung des damals formulierten Belastungsprofils (Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen, häufiges Steigen und Arbeiten im Knien, vgl. E. 3.2) angemessen Rechnung getragen. Ihre – in der bidisziplinären Zusammen fassung vom 4. Juni 2013 (Urk. 6/157) bestätigte - Beurteilung , wonach dem Beschwerdeführer (leichte bis mittelschwere)

Knie- , Ellbogen- und Schulterge lenk- schonende Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 Kilo gramm – nach wie vor - ganztags zumutbar sind, erscheint deshalb überzeu gend. 3.5 .3

Das psychiatrische Gutachten von PD Dr. G.____ vom 3 1. Mai 2013 (Urk. 6/156) basiert auf einer eigene n psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis der und einlässlicher Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. PD D r. G.____ legte

nachvollziehbar dar, dass und weshalb beim Beschwerdeführer anlässlich der am 30. Mai 2013 durchgeführten ambulant-psychiatrischen Untersuchung (einzig) eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) erhoben werden konnte.

Im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS vom 30. Mai 2007 war lediglich die – invalidenversicherungsrechtlich nicht relevante - Diagnose nach ICD-10 F54 (Psychologische Faktoren oder andere Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten) gestellt worden. Es mag zwar zutreffen, dass – wie PD Dr. G.____ bemerkte (Urk. 6/156/12-13) – möglicherweise bereits damals eine leichte depressive Störung bestand. Es besteht aber kein Grund, die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters der MEDAS, wonach anlässlich der dortigen Untersuchung insbesondere auch die Diagnosekriterien gemäss ICD-10 F3 (Affektstörungen) nicht (vollständig) erfüllt waren, in Frage zu stellen. Demnach ist davon auszugehen, dass seither eine leichte Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes eingetreten ist.

Wie erwähnt, kam PD Dr. G.____ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer nun mehr aus psychiatrischer Sicht sowohl in der angestammten als auch in einer Verweisungstätigkeit – lediglich – zu 80 % arbeitsfähig sei. Dazu ist zu bemerken, dass – auch – ein

leichtes depressives Leiden allein grundsätzlich nicht geeignet ist, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (Urteil des Bundesgerichtes I 905/06 vom 8. Mai 2007 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. Erwägung 2.1). Bei einer depressiven „Episode“ handelt es sich ausserdem definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden (Urteil des Bundesgerichtes 8C_80/2011 vom 14. Juni 2011 E. 6.3.2 mit Hinweisen), welches überdies grundsätzlich als therapeutisch angebar gilt (Urteil des Bundesgerichtes 9C_673/2010 vom 28. November 2012 E. 3.3 mit Hinweis). Der Beschwerdeführer hat sich aber gemäss seinen Angaben anlässlich der psychiatrischen Begutachtung vom 30. Mai 2013 bislang noch nie einer psychiatrischen Behandlung unterzogen und/oder Psychopharmaka eingenommen (Urk. 6/156/5).

Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht ist die von PD Dr. G.____ vorgenommene – in der bidisziplinären Zusammenfassung vom 4. Juni 2013 ebenfalls bestätigte – Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit daher jedenfalls als äusserst grosszügig zu betrachten. 3.6.3.6.1

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers vermögen

die von ihm im Rahmen der Neuanschuldung eingereichten Berichte der Rheumaklinik des Spitals E.____ vom 22. Dezember 2011, 14. Mai und 5. Juni 2012 (Urk. 6/148), das Schreiben von Dr. B.____ vom 7. November 2012 (Urk. 6/149) sowie dessen Ärztliches Zeugnis vom 22. August 2013 (Urk. 6/169) die gutachterliche Beurteilung durch Dr. F.____ und PD Dr. G.____

nicht ernstlich in Frage zu stellen. 3.6.2

Vorab ist festzuhalten, dass aufgrund der Neuanschuldung vom 20. August 2012 (Urk. 6/140) ein allfälliger Rentenanspruch des Beschwerdeführers frühestens am 1. Februar 2013 entstehen könnte (Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG). In diesem Zeitpunkt lagen die (zwischen Dezember 2011 und Mai 2012) in der Rheumaklinik des Spitals E.____ durchgeführten

Abklärungen be reits etliche Monate zurück . 3.6.3

Von den genannten Berichten der Rheumaklinik des Spitals E.____ enthält lediglich der Arbeitsassessment -Bericht von Dr. K.____ vom 1 4. Mai 2012 eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit , wobei sie diese gemäss ihren Angaben aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht vorgenommen hat (Urk. 6/148/3-4; vgl. E. 3.3.2). Laut den von ihr gemachten Angaben standen

damals linksseitige Schulterbeschwer den im Vordergrund. Sonographisch

ergab sich am 1 8. Januar 2012 der Ver dacht auf eine adhäsive Bursitis subacromialis links und Tendinopathie des Musc ulus

supraspinatus links . Bei der erweiterten Abklärung mittel s Arthro -MRI der Schulter imponierte am 1 5. März 2012 eine adhäsive Kapsulitis

