

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00317 vom 9. März 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-03-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00317

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00317 du 9 mars 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00317 del 9 marzo 2015

Erwägungen

E. 1.1

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]). 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).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]).

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 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 (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden

wäre (sogenanntes 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).

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten 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 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 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).

E. 1.5

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren

psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E).

5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). 2. 2.1

Die IV-Stelle begründete die erneute Rentenverweigerung damit, dass sich der Gesundheitszustand – abgesehen von einer neu aufgetretenen Schlafstörung – seit der erstmaligen Abweisung des Leistungsgesuchs nicht wesentlich verändert habe und der Beschwerdeführer, bei dem erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren

bestünden, nach wie vor zu 80 % arbeitsfähig sei (Urk. 2 S. 2, Urk. 12 S. 1). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, er sei, auch wenn sich die psychischen Beschwerden zwischenzeitlich deutlich gebessert hätten, aufgrund massiver Schlafstörungen und verschiedener physischer Leiden erheblich in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Urk. 1).

E. 3

stellte X.____

abermals ein Leistungsgesuch (Urk. 13/34-37). Nach erneuten beruflichen, erwerblichen sowie medizinischen Abklärungen und nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 13/57) wies die IV-Stelle am 30. Januar 2014 auch dieses Rentenbegehren ab (Urk. 2). 2.

Gegen diese Verfügung (Urk. 2) erhob X.____ am 17. Februar 2014 Beschwerde mit dem sinngemässen Antrag, es sei ihm eine Rente zuzusprechen (Urk. 1 = Urk. 8). Die IV-Stelle schloss am 13. Mai 2014 auf Abweisung der Beschwerde (vgl. Beschwerdeantwort, Urk. 12), was dem Beschwerdeführer am 14. Mai 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 14).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1.1

Betreffend den Gesundheitszustand im Zeitpunkt der am 11. Juni 2012 verfügten Rentenverweigerung (Urk. 13/32) geht aus den Akten im Wesentlichen Folgendes hervor:

Die Ärzte der Y.____ diagnostizierten am 19. September 2011 eine Anpassungsstörung mit depressiv-dysphorischer Reaktion auf familiären Konflikt und Trennungssituation, ICD-10

F43.23 (Urk. 13/18 S. 2). Die leicht- bis mittelgradige depressive Symptomatik sei grösstenteils vor dem Hintergrund der belastenden Lebenssituation zu sehen. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäufer bestehe seit 27. April 2011 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Längerfristig sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei einer Stabilisierung der äusseren Lebensbedingungen wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erlangen werde (Urk. 13/18 S. 1 und S. 3 f.).

E. 3.1.2

Am 29. September 2011 unterzog sich der Beschwerdeführer einem im Auftrag seines Krankentaggeldversicherers im Z.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, durchgeführten

Arbeitsassessment. Im Bericht vom nämlichen Datum stellten die zuständigen Ärzte folgende arbeitsrelevante Diagnosen (Urk. 13/19 S. 2): - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, rechtsbetont, ICD-10 M54.4 - mit myofaszialen Befunden bei muskulärer Dysbalance und Haltunginsuffizienz - bei mässiger Spondylarthrose L4-S1, fortgeschrittener Osteochondrose L1/2, Kompaktabszessen im Beckenbereich (bildgebende Abklärungen) - ohne Hinweise für pathologischen ossären Prozess (Szintigraphie vom September 2010) - Chronisches zervikospindylogenes Schmerzsyndrom, rechtsbetont, ICD-10 M53.0 - segmentale Dysfunktion zervikothorakal - muskuläre Dysbalance im Nacken-Schultergürtelbereich mit myofaszialen Befunden - Chronische rechtsseitige Thoraxschmerzen, ICD-10 M54.6 - nach Fraktur der 8. Rippe dorsolateral bei Thoraxkontusion im August 2010

Zudem bestünden eine chronische Gastritis, ein Vitamin D-Mangel und eine subklinische Hypothyreose (Urk. 13/19 S. 2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lieferant von Elektroartikeln bestehe aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit noch eine 75%ige Arbeitsfähigkeit. Eine mittelschwere Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer - mit einer Leistungseinbusse von 15 % - vollzeitlich zumutbar. Mittels medizinischer Massnahmen lasse sich längerfristig wieder eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit erreichen (Urk. 13/19 S. 3 f.).

