

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00022 vom 21. Dezember 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00022

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00022 du 21 décembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00022 del 21 dicembre 2015

Erwägungen

E. 1

Der 1970 geborene X.____, welcher über keine Berufsausbildung verfügt, reiste 1988 in die Schweiz ein und war ab November 1999 bei der Y.____ als Lagerist tätig (Urk. 11/9 und Urk. 11/23/1-2). Am 26. Januar 2010 (Eingangsdatum) meldete er sich bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf seit dem 21. Oktober 2009 bestehende Rückenbeschwerden erstmals zum Leistungsbezug an (Urk. 11/9, 11/11). Die Arbeitsstelle wurde ihm per 31. Juli 2010 gekündigt (Urk. 11/28/5); seither war er nicht mehr erwerbstätig (Urk. 11/115). Nach getätigten medizinischen und erwerblichen Abklärungen hielt die IV-Stelle dafür, dass dem Versicherten eine wechselbelastende leichte Tätigkeit vollschichtig zumutbar sei und verneinte bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 20 % mit Verfügung vom 20. Januar 2011 einen Rentenanspruch (Urk. 11/56). Nachdem auf zwei Neuanmeldungen mangels glaubhaft gemachter Verschlechterung der tatsächlichen Verhältnisse mit Verfügungen vom 16. Februar 2012 (Urk. 11/99) und vom 24. September 2012 (Urk. 11/107) nicht eingetreten worden war, meldete sich der Versicherte am 11. April 2013 erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 11/109). Da die eingelegten medizinischen Unterlagen eine schlüssige Beurteilung des Gesundheitszustandes nicht zuließen, ordnete die IV-Stelle eine interdisziplinäre medizinische Abklärung an (Urk. 11/121). In der Folge erstatteten Dr. med. et Dr. sc. nat. ETH Z.____, Fachärztin FMH Innere Medizin spez. Rheumaerkrankungen, das internistisch-rheumatologische Gutachten am 25. Januar 2014 (Urk. 11/128) und Dr. med. A.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, das psychiatrische Gutachten mit interdisziplinärer Zusammenfassung am 6. März 2014 (Urk. 11/130). Gestützt auf die Schlussfolgerungen der Gutachter wurde ein Rentenanspruch nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 20. November 2014 verneint (Urk. 2 [= 11/146]).

E. 1.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der

Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

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 arbeits unfähig 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). 1. 5

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.

E. 2

Dagegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 8. Januar 2014 (richtig: 2015; zur Post gegeben am 9. Januar 2015) Beschwerde führen (Urk. 1). In der Sache wurde beantragt, die

angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen der Invalidenversicherung auszurichten, namentlich eine auf einem Invaliditätsgrad von 100 % beruhende ganze Invalidenrente, allenfalls eine auf einem Invaliditätsgrad von über 60 % beruhende Dreiviertelrente; eventuell sei die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung an die Verwaltung zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). In prozessualer Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer, das Verfahren sistieren zu lassen, bis die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) entschieden habe, ob sie eine mögliche Pneumokoniose (Silikose) als Berufskrankheit anerkenne (Urk. 1 S. 2), ausser dem sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und es sei ihm in der Person von Rechtsanwalt David Husmann ein unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen (Urk. 1 S. 3). Mit Eingabe vom 12. Februar 2015 (Urk. 7) reichte der Beschwerdeführer das ausgefüllte Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 8) ein und legte verschiedene Belege (Urk. 9/1-12) auf.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2015 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). Mit Verfügung vom 9. März 2015 wurden die Gesuche des Beschwerdeführers um Sistierung des Beschwerdeverfahrens sowie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege abgewiesen, unter Zustellung der Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2015 (Urk. 12). Im Jahr 2015 reichte der Beschwerdeführer diverse ärztliche Zeugnisse und Physiotherapie-Verschreibungen (Urk. 14-25) zu den Akten. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die IV-Stelle im Wesentlichen, die umfangreichen medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass seit der rechtskräftigen Verfügung vom 20. Januar 2011 keine Änderung eingetreten sei. Dem Beschwerdeführer sei eine angepasste Tätigkeit (beispielsweise Konfektions-, Verpackungs- oder Kontrolltätigkeit) nach wie vor vollumfänglich zumutbar. Beim Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 5%. Im Einwandverfahren seien keine neuen fachärztlich ausgewiesenen medizinischen Tatsachen vorgebracht und Befunde dargelegt worden, insbesondere nicht eine Lungenerkrankung betreffend (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen im Wesentlichen vor, die Beschwerdegegnerin habe es bis anhin unterlassen, die vollständigen Unterlagen der SUVA für einen Leistungsentscheid beizuziehen, obwohl sie Kenntnis vom Verfahren der SUVA habe und über den Verdacht auf eine Staublunge (Pneumokoniose; Silikose) Bescheid wisse. Damit sei die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nicht nachgekommen (Urk. 1 S. 6). Die Begutachtung erweise sich als unvollständig. Aus somatischer Sicht sei eine rein rheumatologische Beurteilung nicht (alleine) zielführend. Eine neurologische/neurochirurgische Beurteilung erscheine unabdingbar. Die Empfehlung der B.____, auf welche Dr. Z.____ verweise, könne nicht als Grundlage für die Beurteilung der (Rest-)Arbeitsfähigkeit dienen (Urk. 1 S. 7). Sie äussere sich auch nicht zum Befund der Pneumokoniose beziehungsweise lege nicht nahe, eine zusätzliche pneumologische Abklärung vorzunehmen. Sodann begründe sie nicht nachvollziehbar, weshalb bei der Arbeit das Tragen von Gewichten bis zu 10 kg zumutbar sei. Schliesslich nehme sie nur lückenhaft zu früheren fachärztlichen Einschätzungen Stellung (Urk. 1 S. 8) und begründe nicht, weshalb die Beschwerden im geschilderten Ausmass nicht erklärbar seien (Urk. 1

