

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00420 vom 15. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00420

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00420 du 15 juin 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00420 del 15 giugno 2015

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Gemäss

Art. 28 Abs. 1

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente , wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente , wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

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 (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).

E. 1.4

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 1. 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).

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

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 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 auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad 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 zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b.cc).

E. 1.6

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 anzugeben, 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.). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 11. März 2014 (Urk. 2) davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht verändert hat. Wohl sei dieser in der angestammten Tätigkeit als Landschaftsgärtner nicht mehr arbeitsfähig, eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm jedoch weiterhin zu 100 % zumutbar. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit könne er bei einem Invaliditätsgrad von 20 % ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Daran hielt sie in der Beschwerdeantwort fest (Urk. 7). 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1), die rheumatologische Begutachtung sei nicht auf dem neuesten Stand. Aufgrund einer erneut aufgetretenen Tangierung der Nervenwurzel L3 und L5 sei eine weitere Operation geplant. In psychiatrischer Hinsicht sei der veraltete Zustand der Vorakten zu beanstanden. Der letzte im Gutachten zitierte Bericht datiere vom 19. August 2011 und sei im Zeitpunkt der Begutachtung mehr als zwei Jahre alt gewesen. Dies falle umso mehr ins Gewicht, als er nach wie vor in psychiatrischer Behandlung stehe und die Fortsetzung derselben auch gutachterlich empfohlen worden sei. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der massgebliche Sachverhalt zwischen der vom Gericht mit Urteil vom 25. Februar 2011 (Urk. 8/61) bestätigten Verfügung vom 20. August 2009 (Urk. 8/54) und der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2014 (Urk. 2) in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat. 3. 3.1

Das Gericht stützte sich im Urteil vom 25. Februar 2011 (Urk. 8/61) auf das Gutachten des Y.____ vom 11. Dezember 2008 (Urk. 8/36) und schloss, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Landschaftsgärtner seit November 2005 vollständig arbeitsunfähig sei. Dagegen könne ihm eine behinderungsangepasste Tätigkeit uneingeschränkt zugemutet werden (Urk. 8/61 E. 4.4). 3.2

Im Gutachten des Y.____ vom 11. Dezember 2008 (Urk. 8/36) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 39 Ziff. 6.1): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont - myostatische Insuffizienz - Fehlhaltung - diskrete Facettengelenksarthrose LWK3/4, LWK4/5 und LWK5/SWK1 beidseits - anlagebedingter, etwas enger Spinalkanal mit diskreter zentraler Spinalkanalstenosierung LWK3/4 wegen Segmentdegeneration ohne Nervenwurzelkompression - aktuell ohne radikuläre Symptomatik und ohne weiteres nachweisbares pathologisch-anatomisches Korrelat

Die internistische Untersuchung habe keine Befunde ergeben, welche eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers begründen könnten. Aus rheumatologischer Sicht könnten die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nur zu einem sehr geringen Teil aus den genannten Diagnosen erklärt werden. Es bestehe eine auffällige Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden und den demonstrierten Beschwerden und Schmerzen. Der die Arbeitsfähigkeit limitierende Gesundheitsschaden lasse sich durch die eingeschränkte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule formulieren. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit liege jedoch aus rheumatologischer Sicht kein Gesundheitsschaden vor, welcher eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründen könnte. Aus psychiatrischer Sicht sodann liessen sich keine Symptome herausarbeiten, welche die Diagnose einer psychischen Erkrankung rechtfertigten (S. 42 f. Ziff. 7.3).

Insgesamt lasse sich aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht für die zuletzt ausgeübte körperlich schwere Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit feststellen. Hingegen bestehe sowohl aus rheumatologisch-orthopädischer als auch aus psychiatrischer Sicht für eine behinderungsangepasste, leichte bis mittelschwere Tätigkeit, ohne mehr als gelegentliches Arbeiten über der Armhorizontalen sowie in Zwangshaltungen, keine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit (S. 44 Ziff. 7.4). Retrospektiv sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Rückenschmerzen seit November 2005 zu 100% arbeitsunfähig sei. Aus internistisch-chirurgischer Sicht habe eine volle Arbeitsunfähigkeit während der Hospitalisationen im Mai/Juni 2006, im März und April 2007 sowie im März 2008 bestanden. Seit März 2008 bestehe aus internistisch-chirurgischer Sicht eine vollständige Remission mit voller Arbeitsfähigkeit (S. 44 Ziff. 7.5). 3.3