E. 3.1.3

Dr. med. A.____, Praktischer Arzt FMH, stellte in seinem Bericht vom 6. März 2012 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/23 S. 1): - Chronisches rezidivierendes zervikales und lumbales Schmerzsyndrom - unklare Dysästhesien beider Arme und Beine - depressive Entwicklung bei ausgeprägter psychosozialer Überlastung

Keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere aus der überdies bestehenden Cholezystolithiasis (Urk. 13/23 S. 1). Die geklagten bunten Beschwerden hätten sich trotz zahlreicher einschlägiger Untersuchungen noch immer nicht genügend objektivieren lassen; wahrscheinlich seien sie zu einem wesentlichen Teil vor dem Hintergrund der psychosozialen Überlastung zu sehen. In der angestammten Tätigkeit bestehe seit dem 24. März 2011 und bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Durch medizinische Massnahmen lasse sich die Arbeitsfähigkeit noch verbessern (Urk. 13/23 S. 2 f.).

E. 3.1.4

In ihrer gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahme vom 12. beziehungsweise 15. März 2012 gelangten die Ärzte des Regionalärztlichen Dienstes (RAD) der IV zum

Schluss, dass der Beschwerdeführer seit März 2011 in der angestammten Tätigkeit zu 75 % arbeitsfähig sei. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei ihm zu 80 % zumutbar. Es sei davon auszugehen, dass sich mittels geeigneter medizinischer Massnahmen innert sechs bis neun Monaten wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit erreichen lasse (Urk. 13/24 S. 3).

E. 3.2

9

Dr. A.____ attestierte dem Beschwerdeführer am 25. Oktober 2013 eine seit 27. Januar 2011 und bis auf Weiteres bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/63 S. 2).

E. 3.2.1

Die Verfügung vom 30. Januar 2014 (Urk. 2) beruht auf folgenden medizinischen Berichten:

Die - ambulant behandelnden - Ärzte des Z.____, Klinik für Neurologie, stellten am 15. November 2012 nachstehende Diagnosen (Urk. 13/33 S. 5): - Exzessive Tagesschläfrigkeit - im Rahmen eines instabilen Ruhe-Aktivitätsmusters mit Schlafphasenumkehr bei schwerer Depression - DQB1*06:02 nicht nachweisbar (Mai 2012) - MRI Schädel vom Juni 2012: normale hochauflösende dynamisch kontrastverstärkte MR-Untersuchung der hypothalamischen - hypophysären Achse - Depression - aktuell: Beginn Behandlung mit Trittico - Chronisches lumbospondylogenes und myofaszielles Schmerzsyndrom, rechts betont - mässige Spondylarthrose L4-S1, fortgeschrittene Osteochondrose L1/2, Kompaktanseln im Beckenbereich - keine Hinweise für pathologischen ossären Prozess (Szintigraphie vom September 2010)

Die Aktimetrie habe ein absolut instabiles Ruhe-Aktivitätsmuster mit unregelmässigen Bettgehzeiten am Vormittag und unterschiedlicher Bettruhezeit gezeigt; in der Nacht sei der Beschwerdeführer zumeist aktiv. Dessen

Fahreignung sei derzeit nicht gegeben. Es sei ihm dringend eine psychiatrische Behandlung (auch zur Schlafphasenumkehr) empfohlen worden (Urk. 13/33 S. 5). Es liege eine deutliche Aggravation vor. Die Tagesmüdigkeit sei in erster Linie auf den völlig variablen Schlaf-Wach-Rhythmus zurückzuführen, zu dem wohl auch die weiterhin persistierende Depression beitrage (Urk. 13/33 S. 6).