S. 9). Auch die Einschätzung von Dr. A.____ sei nicht schlüssig (Urk. 1 S. 10). Insgesamt sei das Gutachten mangelhaft, und es müsse eine erneute Begutachtung stattfinden, unter Berücksichtigung der pneumologischen Situation (Urk. 1 S. 11).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 11. April 2013 (Urk. 11/109) eingetreten. Demnach ist zu prüfen, ob sie eine anspruchsbegründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 20. Januar 2011 (Urk. 11/56) und derjenigen vom 20. November 2014 (Urk. 2) zu Recht verneint hat.

3.

E. 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 Neuanschuldung 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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. 3.1

Mit rechtskräftiger Verfügung vom 20. Januar 2011 wurde ein Rentenanspruch verneint (Urk. 11/56). Dabei stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die ärztliche Beurteilung des Regionalen Medizinischen Dienstes (RAD). Dieser hatte unter Berücksichtigung des medizinischen Sachverhalts in der Stellungnahme vom 7. Juni 2010 festgehalten, der Beschwerdeführer leide gemäss aktuellem Bericht des Hausarztes Dr. C.____ an Einschränkungen vorwiegend an der Lendenwirbelsäule (Diskushernie ohne schwerwiegende neurologische Ausfälle). Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Lagerist ab Oktober 2009 sei nachvollziehbar, allerdings sei eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit, leicht und wechselbelastend, teils sitzend, stehend und gehend, ohne Lastenheben über 5 kg, klar ausgewiesen. Vorbehalten sei die noch geplante Beurteilung durch die D.____ (Urk. 11/37/3). Dorthin begab sich der Beschwerdeführer jedoch nicht (Urk. 11/35), stattdessen war er vom 13. bis 26. Oktober 2010 in der E.____ hospitalisiert (Urk. 11/52).

In deren

Austrittsbericht vom 2. Dezember 2010 wurden die folgenden Diagnosen festgehalten (Urk. 11/52/1): - chronisch rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und leichtgradiges sensomotorisches Reiz- und Ausfallsyndrom S1 links mit/bei - MRI 09/09:

Diskushernie L5/S1 links mit Sequesterbildung und Kompression S1, leichtgradige Osteochondrosen L5 bis S1 - klinisch: Hypästhesie ausgelöschter ASR links - EMG: Zeichen der akuten Denervation der Kennmuskulatur S1 - Status nach cerviko-vertebralem Syndrom - Knie-OP rechts 2003 - Verdacht auf arterielle Hypertonie (neu) - Tonsillektomie circa 1998 und zweimalige Augenoperation links Unter Einbezug des Austrittsberichtes der E.____ vom 2. Dezember 2010 nahm der RAD am 18. Januar 2011 erneut Stellung. Er hielt dafür, dass im Wesentlichen nur die bereits bekannten Einschränkungen an der Wirbelsäule beschrieben würden. Von einem eigenständigen Krankheitsgeschehen im psychiatrischen Bereich von relevantem Ausmass bestehe keine Kenntnis. Die im Bericht bescheinigte 50%ige Restarbeitsfähigkeit für leichtere Arbeit könne nicht nachvollzogen werden. Ausgewiesen sei weiterhin eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit für leichte wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Gewichtheben über 5 kg und ohne Zwangshaltungen (Urk. 11/55/2).

E. 3.2.1

Dr. Z.____ sowie Dr. A.____ hielten in der interdisziplinären Zusammenfassung und Beurteilung des Gutachtens vom 6. März 2014 die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 11/130/8): - Verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der HWS bei Status nach mikrochirurgischer Diskektomie C4/C5 und Spondylodese mit PI-NA SLK-Cage am 4. Mai 2012 mit normalem postoperativem Befund (MRI 01/2014) und guter Lage des Implantats (Röntgen 11/2013), ohne vermehrte szintigraphische Aktivität (07/2013), ohne radikuläre Zeichen Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter die folgenden auf (Urk. 11/130/8 f.): - Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannungen, Stimmungseinbrüchen und Resignation (ICD-10 F43.23) - Posttraumatische Alpträume (ICD-10 F43.8) - Mikrozytäre Anämie (Erstdiagnose 06/2013), Hämoglobin 111 g/l, MCV

75,4 fl, Differentialdiagnose: chronische Entzündung, Eisenmangel, Gastro-Koloskopie 01/2013 unauffällig - Erhöhte Entzündungszeichen (Erstdiagnose 05/2012) - Chronische Urtikaria (Erstdiagnose 10/2013) - Bilaterale apikale noduläre Infiltrate mit mediastinaler und bilateraler

Lymphadenopathie (Erstdiagnose 11/2013) mit unauffälligen endobronchialen Verhältnissen, dreimalige Bronchoskopie 11/2013, unauffälliger Echokardiographie (11/2013) und normaler Lungenfunktion (12/2013) - Status nach Arthroskopie des rechten Knies am 20.10.2004 mit Plica-Resektion und postoperativer Narbe des Hoffa-Fettkörpers, jedoch sonst intakten Kniebinnenstrukturen (MRI 02/2013) und unauffälligen ossären Verhältnissen (Röntgen 08/2013), ohne vermehrte szintigraphische Aktivität (07/2013) - Leichte regrediente

Syringohydromyelia C4/C5, MRI 01/2014 gegenüber MRI 11/2011 Die Gutachter hielten fest, der Beschwerdeführer sei aus rheumatologischer Sicht durch die eingeschränkte Funktion der HWS und der LWS limitiert. Er könne Lasten bis zu 10 kg heben oder tragen (leichtes Belastungsniveau). Tätigkeiten, welche diesem Profil entsprächen, könne er zu 100 % beziehungsweise ganztags ausüben. Aus psychiatrischer Sicht bestehe kein Bedarf nach adaptierten Tätigkeiten, eine Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht (Urk. 11/130/9).

E. 3.2.2

Dr. Z.____ hielt in ihrem internistisch-rheumatologischen Teilgutachten

vom 25. Januar 2014 fest, der Beschwerdeführer sei ein kräftiger 43-jähriger Mann. Seit 1999 klage er über lumbale Beschwerden mit Ausstrahlung in das linke Bein und später auch über cervikale Schmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm. Er sei deshalb sowohl im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) wie auch der Halswirbelsäule (HWS) operiert worden. Im Sommer 2013 sei eine chronische Urtikaria aufgetreten. Bei der Abklärung der Urtikaria seien bilaterale apikale noduläre Infiltrate mit mediastinaler und bilateraler