mit Oblite ration des

Rotatorenmanschettenintervalls (Urk. 6/148/9) . Anlässlich der klini schen Untersuchung vom 2 3. März 2012 war das AC-Gelenk beidseits leicht druckdolent , mit fraglich positivem Cross-body-Test. Die Schultern wiesen beide linksbetont eine Impingement -Symptomatik auf , und die Schulterbeweglichkeit war beidseits relevant eingeschränkt mit ein er Aussenrotation rechts von 30 Grad und einer Innenrotation links von 20 Grad. Der Schürzengriff war links nicht möglich (Urk. 6/148/9). Anlässlich der klinischen Untersuchung durch Dr. F.____

vom 2 9. April 2013 (Urk. 6/154/1) war die Beweglichkeit der rechten Schulter bei der direkten Prüfung normal. Bei der linken Schulter war sie ebenfalls deutlich eingeschränkt und normalisierte sich erst unter Ablenkung (Urk. 6/154/102) . Eine wesentliche Kapsulitis konnte nicht me hr festgestellt werden. Wie Dr. F.____ zu Recht bemerkte, ist

somit klinisch gegenüber März 2012 bezüglich der Schulterproblematik links eine deutliche Besserung einge treten (Urk. 6/154/107). Nebst den Schulterbeschwer den bestanden laut den Angaben von Dr. K.____ im

Arbeitsassess ment -Bericht vom 1 4. Mai 2012 Nackenschmerzen mit klinischen Hinweisen auf ein radikuläres sensomotori sches Ausfallsyndrom C7/8 links (Urk. 6/148/3) . Im Bericht der Rheumaklinik des Spitals E.____ vom 5. Juni 2012 wurde berichtet, dass sich im Status vom 2 3. März 2012 ausgedehnte

Myogelosen unter andere m der Nackenmuskulatur gezeigt hätten . Die HWS sei auf Höhe C6/7 druckdolent gewesen mit eingeschränkter Beweglichkeit und insbesondere schmerzhafter Rotation mit Projektion auf die Musculi

trapezii und den Musculus

rhomboideus

(Urk. 6/148 /9) . Wie erwähnt, stellte Dr. F.____ zwar bei der direkten Prüfung der HWS ebenfalls eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule fest, welche sich indes sen unter Ablenkung normalisierte. Die Muskulatur war, liegend geprüft, nicht (mehr) verspannt (Urk. 6/154/107 und Urk. 6/154/101-102). Die - entscheiden den (vgl. Er wägung 3.4.3)

- klinischen HWS-Befunde haben sich demnach zeitlich ebenfalls verbessert. Hinsichtlich des linken Ellbogengelenkes waren im Arbeitsassessment-Bericht vom 14. Mai 2012 sowie im Bericht der Rheumaklinik des Spitals E.____ vom 5. Juni 2012 Beschwerden im Sinne einer Epicondylopathie

humeris

radialis erhoben worden (Urk. 6/148/3 und Urk. 6/148/8). Im Zeitpunkt der Begutachtung lagen hingegen keine objektiven Anzeichen für eine Epicondylopathie

humeris

radialis

- mehr - vor (Urk. 6/154/102, Urk. 6/154/107 und Urk. 6/154/122) . Solche waren im Übrigen auch anlässlich der Untersuchung in der Rheumaklinik vom 21. Dezember 2011 noch nicht vorhanden gewesen (Urk. 6/148 /5-6) .

Zumindest die von Dr. K.____ bei ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigten klinischen Befunde im Bereich der Schultern, des Nackens sowie des linken Ellbogens haben sich demnach bis zur Begutachtung durch Dr. F.____ im Mai 2013 eindeutig verbessert.

Wie erwähnt, ging Dr. K.____ davon aus, dass dem Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Arbeitsassessments (April 2012) , in welchem sich die besagten klinischen Befunde noch deutlich schlechter präsentiert hatten als im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. F.____ , sogar eine angepasste „mittelschwere“ Tätigkeit (Gewichtslimite 25 Kilogramm) ganztags zumutbar war . Daraus, dass sie ihm für eine solche (schwerere) Tätigkeit eine 40%ige Leistungsminderung attestierte, kann der Beschwerdeführer daher von vornherein nicht zu seinen Gunsten ableiten. Was die Beurteilung von Dr. K.____

betrifft, wonach ihm die (seit 2009 bis Mai 2013 ausgeübte [Urk. 6/156/3]) Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiter im Schwimmbad ganztags zumutbar sei, jedoch bezogen auf ein Pensum von 100 % eine Leistungsminderung von 30 %

besteht, ist zu bemerken, dass sie die genannte Tätigkeit zwar als sehr leicht bezeichnet, im Übrigen aber nicht näher beschrieben hat. Gemäss den vom Beschwerdeführer gegenüber Dr. F.____ gemachten Angaben beinhaltete diese

Tätigkeit Aufräumarbeiten (Urk. 6/154/98) , laut Dr. B.____

leichte Gartenarbeiten im Aussenbereich (Urk. 6/149) . Sowohl Reinigungs-, als auch Aufräum- und Gartenarbeiten sind aber naturgemäss vorwiegend im (vorgeneigt) Stehen, Gehen und Knien zu verrichten und

erscheinen angesichts der bestehenden Knieproblematik nicht als optimal angepasst.