E. 3.2.2

Die Ärzte der Y.____, von denen sich der Beschwerdeführer vom 8. bis 21. Januar 2013 hatte stationär behandeln lassen, stellten im Austrittsbericht vom 18. Januar 2013 folgende Diagnosen (Urk. 13/33 S. 1): - Leichte depressive Episode, ICD-10 F32.0 - mit Schlafstörungen nachts - Chronisches lumbospondylogenes und myofaszielles Schmerzsyndrom, rechtsbetont - Status nach Fraktur der 8. Rippe dorsolateral bei Kontusion im August 2010 - Chronische Gastritis - Cholezystektomie (laut Patient) im März 2012

Der Beschwerdeführer, der schon seit längerem eine stationäre Behandlung gewünscht habe, leide gemäss eigenen Angaben vordergründig an Schlafproblemen. Die Schlafstörung, die nicht verifiziert werden können, sei im Verlauf subjektiv in den Hintergrund getreten (Urk. 13/33 S. 2).

E. 3.2.3

Dr. A.____ berichtete in seinem Schreiben an die IV-Stelle vom 11. Februar 2013 (Urk. 13/34) über eine Veränderung der diagnostischen und therapeutischen Situation seit der Verfügung vom 11. Juni 2012 (Urk. 13/ 32). Aufgrund der der zeitigen medikamentösen Behandlung sei die Ausübung einer Arbeitstätigkeit ausgeschlossen. Diesbezüglich sei eine psychiatrische Beurteilung erforderlich.

E. 3.2.4

Die Neurologen des Z.____ hielten am 11. Juni 2013 fest, gemäss dem Beschwerdeführer sei es weder betreffend den gesundheitlichen Verlauf noch bezüglich der sozialen Probleme (Scheidung, Sorgerechtsstreit) zu einer Veränderung gekommen. Die Aktigraphie habe erneut ein instabiles Ruhe - und Aktivitätsmuster mit Verlagerung der Hauptruhezeit in die späte Nacht bis zur Mittagszeit sowie insgesamt lange Liegezeiten ergeben , was auf eine mangelnde Schlafhygiene hinweise . Auch wenn sich die Befunde gebessert hätten, sei die Fahreignung nach wie vor zu verneinen. Es sei eine tagesklinische psychiatrische Betreuung indiziert, um die Tagesstruktur zu verbessern und die psychopharmazeutische Behandlung zu optimieren (Urk. 13/52 S. 2).

E. 3.2.5

Die Ärzte des Z.____ , Rheumaklinik, stellten am 17. Juli 2013 folgende Diagnosen (Urk. 13/54 S. 1): - Chronisches lumbospondylogenes und myofasiales Schmerzsyndrom , rechtsbetont - mässige Spondylarthrose L4-S1, fortgeschrittene Osteochondrose L1/2, Kompaktinseln Beckenbereich (radiologische Untersuchung vom August 2010) - keine Hinweise für pathologischen ossären Prozess (Szintigraphie vom September 2010) - Skelettszintigraphie vom September 2010: Verdacht auf Kompaktinseln / Osteome Becken und proximaler Femurbereich beidseits, Rippenfraktur 8. Rippe rechts dorsolateral , am ehesten belastungsbedingt ; Differentialdiagnose: entzündliche Mehrbelegung im AC-Gelenk beidseits, beider Ellbogen-, Handwurzel-, MTP-Gelenke II bis V und PIP IV rechts - Chronisches zervikospondylogenes und myofasiales Schmerzsyndrom , rechts betont - segmentale Dysfunktion zervikothorakal - Fraktur der 8. Rippe dorsolateral bei Kontusion im August 2010 - Verdacht auf femoropatelläre Arthrose beidseits - Chronische Gastritis - Subklinische Hypothyreose

Der Beschwerdeführer leide seit Jahren an mehrheitlich belastungsabhängigen, multilokulären Gelenksbeschwerden. Angesichts des mehrjährigen therapieresistenten Verlaufs sei nun eine multimodale stationäre Komplextherapie vorgesehen (Urk. 13/54 S. 2).