Lymphadenopathie festgestellt worden, deren Ursache bisher nicht bekannt sei. Die dreimalige Bronchoskopie, die Echokardiographie und die grosse Lungenfunktion (12/2013) hätten alle keine gravierenden Befunde ergeben. Der Beschwerdeführer klage nun über die oben beschriebenen Beschwerden im Bereich der HWS und der LWS und füge hinzu, dass der linke Fuss und der linke Arm wie taub seien. Die beiden Operationen an der HWS beziehungsweise LWS hätten nicht geholfen, sondern seine Beschwerden sogar verschlimmert. Er klage bei dieser Untersuchung nicht über Beschwerden im rechten Knie. Bei der klinischen Untersuchung würden Diskrepanzen auffallen. Der intermittierend hinkende Gang normalisiere sich unter Ablenkung. Die Hautweise am Stamm sowie an beiden Armen und Beinen urtikarielle Läsionen in Abheilung auf. Die Beweglichkeit der LWS sei in der Lateralflexion beidseits leicht eingeschränkt bei normaler Inklination und Reklination. Die BWS und die HWS seien normal beweglich. Der Achillessehnenreflex links sei nicht auslösbar. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich, insbesondere auch beide Knie. Nirgends seien Gelenkergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke vorhanden. Die ganze Muskulatur sei liegend geprüft nirgends verspannt. Die Bioimpedanz-Analyse zeige eine erfreulich kräftige Muskelmasse von 48 %, die den Normwert von 40 % deutlich übertreffe. Eine lang andauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden. Die MRI-Untersuchung des rechten Knies (02/2013) zeige eine postoperative Narbe im Bereich des Hoffa-Fettkörpers bei sonst intakten Knieinnenstrukturen, unauffälligen ossären Verhältnissen sowie keine vermehrte szintigraphische Aktivität (07/2013). Da die klinischen und bildgebenden Befunde im Bereich des rechten Knies unauffällig seien, werde diesbezüglich keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Die MRI-Untersuchung der HWS (01/2014) zeige einen normalen postoperativen Befund und die Lage des Implantats sei gut;

szintigraphisch sei im Juli 2013 keine vermehrte Aktivität vorhanden. Die im November 2011 festgestellte leichte Syringohydromyelia C4/C5 habe sich bildgebend im Januar 2014 verkleinert. Die bildgebenden Befunde im Bereich der HWS zeigten alle einen günstigen postoperativen Verlauf ohne Kompression neuraler Strukturen. Die MRI-Untersuchung der LWS (01/2014) zeige leichte bis mässige multisegmentale degenerative Veränderungen mit einer kleinen recessalen Diskushernie L5/S1 mit möglicher recessaler Irritation der Nervenwurzel S1 links ohne Kompression. Szintigraphisch sei im Juli 2013 ebenfalls im Bereich der LWS keine vermehrte Aktivität vorhanden. Die Befunde im Bereich der LWS seien keineswegs gravierend (Urk. 11/128/62). Die Gutachterin legte sodann dar, dass die ausgedehnte Blutuntersuchung weiterhin, wie seit Mai 2012 bekannt, erhöhte Entzündungszeichen zeige. Das C-reaktive Protein sei weiterhin leicht erhöht (aktuell 9 mg/l), habe jedoch gegenüber November 2013 deutlich gebessert (damals Werte zwischen 15 bis 46 mg/l). Es sei erneut eine Anämie nachweisbar, die gegenüber November 2013 etwa unverändert sei (aktuell 111 g/l, November 2013 zwischen 107 bis 116 g/l). Weiterhin seien der Rheumafaktor und die Anticitrullin-Antikörper nicht nachweisbar. Vier der fünf angegebenen Medikamente seien in seinem Blut nachweisbar. Beim