Daraus, dass Dr. K.____ dem Beschwerdeführer für diese Tätigkeit eine 30%ige Leistungsminderung attestiert hat, kann er deshalb ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten. Dies gilt umso mehr, als er laut Dr. K.____ bei den im Rahmen des Arbeitsassessments gemachten Tests eine mässige Leistungsbereitschaft gezeigt hat. Es seien auch Selbstlimitierungen sowie ein Inkonsistenzpunkt beobachtet worden (Urk. 6/148/2). Bereits im Gutachten der MEDAS vom 7. August 2007 war bemerkt worden, dass der Beschwerdeführer seine Mobilität und seine Aktivitäten in höherem Masse einschränke, als es aufgrund der Gelenkveränderungen plausibel erscheine (Urk. 6/99/32;

vgl. E. 3.2). Es erscheint fraglich, ob auch Dr. K.____

– wie dies die Gutachter der MEDAS sowie Dr. F.____

folgerichtig getan haben – das selbstlimitierende Verhalten des Beschwerdeführers bei ihrer

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (gänzlich) ausser Acht gelassen hat , hat sie dieser doch voraus geschickt , dass infolge (durch die wahrscheinlich bestehende

psychische Problematik erklärbarer) Selbstlimitierung die Resultate der ergonomischen Tests „nur“ (aber immerhin) „teilweise“ verwertbar seien (Urk. 6/148/3).

Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ist im Bericht vom 14. Mai 2012 nicht enthalten. Daraus ist lediglich zu entnehmen, dass die psychologische Exploration vom 10. April 2012 (Urk. 6/148/1) eine somatoforme Komponente am Schmerzgeschehen, aber auch das wahrscheinliche Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode bestätigt habe (Urk. 6/148/3). Abgesehen davon, dass diese

Beurteilung vage erscheint und mangels weiterer Angaben nicht prüfend nachvollzogen werden kann , sind die genannten (Verdachts-)Diagnosen nicht unbedingt geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen. Ausserdem lag im Zeitpunkt der Begutachtung durch

PD

Dr. G.____ im Mai 2013 jedenfalls nur noch eine leichte depressive Symptomatik vor (vgl. E. 3.3.4).

Der Bericht von Dr. K.____ vom 14. Mai 2012 stellt deshalb keine zuverlässige Beurteilungsgrundlage dar. 3.6.4

Zum Schreiben resp. ärztlichen Zeugnis von Dr. B.____ vom 7. November 2012 resp. 22. August 2013 (vgl. E. 3.3.3 und E. 3.3.5)

ist zu bemerken, dass er als langjähriger Hausarzt infolge des besonderen Vertrauensverhältnisses geneigt sein dürfte, im Zweifelsfall eher zu Gunsten des Beschwerdeführers auszusagen (statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 8C_648/2011 vom 19. Dezember 2011 E. 3 mit Hinweisen). Er legte jedenfalls in seinem Schreiben vom 7. November 2012

nicht in nachvollziehbarer Weise dar, weshalb der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nur noch zu 40 % arbeitsfähig sein soll. Ebenso verhielt es sich bereits bei seinem ärztlichen Zeugnis vom 17. Januar 2008, in welchem er dem Beschwerdeführer einzig wegen der chronischen belastungsabhängigen Knieschmerzen rechts mehr als links sowie halbtagesbedingter lumbaler Rückenschmerzen lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit attestiert hatte (Urk. 6/122/13 ; vgl. dazu Urk. 6/136 S. 16-17 E. 4.3.4). Im ärztlichen Zeugnis vom 22. August 2013 hat Dr. B.____ keine konkrete Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen. Soweit er darin festhielt, dass es keine Zeit gegeben habe, in welcher der Beschwerdeführer keine Analgetika einnehmen müssen (Urk. 6/169) , ist zu bemerken, dass dieser gemäss seinen Angaben anlässlich der Begutachtung durch Dr. F.____ vom 18. Mai 2013 nur noch das Analgetikum Dafalgan einnahm , das (stärkere) Analgetikum Novalgin jedoch schon lange nicht mehr verwendet hatte , ebenso wenig die Schmerzmittel Celebrex und

Arcoxia (Urk. 6/154/99). Von daher besteht jedenfalls kein Grund zur Annahme, dass sich die Schmerzsituation verschlechtert haben könnte. 3.7

Es ist demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin – der Stel lungnahme von RAD-Arzt Dr. L. ___ vom 1 1. Juni 2013 folgend (Urk. 6/160/5) - auf das bidisziplinäre Gutach ten von Dr. F. ___ und PD Dr. G. ___ vom 4. Juni 2013 (Urk. 6/157) abgestellt hat und dementsprechend von einer – nur noch – 80%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen ist. 4. 4.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die fe stgestellte Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 4.2

Während die Beschwerdegegnerin in der rentenaufhebenden Verfügung vom 10. Dezember 2007 (Urk. 6/119/2) das Valideneinkommen

(wie die SUVA in ihrer Verfügung vom 3 1. Mai 1999 [Urk. 6/3/38-41; vgl. auch Urk. 6/3/48]) ausgehend vom Einkommen des Beschwerdeführers in seiner vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 1995 ausgeübten Tätigkeit als Gipser bei der Firma Y. ___ , Zürich, ermittelt und unter Berücksichtigung der Nominal lohnentwicklung mit Fr. 76'039.-- beziffert hatte (Urk. 6/106/9) , bemass sie dieses in der angefochtenen Verfügung vom 17. Oktober 2013 unter Hinweis darauf, dass das mit der ersten Rentenzusprache ermittelte Einkommen mittler weile über 10-jährig und dem Beschwerdeführer theoretisch eine Arbeit zumut bar gewesen sei, auf der Grundlage der Lohnstrukturerhebung (LSE) 2010 des Bundesamtes für Statistik auf Fr. 62 '769.-- (Urk. 2) .