E. 3.2.6

Gestützt auf die Akten gelangte die RAD-Ärztin med. pract . B.____ , Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, am 13. August 2013 zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand seit der letzten Beurteilung durch den RAD lediglich insofern verändert habe, als nun zusätzlich Schlafstörungen bestünden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei von einer Arbeitsaufnahme eine Verbesserung der Tagesstruktur und damit auch der Schlafstörungen zu erwarten. Derzeit seien Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer sowie monotone Belastungen zu vermeiden. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkung bestehe in einer Tätigkeit mit dem bereits nach der Erstanmeldung definierten Belastungsprofil weiterhin eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/55 S. 2).

E. 3.2.7

Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 2. Juli bis 10. September 2013 tages klinisch behandelt hatten, stellten die Ärzte des C.____ im Austrittsbericht vom 19. September 2013 folgende Diagnosen (Urk. 13/63 S. 3): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode; ICD-10 F33.0 - Familienzerrüttung durch Trennung; ICD-10 Z63.5

Hauptthemen in den Einzelgesprächen seien die angespannte psychosoziale Situation (Schulden in unbekannter Höhe, drohende Wohnungsräumung der Noch-Ehefrau aufgrund von Mietzinsschulden) und die anhaltenden zerrütteten Familienverhältnisse (laufendes Scheidungs- und Sorgerechtsverfahren) gewesen. Der weitere Verlauf werde insbesondere von der Entwicklung der äusserst schwierigen sozio-familiären Situation abhängen (Urk. 13/63 S. 4 f.).

E. 3.2.8

Am 1. Oktober 2013 stellten die Ärzte des Z.____, Klinik für Rheumatologie, von denen sich der Beschwerdeführer vom 10. bis 28. September 2013 hatte stationär behandeln lassen, folgende Diagnosen (Urk. 13/63 S. 12): - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, rechtsbetont, mit myofaszialen

Befunden - klinisch Myogelosen paravertebral lumbal, rechtsbetont, deutlich verkürzte ischiocrurale

Muskulatur beidseits - Bildgebung - mässige Spondylarthrose L4-S1, fortgeschrittene Osteochondrose

L1/2, Kompaktinseln

Beckenbereich (radiologische Untersuchung vom August 2010) - Skelettszintigrafie vom September 2010: Verdacht auf

Kompaktinsel / Osteom Becken und proximaler

Femurbereich

beidseits, Rippenfraktur 8. Rippe rechts dorsolateral, am ehesten

belastungsbedingte (differentialdiagnostisch entzündliche) Mehrbelegung im AC-Gelenk beidseits, beider Ellenbogen-, Handwurzel-, MTP- Gelenke II bis V und PIP IV rechts; keine Hinweise für

pathologischen ossären Prozess - MRI Lendenwirbelsäule (LWS) / Becken mit intravenösem Kontrastmittel am 11. September 2013: am ehesten mechanisch-degenerative

Veränderungen des rechten ISG, Morbus

Baastrup-ähnliche Veränderungen dorsale LWS;

keine klaren entzündlichen Veränderungen der LWS und der ISG; LWK 3/4:

neuroforaminale

Einengung mit osteodiskogenem Kontakt der Nervenwurzel L3 beidseits; mittelgradige Spondylarthrose; LWK 4/5: neuroforaminale Einengung mit

osteodiskogenem Kontakt der Nervenwurzel L4 beidseits; mittelgradige Spondylarthrose - CT Thorax/Oberbauch vom 20. September 2013: normale native thorakale

Computertomographie,

insbesondere keine Pathologien im Bereich der rechten unteren Thoraxapertur ,
nebenbefundlich

einzelne kleine indeterminierte pleuraständige

Noduli

beziehungsweise Verdichtungen beidseits (differentialdiagnostisch

am ehesten narbig/postentzündlich), kleine hypodense Leberläsion im Segment VIII
(Differentialdiagnose: Zyste) - Behandlung - Status nach Sakralblock mit 80 mg Kenacort
am 13. September 2013 - multimodale rheumatologische Komplexbehandlung 93. 38.02 -
Chronisches zervikospindylogenes und zervikozephalales