Beschwerdeführer bestünden strukturelle Veränderungen im Bereich der HWS und der LWS, die seine Leistungsfähigkeit verminderten. Das Ausmass seiner Beschwerden könne jedoch durch die Befunde nicht erklärt werden. Er könne eine angepasste Tätigkeit zu 100 % beziehungsweise ganztags ausüben (Urk. 11/128/63). Dr. Z. ___ wies zusätzlich darauf hin, dass der Beschwerdeführer bei Bestehen der Liege und beim Ausziehen der Socken spontan den Langsitz einnehme. Diskrepanz dazu äussere er bei der Prüfung des Lasègues rechts ab 60° und links bei 45° laut Schmerzen und lasse keine weitere Prüfung des Lasègues mehr zu. Da kein reflektorischer Bewegungswiderstand feststellbar sei, handle es sich keinesfalls um einen pathologischen Lasègue, sondern am ehesten um eine Verdichtungstendenz. Der Beschwerdeführer klagt nicht über Handbeschwerden. Sein Handeinsatz sei beidseits normal. Diskrepanz dazu entspreche die gezeigte maximale Handkraft rechts 57 % der Norm und links 51 %. Aus rheumatologischer Sicht gebe es keine Ursache für eine deutlich verminderte Handkraft beidseits. Hier bestehe eine Selbstlimitierung bei der Untersuchung. Von den fünf geprüften Medikamenten seien das Arcoxia und das Lyrica im therapeutischen Bereich nachweisbar. Auch die beiden Medikamente Sequase und Tramadol seien nachweisbar, jedoch weit unterhalb des therapeutischen Bereichs. Vom Dafalgan fehle jede Spur im Blut. Er habe daher mit Sicherheit die Dafalgan-Tablette am Morgen des Untersuchungstages vergessen (Urk. 11/128/63). Dr. Z. ___ resümierte, in einer angepassten Tätigkeit habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Nicht angepasste Tätigkeiten habe er ab dem 5. Oktober 2009 nicht mehr ausüben können (Urk. 11/128/65). Das Belastungsprofil entspreche einer wechselbelastenden Tätigkeit ohne Überkopf arbeiten oder Vibrationen, unter Vermeidung eines längeren Verharrens in vornüber geneigter Haltung – ob stehend oder sitzend. Ebenso seien unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen auszuschliessen und Lasten nur bis zu 10 kg zu heben oder zu tragen (Urk. 11/128/64 f.).

E. 3.2.3

Dr. A. ___ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten fest, beim Beschwerdeführer seien aufgrund der anamnestischen Angaben weder eine genetische Vulnerabilität noch Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankungen festzustellen. Seine Kindheit beziehungsweise Persönlichkeitsentwicklung sei ohne gravierende traumatische Ereignisse verlaufen und damit ergäben sich keine Hinweise auf die Bildung einer Persönlichkeitsstörung. Der Beschwerdeführer sei regelrecht eingeschult worden und habe im Heimatland acht Jahre die Primar- und zwei Jahre die Mittelschule absolviert. Er sei militärtauglich gewesen und habe Militärdienst geleistet. Damit könnten bei ihm sowohl eine Intelligenzminderung als auch Verhaltensstörungen oder sonstige psychische Probleme mit Krankheitswert in der Kindheit, der Pubertät und im frühen Erwachsenenalter ausgeschlossen werden. Während der Militärzeit habe der Beschwerdeführer den Suizid eines Kameraden miterlebt, was bei ihm intermittierende posttraumatische Alpträume ausgelöst habe, jedoch ohne Hinweise auf die Bildung einer posttraumatischen Belastungsstörung (aufgrund der anamnestischen Angaben habe er sechzehn Monate Militärdienst geleistet und sei danach den sozialen Anforderungen jahrelang gewachsen gewesen). Der Beschwerdeführer habe im Erwachsenenalter jahrelang eine konstante Arbeitsleistung erbracht, habe konstante zwischenmenschliche Beziehungen gepflegt und die Verantwortung seiner Familie gegenüber wahrgenommen. Anhaltende Störungen der Impuls- oder Affektkontrolle seien weder anamnestisch erhoben noch aktenmässig dokumentiert worden, und damit könnten bei ihm prämorbid psychische Probleme mit Krankheitswert abgesehen von posttraumatischen Alpträumen klar ausgeschlossen werden.

