

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00307 vom 31. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00307

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00307 du 31 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00307 del 31 agosto 2017

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).

Die Wartezeit im Sinne Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich in diesem Sinne gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AHI 1998 S. 124 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts I 10/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.1.1 in fine mit Hinweisen).

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem

der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Diese Voraussetzung ist auch von Angehörigen zu erfüllen, für die eine Leistung beansprucht wird (Abs. 4).

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 aus geglichener 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

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 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 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).

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. 2.1 mit Hinweisen).

E. 1.5

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit (Abs. 1) : a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 unter anderem in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b).

E. 1.6

Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und wenn die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; vgl. auch BGE 125 V 351 E. 3b/aa [Gerichtsgutachten]).

E. 2

Gegen die Verfügung vom 10. Februar 2015 erhob X. ___ am 10. März 2015 Beschwerde und beantragte, die IV-Stelle sei zu verpflichten ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Invalidenrente, auszurichten (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 8. Mai 2015 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7).

Das Sozialversicherungsgericht beauftragte am 22. Januar 2016 das Universitätsklinikum B. ___ mit der polydisziplinären Begutachtung des Beschwerdeführers (Urk. 22-23), welches das Gutachten am 6. April 2017 erstattete (Urk. 34-35). Die Parteien nahmen hierzu am 8. Mai 2017 (Urk. 38) beziehungsweise am 6. Juli 2017 (Urk. 41) Stellung. Die Stellungnahmen wurden ihnen am 7. Juli 2017 gegenseitig zur Kenntnis gebracht (Urk. 42). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die abweisende Leistungsverfügung damit (Urk. 2), dem Beschwerdeführer sei die angestammte Tätigkeit als Hilfsgärtner nicht mehr zumutbar, hingegen sei er in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig. Die vorliegende mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom sei in Bezug auf Schwere, Ausprägung und Dauer nicht erheblich und könne nicht als invalidisierend im Sinne des Gesetzes beurteilt werden (S. 2). Der Invaliditätsgrad betrage lediglich 15 %, weshalb kein Rentenanspruch bestehe. Auf aktive Arbeitsvermittlung bestehe auch kein Anspruch, da keine gesundheitsbedingte Einschränkung bei der Stellensuche bestehe (S. 3).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein (Urk. 1), das von der Beschwerdegegnerin eingeholte O.____-Gutachten, in welchem ihm aufgrund der Polymorbidität keine, respektive eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit von höchstens 20-30 % bei einer Leistungsfähigkeit von 50 % attestiert worden sei, komme vollen Beweiswert zu. Hingegen bestünden erhebliche Zweifel an der Schlüssigkeit des Berichts der RAD-Ärztin. Diese habe keine medizinisch korrekten Diagnosen gestellt und sei von falschen Prämissen ausgegangen (S. 16 f. N 37).

E. 2.3

Streitig ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Dabei steht fest, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschließung des Beschwerdeführers vom 9. Juli 2013 (Urk. 8/164) eingetreten ist. Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 23. März 2005 fand die Beurteilung des Rentenanspruchs letztlich ihren Abschluss, wobei sich das Gericht auf den Sachverhalt stützte, wie er sich bis zur Einspracheentscheidung vom 12. Mai 2004 verwirklicht hatte. Zu prüfen ist vorliegend somit, ob sich der maßgebliche Sachverhalt zwischen der Einspracheentscheidung vom 12. Mai 2004 und der angefochtenen Verfügung vom 10. Februar 2015 (Urk. 2) in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise geändert hat.

E. 3.1

Die Beurteilung des Leistungsanspruchs durch das hiesige Gericht erfolgte im Wesentlichen gestützt auf die folgenden Arztberichte (vgl. Urk. 8/147 E. 3.1-4) :

E. 3.2

Die Ärzte der Uniklinik C.____ hielten in den Berichten der Fussprechstunde vom 15. Mai 2001 (Urk. 8/15/5) und 14. August 2001 (Urk. 8/15/7) fest, der Beschwerdeführer leide an einem Status nach offener Reposition und Osteosynthese einer erstgradig offenen distalen Unterschenkelfraktur mit Beteiligung des Pilon

tibiale links am 31. Juli 2000, einem Status nach Re-Osteosynthese der Fibula links am 9. August 2000 bei Rotationsfehler sowie einem Status nach Entfernung der Stellschrauben links am 6. November 2000. Es bestünden Restbeschwerden bei Status nach oben genannter Fraktur und Osteosynthese. Für eine schwere körperliche Tätigkeit als Gärtner werde der Beschwerdeführer beim intraoperativ festgestellten, ausgedehnten Knorpelschaden nie mehr arbeitsfähig sein. Für eine unbelastete Arbeit, welche in sitzender Position ausgeübt werden könne, sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig.

E. 3.3

Im Bericht vom 28. Dezember 2003 (Urk. 8/89) nannte D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21).