In Nachachtung des Urteils vom 22. Februar 2013 (Urk. 8/83), worin festgehalten wurde, dass gestützt auf die aktuellen Arztberichte (vgl. E. 4.2 – 4.8) nicht schlüssig beurteilt werden könne, ob in den neu aufgetretenen somatischen Beschwerden eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes erblickt werden könne und die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit deswegen beeinträchtigt sei, holte die Beschwerdegegnerin zur Klärung des aktuellen Gesundheitszustandes das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH Z.____, Fachärztin für

Innere Medizin und Rheumatologie, vom 9. November 2013 (Urk. 8/93) und das psychiatrische Gutachten (mit interdisziplinärer Zusammenfassung und Beurteilung) von Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. November 2013 (Urk. 8/95) ein. 3.4

Dr. Z.____

nannte

im Gutachten vom 9. November 2013 folgende rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/93 S. 110): - Iumbospondylogenes Syndrom links bei anlagebedingtem mässig engem Spinalkanal L3/L4 und - Status nach zwei Lendenwirbelsäule

(LWS)-Operationen am - 15. Januar 2013: interlaminäre Fensterung L4/L5 links mit Recessotomie und Dekompression der Nervenwurzel L5 links und interlaminäre Fensterung L2/L3 mit Dekompression beidseits und - postoperative Wundheilungsstörung mit - akuten epiduralen Hämatomen und - oberflächlichem Wundinfekt - mit

konservativer Therapie und - rückläufigem bildgebenden Befund (MRI Februar 2013) und am - 3. Dezember 2009: interlaminäre Fensterung L3/L4 links - ohne radikuläre Zeichen

In der rheumatologischen Beurteilung führte die Gutachterin aus (S. 111 f.), d er Beschwerdeführer sei mit einem etwas engen lumbalen Spinalkanal zur Welt gekommen. Er sei wegen lumbalen Beschwerden zweimal an der LWS operiert worden. Er klage über lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in das ganze linke Bein. Ausserdem berichte er über verminderte Kraft und Sensibilität des linken Beines. Deshalb müsse er beim Gehen stets zwei Krücken verwenden.

In der klinischen Untersuchung fielen Diskrepanzen auf. Es sei ein Übergewicht vorhanden mit einem Body Mass Index von 27.5 kg/m². Die Prüfung der Beweglichkeit der LWS gelinge wegen kraftvoller Gegenspannung nicht. Die Brust (BWS) - und die Halswirbelsäule (HWS) seien normal beweglich. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Nirgends seien Gelenkergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke vorhanden. Gegenwärtig gebe es daher keinen klinischen Hinweis auf eine Arthritis. Die Muskulatur sei liegend geprüft nirgends verspannt. Die Bioimpedanz-Analyse zeige trotz Übergewichts eine erfreulich grosse Muskelmasse von 57 %, welche den Normwert von 40 % weit übertreffe. Eine lang andauernde körperliche Schonung habe daher nicht stattgefunden. Der maximale Wadenumfang sei beidseits gleich. Eine lang andauernde Schonung des linken Beines oder eine verminderte Muskelmasse der linken Wade durch Schonung oder Kraftlosigkeit könne daraus nicht abgeleitet werden.

Die MRI-Untersuchung der LWS im Februar 2013 zeige einen deutlich rückläufigen Befund der postoperativen epiduralen Hämatome. Die beiden MRI-Untersuchungen der HWS im Oktober 2009 und Juli 2011 hätten im Wesentlichen einen altersentsprechenden Befund ergeben. Da er nicht über zervikale Beschwerden klage und die zervikalen klinischen und bildgebenden Befunde normal seien, würden keine Diagnosen im zervikalen Bereich gestellt.

Beim Ausziehen der Socken nehme d er Beschwerdeführer auf der Untersuchungsliege spontan den Langsitz ein und verharre so ohne erkennbare vermehrte Schmerzäusserung. Diskrepant dazu sei, dass er unmittelbar danach beim Prüfen des Lasègue links bereits ab 45° starke Schmerzen äussere und keine weitere Prüfung des Lasègue zulasse. Da kein reflektorischer Bewegungs-widerstand feststellbar sei, handle es sich keinesfalls um einen pathologischen Lasègue, sondern am ehesten um eine Verdeutlichungstendenz.