Die veränderte Lebenssituation nach dem Ausbruch der muskuloskelettalen Schmerzen habe bei schmerzbedingter Vermeidungshaltung, existenziellen Ängsten und schmerzbedingten Schlafstörungen seit September 2013 zum Ausbruch einer Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannungen, Stimmungseinbrüchen und Resignation geführt, wes halb er bei Frau Dr. med. F.____ erneut eine psychiatrische Behandlung aufgenommen habe. Die erste psychiatrische Behandlung im Sommer 2012 habe er wegen schmerzbedingter Nervosität aufgenommen, nach einem Monat jedoch wieder abgebrochen. Damals sei er nicht medikamentös behandelt worden, was gegen psychische Probleme mit Krankheitswert spreche. Erst mit dem Ausbruch der Anpassungsstörung im September 2013 werde der Beschwerdeführer medikamentös behandelt, wobei die niedrig dosierte neuroleptische Behandlung (Quetiapin 25 mg abends) nur zu einer leichten Beruhigung seines Zustands geführt habe. Trotz der festgestellten Anpassungsstörung und der subjektiv geklagten posttraumatischen Alpträume weise der Beschwerdeführer objektiv ganz unauffällige psychokognitive Funktionen auf (Gedächtnisfunktionen , Konzentrationsfähigkeit, Aufmerksamkeit, geistige Flexibilität, Antrieb und Psychomotorik). Damit könne ihm aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Die etablierten therapeutischen Massnahmen sollten zur Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit aber weiterhin in einem ambulanten Setting konsequent durchgeführt werden. Dem Beschwerdeführer sei allerdings auch eine Anpassung der medikamentösen Therapie (z.B. Erhöhung der Quetiapin -Dosis bis zur Normalisierung der Schlafqualität und Ergänzung mit einem schmerzdistanzierenden Antidepressivum, z.B. Cymbalta morgens) zu empfehlen (Urk. 11/130/6-7).

4. 4.1

Das bidisziplinäre

Gutachten vom 25. Januar 2014 /6. März 2014 (Urk. 11/128 und Urk. 11/130) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1.5). So tätigten die Gutachter sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Urk. 11/128/2 ff. und Urk. 11/130/2 ff.). Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar (Urk. 11/128/62-66 und Urk. 11/130/6-10) . Dem Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu. 4.2

Der Umstand, dass keine neurologische/neurochirurgische Begutachtung statt fand, schmälert den Beweiswert des Gutachtens nicht . Dr. Z.____ berücksichtigte die neurologischen Befunde im Bericht des G.____ vom 9. Januar 2014 (Urk. 11/128/70) in ihrer Beurteilung in genügender Weise und bezeichnete die Befunde im Bereich der LWS als keinesfalls gravierend (Urk. 11/128/62). Dies erscheint nachvollziehbar, zumal im Bericht des G.____ in Bezug auf die LWS eine leichte bis mässige multisegmentale Degeneration der LWS mit Spondylarthrosen , Diskopathien und leichten neuralen Tangierungen beschrieben wurde (Urk. 11/128/70). Hinsichtlich der HWS stellte sich der Befund der MRI-Untersuchung aus neurologischer Sicht gar als bland heraus: Im Bericht des G.____ konnte kein Nachweis einer signifikanten neuralen Tangierung mehr festgestellt werden . Auch wurden keine neuen Diskushernien und keine Nervenwurzelkompressionen festgestellt . Sodann äusserte sich Dr. Z.____ zum Bericht von Dr.

med. H.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, vom 4. Juni 2013 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (Urk. 11/116). Sie hielt fest, dass Dr. H.____ – welcher dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für körperlich mittelschwere und schwere Arbeiten und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für körperlich leichte Arbeiten (ohne Berücksichtigung der Knieproblematik) attestiert hatte (Urk. 11/128/34) – keine Abgrenzung der somatischen und der psychiatrischen Diagnosen hinsichtlich deren

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gemacht habe, weshalb sie dazu keine Stellung nehmen könne. Es überrasche sie aber, dass Dr. H.____ die Anamnese des Beschwerdeführers kaum kenne, wenn er in der Diagnoseliste einen Status nach „vermutlicher Bandscheibenoperation lumbal L5/S1 links 2011 (I.____)“ aufführe (Urk. 8/128/66). Dem anzufügen ist, dass Dr. H.____ in seinem Bericht vom 4. Juni 2013 in keiner Weise begründete, weshalb für eine angepasste Tätigkeit lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehen sollte (Urk. 11/116). 4.3

Im Weiteren erweist sich eine pneumologische Begutachtung als nicht angezeigt. Im Bericht des J.____, Klinik für Rheumatologie, vom 4. Dezember 2013 wurde zwar ein hochgradiger Verdacht auf eine Staublunge beziehungsweise eine Pneumokoniose (Silikose) geäussert (Urk. 11/126/1).