Schmerzsyndrom rechts mit

myofaszialen Befunden - klinisch segmentale Dysfunktion zervikothorakal , Myogelosen
paravertebral untere Halswirbelsäule (HWS) rechts, Musculus

trapezius rechts, paravertebral mittlere Brustwirbelsäule (BWS) rechts - Status nach
HWS-Mobilisation mittels Traktion am 10. September 2013 - Schmerzchronifizierung mit
psychischen und somatischen Faktoren, chronifizierte , aktuell

leichte bis mittelschwere depressive Episode - psychosoziale Belastungssituation -
Chronische Gastritis, chronische Diarrhoe , seit Jahren - Verdacht auf Colon irritabile -
Chronischer Nikotinkonsum, anhaltend, seit Jahren - Status nach traumatischer Fraktur
Costa 8 rechts dorsolateral nach Thoraxkontusion im August 2010

Die stationäre Behandlung sei zur multimodalen rheumatologischen Komplexbehandlung
bei

seit 17 Jahren bestehenden chronischen paravertebralen Schmerzen erfolgt. Das
Beschwerdebild sei im Wesentlichen im Rahmen eines myofaszialen Schmerzsyndroms
zu interpretieren; die Beinschmerzen seien wohl vor dem Hintergrund einer Verkürzung der
ischio-cruralen Muskulatur zu sehen . Es liege eine

Schmerzchronifizierung mit psychischen und

somatischen Faktoren vor;

überdies besteht heute aktuell eine leichte bis mittelschwere

depressive Episode. Im Rahmen des zweiwöchigen Klinikaufenthalts sei es zu einer subjektiven
Verbesserung der zervikozephalalen und

lumbospindylogenen Schmerzen um 20 bis 30 % gekommen , objektiv habe während der
gesamten Dauer der Hospitalisation eine uneingeschränkte Mobilität bestanden . Die
Rehabilitation sei erschwert worden durch die psychosoziale Belastungssituation bei
laufender Ehescheidung und derzeit noch ausstehendem

Sorgerechtszuspruch betreffend den Sohn (Urk. 13/63 S. 13). Es sei eine Physiotherapie zur
Konsolidierung des Heimprogrammes und zur lumbothorakalen Stabilisierung indiziert . Es
sei zu hoffen, dass die Klärung der psychosozialen Belastungssituation eine Schmerz
verbesserung bringen werde . Die Ärzte attestierten eine vollumfängliche Arbeits
unfähigkeit während der Dauer des Aufenthalts (Urk. 13/63 S. 13 f.).

E. 3.2.10

Die Neurologen des Z.____ gaben am 19. November 2013 an, der (erneute) entsprechende Test habe beim Beschwerdeführer, der nun eine Schlafhygiene einhalte, erfreulich erweise eine vollumfängliche Wachbleibe fähigkeit in monotonen Situationen ergeben. Aus schlafmedizinischer Sicht sei die Fahreignung daher wieder uneingeschränkt gegeben. Weitere Kontrollen seien nicht vorgesehen (Urk. 13/74 S. 19 f.).

E. 3.2.11

Die – ambulant behandelnden – Ärzte der Y.____ stellten am 10. Januar 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/67 S. 2): - Depression, aktuell leichte bis mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom, ICD-10 F32.11 - bestehend seit mindestens 2011 in unterschiedlicher Ausprägung - Schweregrad zwischen schwer- bis leichtgradig ausgeprägt, seit 2011 nie eine Vollremission erreicht,

aktuell nach Austritt aus der Tagesklinik in leicht- bis mittelgradiger

Ausprägung - teilweise als psychoreaktiv/exogen beurteilt im Rahmen einer seit Jahren bestehenden psychosozialen

Belastungssituation (Trennung, Scheidung, Sorgerechtsstreit, finanzielle Nöte/Schulden) - Störungen durch Sedativa oder Hypnotika, schädlicher Gebrauch, ICD-10 F13.1