Wie eingangs erwähnt, hat die Verwaltung, nachdem sie auf eine Neuanmel dung eingetreten ist, in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art.

E. 6

/41) sprach die IV-Stelle

dem Versicherten m it Verfügungen vom 29. Novem ber 2000 (Urk. 6/45 und Urk. 6 /28/3-4)

ab 1. September 1998 eine ganze (Invaliditätsgrad 100 %) sowie ab 1. Septem ber 1999 eine halbe (Invaliditätsgrad 50 %) Rente zu (bestätigt mit Mitteilung vom 26 . Juni 2002, Urk. 6 /57) .

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 12

. September 2008 fanden im Spital H. ___ erstmals

(vgl. Urk. 6/99/50) bildgebende Abklärungen bezüglich der Schultern statt (Arthrographie Schulter rechts sowie MR I Schulter links , Urk. 6/154/143) , wobei sich eine Unterflä chenläsion des Supraspinatus , eine Insertionstendopathie , keine durchgehende Ruptur,

keine Muskelatrophie sowie etwas Impingementsymptomatik durch ein mässig degenerativ verändertes AC-Gelenk zeigten . Weitere Abklärungen bezüglich der Schultern erfolgten am 21. August 2009 (Ultraschall der Schulter gelenke und Untersuchung durch Dr. I.____ [Urk. 6/ 154/157]). Im betreffenden Bericht an Dr. B.____ vom 25. August 2009 berichtete Dr. I.____ , dass sie beim Beschwerdeführer eine linksseitige Impingement symptomatik finde, welche durch die nicht transmurale

Supraspinatussehnen ruptur , die leichte Bursitis und auch die AC-Gelenksarthrose erklärt werden könne. Daneben bestehe auch eine leichte zervikovertebrale Komponente

der Schmerzen (Urk. 6/154/155-156). Daraufhin wurde am 21. September 2009 im MRI Zentrum J.____

(erstmalig) ein MRI der Halswirbelsäule (HWS) durchgeführt , welches im Segment C6/7 eine ausgeprägtere , medialbetonte

Bandscheibenprotrusion , einen hier mässig pelotierten Duralsack, regelrecht weite Neuroforamina sowie keinen Hinweis für eine Myelopathie ergab (Urk. 6/154/142). Die am 5. Januar 2010 nach einer Heckkollision vorgenommenen Röntgenuntersuchungen der HWS zeigten einen unauffälligen Befund ohne ossäre Läsionen und mit regelrechtem Alignment der HWS (Urk. 6/ 154/141 und Urk. 6/154/181). Wegen Schmerzen resp. Blockade im Ellbogen rechts begab sich der Beschwerdeführer am 23. Juni 2011 notfallmässig ins Spital H.____ , wo nach durchgeführter Röntgenuntersuchung eine aktivierte Ellbogenarthrose rechts mit Einklemmsymptomatik diagnostiziert wurde (Urk. 6/154/140 und Urk. 6/154/180). 3.3.2

Auf Veranlassung von Dr. B.____ wurde der Beschwerdeführer am 21. Dezember 2011 in der Rheumaklinik des Spitals E.____

vorstellig. In der Folge wurden eine Sonographie der linken Schulter (18. Januar 2012), ein MRI der HWS (28. März 2012) und ein Arbeitsassessment in der Ergonomiestunde des Spitals E.____

(3. April 2012 ; inkl. psychologische Exploration am 10. April 2012, Basistests am 18./19. April 2012 und Nachbesprechung am 2. Mai 2012) vorgenommen . Zudem wurde der Beschwerdeführer am 23. März, 17. April und 29. Mai 2012 ambulant in der Rheumaklinik des Spitals E.____ beurteilt (Urk. 6/148).

Im Bericht von Assistenzärztin Dr. med. K.____

von der Abteilung Ergonomie des Spitals E.____

betreffend das Arbeitsassessment vom 14. Mai 2012 wurden als arbeitsrelevante Diagnosen (1) eine Periarthropathia

humeroscapularis

tendinopathica beidseits partim

ankylosans (M75.1), aktuell linksbetont mit Impingementsyndrom und eingeschränkter Beweglichkeit, MRI Schulter links März 2012 (adhäsive Capsulitis , Tendinosis

calcarea der Supraspinatussehne mit kleiner gelenkseitiger Partialruptur unmittelbar am Ansatz, Partialruptur des Oberansatzes der Subscapularissehne sowie leichte Subluxation der langen Bizepssehne aus dem Sulcus