Nach weiteren Abklärungen wurde im Bericht des J.____, Klinik für Pneumologie, vom 18. Dezember 2013 (Urk. 11/128/116 ff. = Urk. 3/3) allerdings festgehalten, die Darstellung von doppelbrechenden Kristallen lasse an eine Pneumokoniose denken, der Befund sei allerdings diskret, und nach jahrelanger Exposition von trockenem Zementstaub sei mit dem Auffinden solcher Kristalle zu rechnen. Der Beschwerdeführer verneine jegliche pulmonale Symptome wie Husten, Dyspnoe oder Auswurf (Urk. 11/128/116 f. und Urk. 11/128/118). Dr.

Z.____ nahm auf diesen Bericht Bezug und fasste zusammen, die dreimalige Bronchoskopie, die Echokardiographie und die grosse Lungenfunktion hätten keine gravierenden Befunde ergeben (Urk. 11/128/62). Bei fehlenden Symptomen erübrigt sich somit eine zusätzliche pneumologische

Abklärung, zumal auch aus dem im Beschwerdeverfahren aufgelegten Bericht des J.____, Klinik für Pneumologie, vom 19. November 2014 hervorgeht, dass die Lungenfunktionen stets normal gewesen seien (Urk. 3/6).

Somit lässt sich von vornherein keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Darüber hinaus erweist sich auch der Beizug der SUVA-Akten als nicht angezeigt. 4.4

Der Beschwerdeführer bringt vor, Dr. Z.____

habe nur lückenhaft zu früheren fachärztlichen Einschätzungen Stellung genommen (Urk. 1 S. 8). Dem ist entgegenzuhalten, dass eine Auseinandersetzung mit den zeitnahen relevanten ärztlichen Berichten stattfand (Urk. 11/128/66), was als genügend zu erachten ist. Zudem trifft nicht zu, dass Dr. Z.____ nicht begründete, weshalb die Beschwerden im geschilderten Ausmass nicht erklärbar seien (Urk. 1 S. 9). Sie verwies auf ihre Untersuchung sowie zusätzliche Indizien, so die festgestellte Verdeutlichungstendenz und den Umstand, dass die Medikamentenspiegel der Medikamente Sequase und Tramadol weit unter dem therapeutischen Bereich lägen und das Medikament Dafalgan

gar nicht nachweisbar sei (Urk. 11/128/63). 4.5

Entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers erweist sich schliesslich auch die Einschätzung von Dr. A.____

als schlüssig . Er erhob einen ausführlichen Befund (Urk. 11/130/5), aufgrund dessen er in nachvollziehbarer Weise eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneinte (Urk. 11/130/6). Auf die Beurteilung von Dr. med. F.____ , Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im Schreiben vom 15. Mai 2013 an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (Urk. 11/113) ist sodann

nicht abzu stellen. Sie erhob keinen psychiatrischen Befund und begründete die von ihr gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (IDS-10 F32.11) in keiner Weise . Zudem scheint sie sich primär auf die subjektiven Angaben

des Beschwerdeführers zu stützen, wobei der Erfahrung tat sache Rechnung zu tragen ist , dass behandelnde Ärzte mitunter im Hin blick auf ihre auftragsrechtliche Ver trauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Pati enten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dr. Z.____ hinterfragte zudem die von Dr. F.____ im Schreiben vom 15. Mai 2013 gestellte Diagnose eines iatrogenen Abhängigkeitssyndroms (ICD-10 F22) zu Recht , nachdem sich die vom Beschwerdeführer gemachten Angaben zur Einnahme der ihm verschriebenen Medikamente als nicht zutre ffend erwie sen (Urk. 11/128/66);

Dr. F.____ stützte sich wohl auch bei dieser Diagnose primär auf die Angaben des Beschwerdeführers. 4.6

Die im Beschwerdeverfahren aufgelegten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr. C.____ (Urk. 15, 17, 19, 21/1, 23/1-2 und 25) und die von Dr. H.____ ausgestellten Physiotherapieverordnungen (Urk. 21/2, 23/3) geben mangels nachvollziehbarer Begründung zu keiner anderen Beurteilung Anlass. 4. 7

Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer gemäss der gutachterlichen Einschätzung mit dem im Sozialversicherungsrecht massgeben den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nach wie vor eine leichte, rückschonende Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist. Eine insgesamt nicht auszuschliessende Verschlechterung des Gesundheitszustandes wirkt sich somit nicht in relevanter Weise auf die Arbeitsfähigkeit aus. Ob der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung eine Veränderung erfahren hat, ist mittels Einkommensvergleichs unter Berücksichtigung des Belastungs profils

zu prüfen. 5. 5.1

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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkom men), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkom mensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die b eiden hypo thetischen Erwerbsein kommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz

der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs ; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 5.2

Ohne Gesundheitsschaden würde der Beschwerdeführer weiterhin bei der ehemaligen Arbeitgeberin, der Y.____, arbeiten. Gemäss den letzten Lohnabrechnungen 2009/2010 erzielte er dort ein monatliches Einkommen von Fr. 4'993.30 zuzüglich 13. Monatslohn (Urk. 11/28/9-12), was einem Jahreseinkommen von Fr. 64'913.-- entspricht, welches massgeblich ist.