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten nachstehende Diagnosen: - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, rechtsbetont (seit 17 Jahren) - Chronisches zervikozervikales und zervikozervikales

Schmerzsyndrom rechts - Chronische Gastritis - Status nach

Cholezystektomie 2011 - Verdacht auf Colon irritabile

bei chronischer Diarrhoe (seit zwei Jahren) - Status nach traumatischer Fraktur der Costa 8 rechts dorsolateral nach Thoraxkontusion

im August 2010 - Hypovitaminose - Vitamin D-Mangel, aktuell substituiert - Subklinische Hypothyreose (19. Juni 2013)

Es fanden zirka alle zwei Wochen supportive Gespräche statt, wobei sich deren Fokus auf eine Psychoedukation (Alltagsbewältigung, Tagesstrukturierung, adäquate Medikamenteneinnahme) richtete; zudem erfolge eine Psychopharmakotherapie (Urk. 13/67 S. 4). Im Rahmen der Behandlung erzielte leichtgradige Verbesserungen der depressiven Symptomatik (Schlafhygiene, Medikamentencompliance, Tagesstrukturierung) hielten jeweils nur kurzfristig an, da die künftige Entwicklung der äusserst schwierigen sozio-familiären Situation weiterhin unklar bleibe (laufendes Scheidungs- und Sorgerechtsverfahren, drohende Wohnungsräumung der Noch-Ehefrau, bei welcher die Kinder lebten; Urk. 13/67 S. 3). Aus rein psychiatrischer Sicht habe in den Jahren 2012 und 2013 eine zwischen 20 und 50 % fluktuierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Verkäufer bestanden (Urk. 13/67 S. 4). Längerfristig sei mit einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu rechnen, wobei sich die Reintegration prognostisch schwierig gestalten werde (Urk. 13/67 S. 5).

E. 3.2.12

Die wegen unklarer Abdominalbeschwerden am 22. Januar 2014 durchgeführten Untersuchungen (Koloskopie [vgl. Bericht Z.____, Klinik für Gastroenterologie und

Hepatology, vom 22. Januar 2014; Urk. 13/74 S. 31] und Biopsie der Dünn- und der Dickdarmschleimhaut [vgl. undatierter Bericht Z.____, Institut für Klinische Pathologie; Urk. 13/74 S. 33])

ergaben einen unauffälligen Befund .

E. 3.2.13

Das MRI des Darms vom 7. Februar 2014 zeigte keine Hinweise auf eine inflammatorische Darmerkrankung (vgl. Bericht Z.____, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, vom 7. Februar 2014 ; Urk. 3/7 S. 1).

E. 4.1

In physischer Hinsicht hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach Lage der Akten seit der ursprünglichen (unangefochten in Rechtskraft erwachsenen) leistungsabweisenden Verfügung vom 11. Juni 2012 (Urk. 13/32) nicht erheblich verschlechtert. So gaben die Rheumatologen des Z.____ am 17. Juli 2013 an, die – schon im Bericht vom 29. September 2011 (Urk. 13/19) dokumentierten - (mehrheitlich belastungsabhängigen) multilokulären Gelenksbeschwerden erwiesen sich seit Jahren als therapieresistent (Urk. 13/54 S. 2) ; die in der Folge im September 2013 durchgeführte stationäre Behandlung begründeten sie am 1. Oktober 2013 mit bereits seit 17 Jahren bestehenden chronischen panvertebralen Schmerzen (Urk. 13/63 S. 13).

Auch die Abdominalbeschwerden , für welche sich im Rahmen der im Januar und Februar 2014 durchgeführten Darmuntersuchungen keine organische Ursache feststellen liess (Urk. 13/74 S. 31 ff. und Urk. 3/7 S. 1) und denen nach Lage der Akten ohnedies keine einschränkende Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukommt (vgl. etwa Urk. 13/67 S. 2) , sind gemäss den Ärzten des Z.____ schon seit Jahren vorhanden (vgl. Bericht vom 1. Oktober 2013, Urk. 13/63 S. 13). Eine anspruchrelevante Verschlimmerung der organisch objektivierbaren Gesundheitsstörungen ist auch aufgrund der Beurteilungen des Hausarztes Dr. A.____ nicht anzunehmen.