bicipitalis mit Tendinopathie im intraartikulären Verlauf) und Sonographie Januar 2012 (aktivierte AC-Gelenksarthrose beidseits, leichte Bursitis subacromialis links), (2) ein zervikozephal und zervikobrachiales Schmerzsyndrom links (M53.1) mit Verdacht auf zervikoradikuläres Reiz- und sensorisches Ausfallsyndrom C 7 /8 links, ausgedehnten Myogelosen und muskulärer Dysbalance , MR HWS März 2012 (dorsale Diskusprotrusion C6/C7 mit leicht- bis mässiggradiger Spinalkanalstenose bei Kontakt zum Myelon , keine foraminale Enge oder Nervenwurzelkompression), (3) Periarthralgien bei der Ellbogen, bei/mit Epicondylitis

humeri

radialis links (M77.1) und ein eingeschränkter Ellbogenfunktion rechts nach Trauma in der Kindheit und operativ versorgt, (4) ein Verdacht auf eine Tendinopathie der Extensorensehnen Handgelenk links, (5) eine Periarthropathia

genau beidseits im Sinne einer Präarthrose (M25.56), rechts bei/mit Status nach mehreren Knieverletzungen (Unfall am 3. Juli 1995), Hinterhornresektion medialer Meniskus, vordere Kreuzbandplastik (dreimalige Operation ca. 1992 bis 1997), MRI Knie rechts Januar 2008 (MRI Zentrum J.____ : fehlendes vorderes Kreuzband bei Status nach Kreuzbandplastik, Meniskusläsion medial und im lateralen Meniskusvorderhorn , deutliche Knorpelschäden lateral und deutliche Knorpelalterationen im femoropatellären Gelenk) und links bei/mit klinisch medialer Instabilität anamnestisch ohne Trauma, MRI Knie links Januar 2008 (MRI Zentrum J.____ : Meniskusläsion im medialen Meniskushinterhorn , deutlicher retroapatellärer Knorpelschaden lateral), (6) ein chronisch rezidivierendes lumbocervikales Schmerzsyndrom (M54.5), MRI LWS vom 1. Januar 2008 (MRI Zentrum J.____ : mässige Spondylarthrose der untersten drei Segmente und höhengeminde Bandscheibe L1/2, ansonsten normal) sowie (7) ein Verdacht auf mittelgradige depressive Episode (F32.1) erhoben. Als „Andere Diagnosen“ wurden insbesondere chronische Schmerzen bei somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) bei zervikal betonten Rückenschmerzen und Polyarthralgie der grossen peripheren Gelenke, Verdacht auf mittelgradige depressive Episode, schwerwiegender psychosozialer Problematik sowie bei Problemen durch negative Kindheitsergebnisse im Krieg in der Heimat (Differentialdiagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung , F45.5) angeführt (Urk. 6/148/2) . Unter dem Titel „Ärztliche Beurteilung“ hielt Dr. K.____ fest, dass für die beschriebenen Beschwerden klare morphologische Korrelate und klinische Befunde bestünden , weshalb trotz teilweiser Selbstlimitierung in den funktionellen Leistungstests aus somatischer Sicht eine Leistungseinschränkung für die körperliche Belastung des Nackens und unteren Rückens, der Schultern, Ellbogen und Kniegelenke begründet werden könne. Durch die psychische Problematik werde zudem das selbstlimitierende Verhalten in den Tests erklärbar (Urk. 6/148/3). Zur Arbeitsfähigkeit bemerkte Dr. K.____ , der Beschwerdeführer sei in der derzeitigen Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiter im Schwimmbad voll einsetzbar, da es sich um eine sehr leichte Tätigkeit mit einem sehr tiefen Pensum handle . Bezogen auf ein fiktives Pensum von 100 % müsste aber auch in dieser Tätigkeit eine Leistungsminderung infolge sich im Tagesverlauf kumulierender Beschwerden von mindestens 30 % attestiert werden . Was die Zumutbarkeit für andere Tätigkeiten betreffe, so sei dem Beschwerdeführer eine mittelschwere Arbeit (Gewichtshantierung 10 bis maximal 25 Kilogramm) ganztags mit vermehrten Pausen (zusätzlich zu den üblichen Pausen von ca. 20 Minuten pro Halbtage) über den Tag verteilt von 2 Stunden aufgrund der Zunahme der Beschwerden und Verschlechterung der Funktionsfähigkeit bei länger dauernder Belastung

(Gewichtshantierungen linke Hand, Rotation im Sitzen nach rechts, vorgeneigt Stehen und Treppen steigen möglich) . Es bestehe eine Belastungsreduktion: Arbeit über Schulterhöhe nie, vorgeneigt Stehen manchmal (bis drei Stunden am Tag), Rotation im Sitzen nach rechts, Treppensteigen manchmal (bis drei Stunden am Tag) . Daraus ergebe sich eine Leistungsminde rung von 25 % auf grund der um zwei Stunden reduzierten zeitlichen Präsenz sowie eine weitere Leistungsminderung von etwa 15 % infolge eines langsameren Arbeitstempos durch das notwendige Anpassen vieler Aktivitäten an die eingeschränkte Gelenksfunktion der Schulter-, Ellbogen- und Kniegelenke. Daraus resultiere aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Arbeitstätigkeit von 60 % . Zusätzlich bestehe möglicherweise eine Leistungseinschränkung aufgrund einer psychischen Problematik von Krankheitswert (Urk. 6/148/4). 3.3.3