Die Angaben, wonach der Beschwerdeführer nur 200 Meter weit gehen und nicht lange sitzen könne, seien nicht verifiziert und könnten aus den Befunden nicht abgeleitet werden. Immerhin sei er im Juni 2013 in der Lage gewesen, als Beifahrer im Auto 1'900 Kilometer nach B.____ zu reisen und im Auto auch wieder nach C.____ zurückzukehren.

Im Blut fänden sich nur minimale Spuren des Harnsäure-senkenden Medikaments Zyloric, welche weit unterhalb des therapeutischen Bereichs lägen. Die lange Eliminationshalbwertszeit des Oxypurinols (Stoffwechselprodukt des Zylorics) von 13 bis 30 Stunden deute darauf hin, dass er die Tablette am Morgen des Untersuchungstages nicht eingenommen habe. Von den übrigen fünf geprüften Medikamenten fänden sich keine Spuren in seinem Blut bzw. Urin. Er habe daher mit Sicherheit sämtliche Medikamente am

Morgen des Untersuchungstages nicht eingenommen. Bei der langen Eliminationshalbwertszeit des Psychopharmakums

Risperidon von 24 Stunden habe er sicher schon mindestens drei Einnahmeterminale verpasst. Die Analyse seiner Haare zeige sogar, dass er im Zeitraum von Anfang Juli bis Anfang Oktober 2013 keinen nennenswerten Konsum des Schmerzmittels Targin oder irgendeines anderen opioidhaltigen Medikaments gehabt habe. Er mache daher offenbar sichtlich falsche Angaben zu seinem Medikamentengebrauch.

Die Arbeitsfähigkeit schätzte die Expertin dahingehend ein (S. 113), dass in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei. Der Beschwerdeführer sei durch die eingeschränkte Funktion der LWS limitiert. Rückenfunktionseinschränkungen könnten sich je nach Art und Ausmass unterschiedlich auf die Fähigkeit auswirken, häufig Lasten ohne Hilfsmittel zu heben und zu tragen. Das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung – ob stehend oder sitzend – sei zu vermeiden. Ebenso seien unerwartete, asymmetrische Lastwirkungen auszuschliessen. Eher günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten. Der Beschwerdeführer könne Lasten bis zu 10 kg heben oder tragen (leichtes Belastungsniveau). Für eine angepasste Tätigkeit habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden, es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Pensum von 100 %. 3. 5

Dr. A. ___ konnte im psychiatrischen Gutachten vom 18. November 2013 keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen (Urk. 8/95 S. 7).

In der psychiatrischen Beurteilung legte der Experte dar (S. 7), beim Beschwerdeführer seien aufgrund der anamnestischen Angaben und vorhandenen Akten weder eine genetische Vulnerabilität noch Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen festzustellen. Seine Kindheits- beziehungsweise Persönlichkeitsentwicklung sei ohne gravierende traumatische Ereignisse verlaufen und damit ergäben sich keine Hinweise auf die Bildung einer Persönlichkeitsstörung. Er habe im Heimatland die Grundausbildung abgeschlossen und damit könnten bei ihm sowohl eine Intelligenzminderung als auch Verhaltensstörungen oder sonstige psychische Probleme mit Krankheitswert in der Kindheit und Pubertät ausgeschlossen werden. Der Beschwerdeführer sei im Erwachsenenalter bis zum Ausbruch seiner muskuloskelettalen Schmerzen im Jahr 2005 den sozialen Anforderungen ohne Probleme gewachsen gewesen und damit könnten bei ihm prämorbid psychische Probleme mit Krankheitswert inklusive einer Persönlichkeitsstörung auch im Erwachsenenalter klar ausgeschlossen werden. Nach dem Verlust der Tagesstruktur sei es bei sehr belastender finanzieller Situation zur Entwicklung einer Anpassungsstörung mit Anspannungen, Ärger, Sorgen, Zukunftsängsten und Stimmungseinbrüchen gekommen, die auch im Bericht des behandelnden Psychiaters dokumentiert worden sei. Im gleichen Bericht sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren postuliert worden, die aber nicht bestätigt werden könne. Beim Beschwerdeführer seien weder anamnestisch noch aktenmässig schwerwiegende bewusste/unbewusste emotionale Konflikte oder eine schwerwiegende belastende psychosoziale Situation zu eruieren und damit könne ihm keine Diagnose aus dem somatoformen Formenkreis bestätigt werden. Seine belastende finanzielle Situation und das Getrenntsein von seiner Familie seien als „Lebensrisiko“ und nicht als