Dieser begründete die von ihm am 11. Februar 2013

– wie schon vor Erlass der ersten leistungsabweisenden Verfügung vom 11. Juni 2012 (Urk. 13/32; vgl. Bericht vom 6. März 2012 [Urk. 13/23 S. 2]) – attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nämlich nicht etwa mit einer Verschlechterung der somatischen Befunde, sondern (ausschliesslich) mit den Nebenwirkungen der – aus psychischen Gründen eingenommenen – Medikamenten (Urk. 13/34) , und gab am 25. Oktober 2013 (erneut) an, die gänzliche Arbeitsunfähigkeit bestehe schon seit 27. Januar 2011 (Urk. 13/63 S. 2).

E. 4.2

Was den psychischen Gesundheitszustand anbelangt, leidet der Beschwerdeführer neu an einer Schlafstörung beziehungsweise an Tagesschläfrigkeit. Diese Beschwerden sind aufgrund der fundierten einschlägigen Abklärungen nicht mit einem organisch objektivierbaren Gesundheitsschaden, sondern mit einer mangelnden Schlafhygiene (vgl. Urk. 13/33 S. 5 f. , Urk. 13/52 S. 2 , Urk. 13/67 S. 3) beziehungsweise mit psychosozialen Belastungsfaktoren (Trennungs- beziehungsweise Scheidungsverfahren , Sorgerechtsstreit, Schulden

[vgl. Urk. 13/18 S. 2, Urk. 13/33 S. 2, Urk. 13/52 S. 2 , Urk. 13/63 S. 3 f f. und S. 13 , Urk. 13/67 S. 2 f.]) zu erklären. Letztere sind, wie aus den zitierten medizinischen Akten übereinstimmend hervorgeht, auch ursächlich für die – gemäss Beurteilung der Ärzte der Y.____ (in variierender Ausprägung) seit mindestens 2011 bestehende (Urk. 13/67 S. 2) und nach Angaben des Beschwerdeführers mittlerweile weitgehend remittierte (Urk. 1 S. 1) - depressive Symptomatik. Gemäss den Neurologen des Z.____ hat die Einhaltung einer Schlafhygiene zwischenzeitlich zu einer erheblichen Verbesserung der Tagesschläfrigkeit und damit (aus schlafmedizinischer Sicht) zum Wiedererlangen der vollen Fahrtauglichkeit geführt (vgl. Bericht vom 19. November 2013, Urk. 13/74 S. 19 f.).

Ob überhaupt und gegebenenfalls inwieweit es aus psychischer Sicht zu einer sich auf das Leistungsvermögen auswirkenden dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen ist, braucht vorliegend nicht abschliessend geprüft zu werden. Da psychosoziale und soziokulturelle Faktoren recht sprechungsgemäss nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinne des Gesetzes zu verstehen sind, vermögen die Schlafstörung und die depressive Symptomatik , welche - wie dargelegt - durch ungünstige soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastungsfaktoren nach Lage der Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wieder verschwinden (vgl. hierzu insbesondere Austrittsbericht C.____ vom 19. September 2013; Urk. 13/63 S. 4 f.) , jedenfalls keinen Rentenanspruch zu begründen (vgl. hierzu etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 E 4.2 in fine , 9C_578/2007 vom 13. Februar 2008 E. 2.2 in fine sowie 9C_161/2009 vom 18. September 2009 E. 2.2 in fine).

E. 4.3

Da sich der physische und psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem Gesagten seit der am 11. Juni 2012 verfügten Abweisung des ersten Leistungsgesuchs (Urk. 13/32) nicht in anspruchsrelevanter Weise verschlechtert hat , erweist sich die erneute Rentenverweigerung als rechtmässig . Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

E. 5

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit . a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 700.-- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 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 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 1

5. 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub-Fischer

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