Dr. B.____ hielt in seinem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 7. November 2012 (Urk. 6/149) fest, seines Erachtens sei die im Bericht (des Spitals E.____) erwähnte Belastbarkeit (angepasst ganztags) nicht realistisch (auch nicht mit längeren Pausen). Die Arbeitsfähigkeit behinderungsangepasst werde mit 60 % angegeben, seiner Meinung nach liege sie bei maximal 40 % (Urk. 6/149). 3.3.4

Dr. F.____ nannte in ihrem internistisch-rheumatologischen (Teil-) Gutachten vom 18. Mai 2013 (Urk. 6/154/2-113) als rheumatologische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) Schmerzen im rechten Knie bei (a) Status nach multiplen Distorsionen mit Läsion der Menisci und Partialruptur des vorderen Kreuzbandes und arthroskopischen Behandlungen am 26. Januar 1993 (Hinterhorn-Teilmenisektomie), 8. Mai 1996 (Hinterhorn-Teilmenisektomie) und 17. Oktober 1997 (vordere Kreuzbandersatzplastik und Hinterhorn-Teilmenisektomie) sowie (b) degenerativen Veränderungen vor allem retro patellar und im femoralen Gleitlager sowie in der posterioren Belastungszone des lateralen Femurkondylus und fehlender Durchgängigkeit der Kreuzbandersatzplastik, bildgebend seit Jahren im Wesentlichen unverändert (Arthro -MRI Mai 2013 gegenüber Januar 2008), szintigraphisch ohne vermehrte Aktivität (Mai 2013), (2) eine deutliche Arthrose des rechten Ellbogens vor allem ulnar (Röntgen Mai 2013) bei (a) Status nach Fraktur etwa 1975 mit Schraubenosteosynthese im Libanon (b) deutlichem Flexions- und Extensionsdefizit bei normaler Pro- und Supination sowie (c) leichter szintigraphischer Aktivierung (Mai 2013) und (3) Schmerzen in beiden Schultern mit beginnender Omarthrose links ohne periartikuläre Verkalkungen mit mässiger AC-Gelenksarthrose beidseits (Röntgen Mai 2013), mässig vermehrter szintigraphischer Aktivität der AC-Gelenksarthrosen (Mai 2013), jedoch nicht der Omarthrose links sowie Status nach adhäsiver Kapsulitis links mit Obliteration des Rotatorenmanschettenintervalls (MRI März 2012). Als rheumatologische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhob sie unter anderem ausgedehnte chronische Schmerzen mit unauffälliger Dolorimetrie (Gutachten S. 105).

Unter dem Titel „Beurteilung der Arbeitsfähigkeit“ hielt Dr. F.____ fest, der Beschwerdeführer sei durch die eingeschränkte Funktion des rechten Knies, des rechten Ellbogens und der linken Schulter limitiert. Im rechten Ellbogen bestehe ein leichtes Flexions- und ein deutliches Extensionsdefizit bei normaler Pro- und Supination (S. 108) . Im Weiteren gab sie wieder, wie sich solche Defizite resp. Einschränkungen im Bereich der Knie-, Ellbogen- und Schultergelenke gemäss „Wegleitung zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitstätigkeit nach Unfall und bei Krankheit“ , herausgegeben von der Swiss Insurance Medicine (SIM), Interessengemeinschaft Versicherungsmethodik Schweiz (2.

Auflage 2013 abrufbar unter
<http://www.swiss-insurance-medicine.ch/zumutbare-arbeitstaetigkeit>

; entspricht insoweit im Wesentlichen der von Dr. F.____ zitierten 1. Auflage 2007), auf die Arbeitsfähigkeit auswirken können, und fügte ergänzend hinzu, dass der Beschwerdeführer Lasten bis zu 15 Kilogramm heben oder tragen (leichtes bis mittelschweres Belastungsniveau) könne. Tätigkeiten, welche diesem Profil entsprechen, könne er zu 100 % bzw. ganztags ausüben. Die Tätigkeit als Aushilfe im Schwimmbad sei gemäss Arbeitsassessament vom 14. Mai 2012 adaptiert. Er könne diese Tätigkeit ganztags ausüben. Die angestammten Tätigkeiten als Hilfgipser resp. Bauhilfsarbeiter könne er nicht mehr ausüben. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer nie langfristig eingeschränkt gewesen

(S. 109). Seit der letzten Begutachtung im Jahr 2007 sei es zu keiner wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes gekommen (S. 112).

PD Dr. G.____ erhob in seinem psychiatrischen (Teil-)Gutachten vom 31. Mai 2013 (Urk. 6/156) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0 [S. 7]). Aus psychiatrischer Sicht lägen deswegen qualitative Funktionseinschränkungen in der Höhe von 20 % vor. In der angestammten Tätigkeit wie auch in einer Verweisungstätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, und zwar ab Untersuchungszeitpunkt (30. Mai 2013 [S. 10]).