schwerwiegende bzw. aussergewöhnliche Belastung anzunehmen. Der Beschwerdeführer sei im Oktober 2008 psychiatrisch untersucht und begutachtet worden und dabei sei ihm ebenfalls keine Diagnose aus dem somatoformen Formenkreis gestellt worden. Im Gutachten seien allerdings finanzielle Sorgen, Gereiztheit und gedrückte Stimmung dokumentiert, jedoch ohne Ausmass einer eigenständigen psychiatrischen Erkrankung nach ICD. Der Explorand habe gemäss Bericht des behandelnden Psychiaters eine psychiatrische Behandlung aufgenommen. Es sei davon auszugehen, dass es ab mindestens 2009 zu einem Ausbruch der Anpassungsstörung gekommen sei, welche auch anlässlich der aktuellen Exploration festgestellt werden können. Trotz der diagnostizierten Anpassungsstörung weise der Beschwerdeführer keine Einschränkungen der psychokognitiven Funktionen auf, was auch testpsychologisch zu bestätigen gewesen sei. Die leichte depressive Symptomatik, die Ängstlichkeit, der Ärger und zum Teil die Resignation schränken die Arbeitsfähigkeit nicht ein. Damit könne ihm aus psychiatrischer Sicht bei vollständig erhaltenen psychokognitiven Funktionen (Gedächtnisfunktionen , Auffassungsvermögen, Merkfähigkeit, Konzentrationsvermögen, geistige Flexibilität, Antrieb und Psychomotorik) keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. 3. 6

In der interdisziplinären Zusammenfassung und Beurteilung (Urk. 8/95 S. 9 f.) wurden die im rheumatologischen Gutachten aufgeführten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wiederholt. In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gingen die Experten davon aus, dass in der angestammten Tätigkeit seit 4. November 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht. Für eine adaptierte Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus rheumatologisch-psychiatrischer Sicht nie über längere Zeit arbeitsunfähig gewesen. Durch die eingeschränkte Funktion der LWS sei er limitiert. Er könne Lasten bis zu 10 kg heben oder tragen (leichtes Belastungsniveau). Aus psychiatrischer Sicht bestehe kein Bedarf nach adaptierten Tätigkeiten. 3. 7

Mit Bericht vom 11. April 2014 diagnostizierten die Ärzte der Wirbelsäule-Sprechstunde der D.____

folgendes (Urk. 18 /1) : - vollständige Fussheberparese bei - Status nach Dekompression L2/3 beidseits und links und L4/5 links am 15. Januar

E. 6

).

Am 9. Mai 2007 meldete er sich wegen Rückenbeschwerden sowie den Folgen dieser Stichverletzung bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/6 Ziff. 7.2 und Ziff. 7.8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneint einen Rentenanspruch mit Verfügung vom 21. August 2009 (Ur. 8/54), was mit unangefochten gebliebenem Urteil des hiesigen Gerichts vom 25. Februar 2011 bestätigt wurde (Prozess Nr.

IV.2009.00932 ; Urk. 8/61).

E. 6.1

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand fest zulegen und vorliegend auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.2

Die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsvertretung wird gestützt auf § 9 in Verbindung mit § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht sowie in Verbindung mit § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen bemessen, wobei ein unnötiger oder geringfügiger Aufwand nicht ersetzt wird.

In seiner Honorarnote vom 4. Juni 2015 machte Rechtsanwalt Dominique Chopard einen Aufwand von 8. 64 Stunden und Barauslagen von Fr. 76.-- geltend (Urk. 21). Dies erscheint als angemessen und führt, ausgehend von einem bis 31. Dezember 2014 gültig gewesenen gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr.