Die Differenz zum Jahreseinkommen von Fr. 65'977.-- im Jahr 2009 gemäss IK-Auszug vom 5. Juni 2013 (Urk. 11/115/1) erklärt sich dadurch, dass im Dezember 2009 eine einmalige

Jubiläumzahlung von Fr. 1'064.45 ausgerechnet wurde (Urk. 11/28/10), welche nicht zu berücksichtigen ist. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2013 (frühester Zeitpunkt einer Rentenzusage) ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 66'512.--

(Fr. 64'913.-- bei Indexstand 2151 [2010] auf 2204 [2013], vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, T 39: Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2014, Männer). 5.3

Zur Bemessung des Invalideneinkommens ist unter Berücksichtigung des Umstands, dass der Beschwerdeführer nur noch angepasste Tätigkeiten ausüben kann und über keine abgeschlossene Ausbildung verfügt, auf den Lohn für Hilfsarbeiten (Zentralwert), Anforderungsniveau 4, abzustellen und somit von einem standardisierten monatlichen Einkommen von Fr. 4'901.-- auszugehen (LSE 2010, S. 26, Tabelle TA1, TOTAL, Niveau 4). Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2013 von 41,7 Stunden pro Woche (Die Volkswirtschaft, 3/4-2015, S. 88, Tabelle B 9.2, A-S) sowie der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2013 (Indexstand 2151 [2010] auf 2204 [2013], vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, T 39: Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2014, Männer) ergibt sich bei einem Vollzeitpensum ein Jahreseinkommen von Fr. 62'822.-- (Fr. 4'901.-- : 40 x 41,7 x 12 : 2151 x 2204). Ein leidensbedingter Abzug rechtfertigt sich beim noch jungen Beschwerdeführer allenfalls mit Blick auf das Leistungsprofil. Dass Dr. Z.____ die Empfehlung der B.____ heranzog, um dieses näher zu umschreiben, ist nicht zu beanstanden. Ob der Beschwerdeführer letztlich Gewichte bis 5 kg (wie in der rechtskräftigen Verfügung vom 20. Januar 2011 festgehalten; Urk. 11/56) oder bis 10 kg tragen oder heben kann, ändert das Leistungsprofil nicht in relevanter Weise, liegt doch in jedem Fall eine deutliche Einschränkung der Belastbarkeit vor. Unter Berücksichtigung des eingeschränkten Tätigkeitsspektrums rechtfertigt sich ein leidensbedingter Abzug von maximal 15%, womit das Invalideneinkommen Fr. 53'399.--

beträgt (Fr. 62'822.-- x 85%). 5.4

Wird das Valideneinkommen von Fr. 66'512.-- dem Invalideneinkommen gemäss LSE von Fr. 53'399.--

gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 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 Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 13

‘ 113 .-- , was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 20 % entspricht.

Anzufügen bleibt, dass selbst bei Vornahme eines – aufgrund der Umstände nicht gerechtfertigten - maximalen Abzugs vom Tabellenlohn kein rentenbe gründender

Inva liditätsgrad resultierte. Diesfalls entspräche das Invalidenein kommen einem Betrag von Fr. 47‘117.-- (Fr. 62‘822 x 75 %), was zu einer Erwerbseinbusse von Fr. 19 ‘ 395 .-- führen würde (Fr. 66‘512.-- minus Fr. 47‘117.--) und somit zu einem Invaliditätsgrad von 29 %. 5.5

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbe gründet, weshalb sie abzuweisen ist. 6.

Ausgangsgemäss

sind die Prozesskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Diese sind auf Fr. 600.-- (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Husmann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage je einer Kopie von Urk. 14-25 - 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 Beweismit tel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstMuraro

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