Im Rahmen der bidisziplinären Zusammenfassung vom 4. Juni 2013 (Urk. 6/157) hielten die Gutachter Dr. F.____ und PD Dr. G.____

bei gleichen Diagnosen wie in den Teilgutachten fest, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in jeglicher Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei. Aus rheumatologischer Sicht könne er in einer adaptierten Knie-, Ellbogen- und Schulter-schonenden Tätigkeit ganztags arbeiten, wobei er Lasten bis zu 15 Kilogramm heben könne. Aus bidisziplinärer Sicht könne er in einer adaptierten Tätigkeit zu 80 % bzw. 32 Wochenstunden arbeiten. 3.3.5

Dr. B.____ gab im Ärztlichen Zeugnis vom 22. August 2013 an, der Beschwerdeführer sei seit dem Arbeitsassessament auf der Rheumatologie des Spitals E.____

im Mai 2012 wegen diverser degenerativer Veränderungen des Bewegungsapparates immer wieder bei ihm in Behandlung gewesen. Es habe keine Zeit gegeben, in welcher er keine Analgetica habe einnehmen müssen. Aktuell leide er unter chronischen Schulterschmerzen beidseits und chronischen belastungsabhängigen Kniegelenksschmerzen beidseits. Er könne lediglich kurze Strecken gehen. Wiederholt habe er den Beschwerdeführer mit einem Kniegelenkserguss gesehen als Folge einer Überbelastung bei der leichten, nur eineinhalb Stunden dauernden Arbeit im Schwimmbad (Urk. 6/169/1). 3.4 3.4.1

Vorweg zu nehmen ist, dass Gegenstand der Begutachtung in der MEDAS im August 2007 insbesondere die vom Beschwerdeführer damals geklagten Schmerzen und Beschwerden im Bereich des rechten, zeitweise auch des linken Knies sowie diffuse tief thorakale bis lumbale Rückenschmerzen gebildet hatten. Im Weiteren lag – bereits – damals eine

ausgeprägte Bewegungseinschränkung des rechten Ellbogengelenkes nach stattgehabter Verletzung im Kindesalter vor, welche aber vom Beschwerdeführer als nicht schmerzhaft bezeichnet worden war. Schliesslich hatte er Schulterschmerzen linksseitig, insbesondere bei Abduktion, erwähnt, welche damals jedoch nicht im Vordergrund gestanden hatten. Über zervikale Beschwerden hatte er damals – noch – nicht geklagt (Urk. 6/99/49-51). 3.4.2

Anlässlich der Neuanmeldung vom 20. August 2012 machte der Beschwerdeführer nach wie vor Knie- und Rückenschmerzen sowie überdies Schulterschmerzen beidseits, Hals- und Gelenkschmerzen geltend (Urk. 6/140/5). Die betreffenden Diagnosen und Befunde in den seitens des Beschwerdeführers eingereichten Berichten des Spitals E.____ vom 2. Dezember 2011, 14. Mai und 5. Juni 2012 (Urk. 6/148; vgl. E. 3.3.2) deuten dabei in der Tat (vgl. Stellungnahme

der RAD-Ärzte

Dr. med. L.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, und Dr. med. M.____, FMH Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie vom 3./4. Dezember 2012, Urk. 6/160/3) darauf hin, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung in der MEDAS im August 2007 verschlechtert hat. 3.4.3

Zu prüfen ist, ob und inwieweit sich auch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verschlechtert hat. Dabei gilt es zu beachten, dass sich röntgenologisch erhobene Veränderungen, namentlich im Wirbelbefund, allein nicht notwendigerweise im Ausmass der funktionellen Einschränkung niederschlagen; vielmehr sind derartige Befunde ärztlicherseits anhand der Klinik zu überprüfen und deren Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substantiiert darzulegen. Dazu gehören insbesondere auch Angaben zum beobachteten Verhalten sowie Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben

(Urteile des Bundesgerichtes 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 5 und 9C_68/2014 vom 2. Juni 2014 E. 3.3). 3.5 3.5.1

Das internistisch-rheumatologische

(Teil-) Gutachten von Dr. F.____ vom 18. Mai 2013 (Urk. 6/154/2-112; vgl. E. 3.3.4) basiert auf einer umfassenden klinischen Untersuchung sowie auf - von ihr veranlassten - ergänzenden röntgenologischen Abklärungen (Urk. 6/154/116-122) und wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorkten (Anamnese) verfasst. Die Gutachterin hat detaillierte Befunde erhoben (Urk. 6/154/100-104) und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und seinem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem hat sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Das (Teil-)Gutachten von Dr. F.____ erfüllt demnach alle recht sprechungsgemässen Kriterien für eine beweistaugliche medizinische Entscheidungsgrundlage, weshalb ihm grundsätzlich voller Beweiswert zukommt (vgl. E.

E. 17

Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. E. 2.3). Wird in einem für die Invaliditätsbemessung grundsätzlich massgebenden Punkt eine erhebliche Änderung des Sachverhaltes festgestellt, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, das heisst unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlagenden

Tatsachenspektrums und ohne Bindung an die ursprüngliche Rentenverfügung, zu prüfen .
Namentlich kann, wenn sich – wie hier

- der Gesundheitszustand der versicherten Person verschlechtert hat, auch die Höhe des Valideneinkommens ohne Bindung an die vorangehende Verfügung neu festgesetzt werden (Urteil des Bundesgerichtes 8C_436/2011 vom 10. Mai 2012 E. 4 mit Hinweisen).