200. -- (zuzüglich Mehrwertsteuer) , zu einer Entschädigung von Fr. 1'948.30 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer). Rechtsanwalt Dominique Chopard ist deshalb für seine anwaltlichen Bemühungen mit Fr. 1'948.30 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dominique Chopard, Zürich, wird mit Fr. 1'948.30 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 6 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

E. 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. 13

- post operative Wundheilungsstörung - Status nach Dekompression L3/4 links am 3. Dezember 09 - Status nach Kristallarthritis linkes Sprunggelenk und linkes Knie - Status nach Unterschenkelfraktur links 1990 - Depression - Status nach penetrierendem Trauma thorakal links 2006

Es zeige sich eine komplette Fussheberparese links sowie eine unklare Schwäche der gesamten linken unteren Extremität, welche gemäss Angaben des Beschwerdeführers seit der letzten Operation im Jahr 2013 besteht. Die Frage, ob bei dieser chronischen komplexen Situation eine nochmalige Operation notwendig sei, könne zurzeit aufgrund der fehlenden Aufnahmen der Magnetresonanztomographie

(MRI) nicht beurteilt werden.

Am 7. Mai 2014 berichteten die Ärzte (Urk. 18/2), die vor vier Monaten durchgeführte MRI-Untersuchung habe eine Kompression der L5-Wurzel ergeben. Zur Quantifizierung der motorischen Ausfälle und zur Frage nach Regenerationspotenzial werde eine neurologische Untersuchung durchgeführt. Zudem erfolge eine neue MRI-Untersuchung zur Beurteilung der aktuellen Situation und wegen nicht ganz optimaler Qualität der letzten MRI -Aufnahmen .

Mit Bericht vom 23. Mai 2014 (Urk. 18/3) stellten die Ärzte fest, in der neurophysiologischen Untersuchung sei die Beinschwäche links nicht objektivierbar. Auch in der MRI-Untersuchung der LWS zeige sich kein bildmorphologisches Korrelat im Sinne einer relevanten Nervenwurzelkompression, die die

Beinschwäche erklären könnte. Um die Diagnostik zu vervollständigen werde noch ein MRI der HWS und der BWS durchgeführt.

Am 18. Juni 2014 (Urk. 18/14) berichteten die Ärzte, der Beschwerdeführer klagt über unveränderte Beschwerden im Bereich der Beine. Erstmals gebe er Beschwerden in der HWS mit Ausstrahlung in den linken Arm an, welche schon seit Jahren bestünden. Zudem gebe er Parästhesien im Bereich des linken Armes an.

Die Problematik des linken Beines könne weiterhin nicht erklärt werden. Hinsichtlich der linken oberen Extremität stelle sich die Frage nach einer C5/6-Radikulopathie rechts. Ein radiologisches Korrelat könne nicht klar eruiert werden, weshalb eine neurologische Beurteilung mit der Frage nach einer Radikulopathie veranlasst werde.

Am 29. Juli 2014 berichteten die Ärzte (Urk. 18/5), die neurophysiologische Untersuchung habe eine leichte chronische Schädigung der Nervenwurzel C5 links ergeben. Es sei ein indirekter Nervenwurzelblock C5 links durchgeführt worden. 4. 4.1

Wie bereits im Urteil vom 22. Februar 2013 festgestellt, waren im Zeitpunkt der ersten Verfügung vom 20. August 2009 die lumbalen Rücken- und die Knie schmerzen bekannt und flossen in die gerichtliche Beurteilung vom 25. Februar 2011 ein (vgl. Urk. 8/83 E. 5.1), wobei damals davon ausgegangen wurde, dass sich die Kniebeschwerden neben den Rückenschmerzen nicht zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (vgl. Urk. 8/83 E. 4.3). 4.2

Die Gutachten

Dr. Z.____

(E.

3.4) geht von keiner Verschlechterung des Gesundheitszustands aus. Knieschmerzen wurden im Gutachten nicht einmal mehr erwähnt und der Beschwerdeführer machte solche weder im Einwand vom 23. Dezember 2013 (Urk. 8/102), in der Einwandergänzung vom 31. Januar 2014 (Urk. 8/105) noch in der Beschwerde (Urk. 1)

geltend. 4.3

Das Gutachten von Dr. Z.____ vom 18. November 2013 (E. 3.4) erfüllt in jeder Hinsicht die praxismässigen Kriterien (vgl. E. 1.6). Es basiert auf den notwendigen internistisch-rheumatologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers. Der Gutachter in stand die Akten der Beschwerdegegnerin zur Verfügung, worin namentlich die relevanten medizinischen Berichte enthalten waren. Sie berücksichtigte sodann die geklagten Beschwerden und setzt e sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind auch die Schlussfolgerungen der medizinischen Expertin in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nach vollziehen kann. 4.4

Was die monierte über mässige Weitschweifigkeit des Gutachtens betrifft, umfasst dieses zwar 118 Seiten und erscheint auf den ersten Blick sehr umfangreich. Allerdings ist zu bedenken, dass sich der grösste Teil des Gutachtens mit der Aktenlage und fremdanamnistischen Angaben befasst (S. 5 bis S. 100). Es ist der Gutachterin nicht überlassen, welche Akten sie zitieren möchte, sondern sie hat die Aktenlage lückenlos wiederzugeben. Wie ausführlich sie die einzelnen medizinischen Berichte zitiert, liegt im Ermessen der Expertin. Insbesondere wenn - wie vorliegend -

das Gutachten ein Inhaltsverzeichnis enthält und die medizinischen Akten übersichtlich mit Fett- und Normaldruck zitiert, stellt der Umfang keine Zumutung an den Leser dar. 4.5

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, inhaltlich sei die rheumatologische Begutachtung nicht auf dem neuesten Stand, da aufgrund einer erneut aufgetretenen Tangierung der Nervenwurzeln L3 und L5 wieder eine Operation geplant sei (Urk. 1 S. 5 Ziff. 5), kann ihm nicht gefolgt werden. Nach MRI- und neurophysiologischen Untersuchungen durch die Ärzte der D.____ (E.

3.7) konnte weder ein Hinweis auf eine Denervierung im musculus tibialis

anterior linksseitig noch eine relevante Nervenwurzelkompression gefunden werden. In der Folge klagte der Beschwerdeführer über Beschwerden in der HWS mit Ausstrahlung in den

linken Arm und Parästhesien im Bereich des ganzen Armes, worauf die Ärzte eine chronische Radikulopathie C5 bei Unkovertebralarthrose C4/5 diagnostizierten, und einen Nervenwurzelblock C5 links durchführten. Weder wurde eine Rückenoperation in Betracht gezogen, noch eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit attestiert.

Auf fallend im Zusammenhang mit den geltend gemachten zervikalen Beschwerden mit Ausstrahlung in den linken Arm ist, dass der Beschwerdeführer darüber im Gutachtenzeitpunkt nicht klagte und die zervikalen klinischen und bildgebenden Befunde normal waren, weshalb keine Diagnosen im zervikalen Bereich gestellt wurden (vgl. 3.4). Auch in den Arztberichten der D. ___ wurden zervikale Beschwerden erst wieder im Juni 2014 (vgl. E. 3.7) erwähnt, obwohl der Beschwerdeführer unter anderem deswegen dort im September 2011 untersucht und eine Zervikobrachialgie links diagnostiziert worden war (vgl. Urk. 8/66/1-2). Dies lässt doch darauf schliessen, dass es sich bei den Beschwerden nicht um anhaltende, sondern jeweils kurzfristige Beeinträchtigungen handelt. Der zumindest zeitweise Verzicht auf die Einnahme der verordneten Schmerzmedikamente, welche im Zeitpunkt der Begutachtung im Blut nicht nachgewiesen werden konnten, untermauert diesen Schluss. 4.6

Was der Beschwerdeführer gegen das psychiatrische Gutachten (E. 3.5) vor bringt, verfängt nicht. Der Gutachter hat den einzigen sich in den Akten befindlichen Bericht des behandelnden Psychiaters in seinem Gutachten referiert. Sache des Gutachters ist nicht, aktuelle Berichte der behandelnden Ärzte einzufordern, sondern eigene Untersuchungen durchzuführen und sich mit den bestehenden, sich in den Akten befindlichen Berichten auseinander zu setzen. Dies hat Dr. A. ___ getan, weshalb auf sein Gutachten abgestellt werden kann, wonach beim Beschwerdeführer keine psychische Erkrankung mit Krankheitswert vorliegt. Aus dem Umstand, dass die Wirbelspezialisten der D. ___ (E. 3.7) in ihrem Bericht vom 11. April 2014 eine Depression diagnostizierten, kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, kann dem Bericht doch nicht entnommen werden, dass diese von einem Facharzt gestellt worden ist. 5.

Zusammenfassend ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der erstmaligen abweisenden Verfügung nicht ausgewiesen. Da sich gemäss Aktenlage auch die erwerblichen Auswirkungen in der Zwischenzeit nicht derart geändert haben, dass nunmehr der Anspruch auf eine Invalidenrente entstanden wäre, und dies vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wird, hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint. 6.

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