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin rechtfertigt die Tatsache allein, dass die Erwerbsaufgabe bereits vor einiger Zeit erfolgte, nicht, für die Ermittlung des Valideneinkommens anstelle des vom Beschwerdeführer zuletzt erzielten Verdienstes Tabellenlöhne heranzuziehen (Urteil des Bundesgerichtes I 809/05 vom 12. Juni 2006 E. 3.1). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Gipserabteilung der Firma Y.____, bei welcher der Beschwerdeführer bei Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 1995 als Gipser tätig war, per 1. Dezember 1998 geschlossen wurde (Urk. 6/6/2 ; vgl. Urk. 6/3/57). Ausser dem wurde über diese Firma im April 2003 der Konkurs eröffnet und im Juni 2004 für geschlossen erklärt, woraufhin sie im Handelsregister gelöscht wurde. Unter diesen Umständen kann ohne Weiteres angenommen werden, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall nicht mehr bei dieser Firma angestellt wäre. Im Ergebnis ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen – neu - auf der Grundlage der LSE 2010 bemessen hat. 4.3

Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat, mit welcher er die ihm verbliebene Restarbeitsfähigkeit voll ausschöpft, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auch das Invalideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen ermittelt. 4.4 4.4 .1

Angesichts der fehlenden Berufsausbildung des Beschwerdeführers (Urk. 6/1/4, Urk. 6/99/3 und Urk. 6/156/2)

bildet Ausgangspunkt bei beiden Einkommensgrössen der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) von Männern für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) im privaten Sektor. Dieser betrug im Jahr 2010 Fr. 4'901.-- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2010 TA1 S. 26), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,6 Stunden im Jahre 2010 (vgl. die Volkswirtschaft 7/8-2014, Tabelle B9.2 S. 92) einen monatlichen Verdienst von Fr. 5'097.-- resp. einen Jahresverdienst von Fr. 61'164.-- ergibt.

4.4 .2

Ist bei beiden Einkommensgrössen vom selben Tabellenlohn auszugehen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 (Urteil des Bundesgerichtes 9C_215/2010 vom 20. April 2010 E. 5.2 ; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 7).

Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unter durchschnittlichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen

gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1 mit Hinweisen).

Vorliegend ist mit Bezug auf einen allfälligen behinderungsbedingten Abzug zu beachten, dass das von Dr. F. ___ formulierte Anforderungs- und Belastungsprofil

(vgl. E. 3.5.2) grundsätzlich eine zum zeitlich nur noch reduziert zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt. Die Beschwerdegegnerin wies indessen zu Recht darauf hin, dass dem Beschwerdeführer aufgrund des gutachterlichen Belastungsprofils noch ein weites Spektrum an zumutbaren Hilfsarbeiten, wie zum Beispiel

Kontroll- und Überwachungsaufgaben , Konfektionierung sowie andere leichte bis mittelschwere Betriebsarbeiten , offen steht (Urk. 2 S. 2) . Wie dargelegt (vgl. E. 3.5.3) , ist sodann die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit 80 % als äusserst grosszügig zu betrachten. Für einen zusätzlichen „leidensbedingten“ Abzug besteht deshalb kein Anlass . Ebenso wenig sind der Migrationshintergrund

des Beschwerdeführers , dessen Alter oder der mehrjährige Arbeitsunterbruch mit Blick auf einfache Tätigkeiten im Anforderungsniveau 4 der LSE ein lohnminderndes Erschwernis im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichtes 9C_199/2013 vom 4. Februar 2014 E. 3.4.2). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass sich die Teilzeitarbeit bei Männern im Anforderungsniveau 4 tendenziell lohnmindernd auswirkt (Urteil des Bundesgerichtes 9C_643/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 3.4

und 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.2 unter Hinweis auf die nach dem Beschäftigungsgrad differenzierten Tabellen T2* in der LSE 2006 und T6* in der LSE 2004). Im Jahr 2006 erzielten Männer im Anforderungsniveau 4 bei einem Arbeitspensum zwischen 75 % und 89 % aufgerechnet auf ein Vollzeitpensum durchschnittlich ein um 6,1 % tieferes Einkommen als Vollzeitbeschäftigte (LSE 2006 Seite 16). Dies wurde von der Beschwerdegegnerin zu Unrecht ausser Acht gelassen. Selbst wenn man dem Beschwerdeführer unter diesem Titel einen grosszügigen Abzug von 10 % gewährt , ergibt sich bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ein Invaliditätsgrad von - lediglich - 28 % ($(1 - 0,8 \times 0,9) \times 100 \%$); vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_215/2010 vom 10. April 2010 E. 5.2), was für den Anspruch auf eine Invalidenrente – nach wie vor - nicht ausreicht. 5 .

Demnach hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Ergebnis zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist abweichend von Art. 61 lit . a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festgelegt.

Die Gerichtskosten sind auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem
Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons
Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im
Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht
Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes
gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

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
Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstMöckli

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