Bei der Erstkonsultation am 26. September 2002 habe er die Diagnose gestellt und eine antidepressive Therapie eingeleitet. Nach Umstellung der Medikation sei es bis Ende Januar 2003 zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Die vorher zeitweise aufgetretenen Suizidgedanken seien verschwunden. Unter Weiterführung der medikamentösen antidepressiven Therapie und Konsultationen alle 6 Wochen sei der Zustand seither stabil geblieben. Bei der letzten Untersuchung vom 25. November 2003 sei der Beschwerdeführer bewusstseinsklar und allseitig orientiert gewesen. Konzentrationsvermögen und Gedächtnis seien im Gespräch normal. Es seien keine Ich-Störungen, keine Halluzinationen

und kein Wahn feststellbar. Affektiv wirke der Beschwerdeführer etwas bedrückt, schwinde aber im Gespräch normal mit. Auf Befragen gebe er an, sich freuen zu können. Auf seine Interessen angesprochen, erzähle er davon, wie viel er mit der Stellensuche beschäftigt sei. Er brauche viel Zeit, um Bewerbungen zu schreiben. Bei Ablehnungen sei er gestresst. Er fühle sich von den Versicherungen nicht gerecht behandelt und denke, dass sie sich um Zahlen drücken wollten. Energie und Antrieb seien normal. Bei der Prognose erwähnte D. ____, dass die längere depressive Reaktion noch nicht komplett remittiert sei, leichtere Stimmungsschwankungen bestünden noch. Diese würden aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingen, das heiße aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (S. 4).

E. 4.1

Der aktuelle Gesundheitszustand stellt sich folgendermassen dar:

E. 4.2

E. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 20. August 2013 (Urk. 8/169) Folgendes (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, chronifizierte mittelgradige depressive Episode (F.33.1) - Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (F43.1) - Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.8)

In den letzten Jahren habe der Beschwerdeführer nur während einiger Monate pro Jahr eine relativ leichte Tätigkeit in einer Garage ausüben können. Dies sei nur unter Einnahme von zusätzlichen Schmerzmitteln möglich gewesen. Um die Schmerzen aushalten zu können, sei er seelisch sehr stark gefordert gewesen und am Ende der Arbeitszeit immer angespannt und gegenüber seinen Angehörigen leicht reizbar gewesen, was zu einer belastenden Situation zu Hause geführt habe. Neben der chronischen Depression sei dies ein wichtiger Grund für den Beginn der psychiatrischen Behandlung im September 2012 gewesen (S. 2). Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit Behandlungsbeginn und längerfristig eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % als Hilfsarbeiter (S. 4).

E. 4.3

F. ____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 26. September 2013 (Urk. 8/172/1-8) unter Nennung zahlreicher hier nicht wiederholter Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. S. 5), das Gehen sei wegen der schweren OSG-Arthrose links erschwert. Der Diabetes mellitus sei insulinpflichtig. Der Beschwerdeführer leide an chronischen Schmerzen an der linken Schulter mit Bewegungseinschränkung, an einer hypertensiven und koronaren Herzkrankheit mit intermittierender Dyspnoe, einem Status nach Operation einer Umbilicalhernie mit persistierenden Beschwerden, an schweren psychischen Problemen, einem generalisierten chronischen Schmerzsyndrom und Problemen im Zusammenhang mit der Adipositas per magna. Er sei nicht mehr arbeitsfähig (S. 7).

E. 4.4.1

Die Experten des O. ____, diagnostizierten im polydisziplinären Gutachten vom 29. Juli 2014 (Urk. 8/184) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 6.1 S. 52): - schwere posttraumatische Arthrose OSG und Unteres Sprunggelenk (USG) links mit/bei: - Status nach Pilon - tibiale -Fraktur und Fibula-Trümmerfraktur links nach Sturz am 25. Juli 2000 - Status nach offener Reposition, Platten- und Schraubenosteosynthese am distalen

Unterschenkel mit autologer

Spongiosaplastik aus dem linken Beckenkamm am 31. Juli 2000 - Status nach Re-Osteosynthese der Fibula wegen Rotationsfehlstellung am 9. August 2000 - Status nach Osteosynthesematerial -Entfernung und OSG-Arthroskopie am 22. Oktober 2001 - aktuell kontrakter Spitzfuß links mit praktischer Ankylose des OSG mit Subluxation des Talonaviculargelenks und in Fehlstellung verheiltem Calcaneus - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach alter LWK5- und LWK4-Fraktur - Impingement -Syndrom links mit Entzündung der Supra- und Infraspinaussehne bei Acromion Typ III nach Bigliani mit ossärer Einengung des Subacromialraumes - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte folgende Diagnosen (Ziff. 6.2 S. 52 f.): - metabolisches Syndrom mit/bei - Adipositas Grad I nach WHO (BMI von 33.1 kg/m²) - arterieller Hypertonie - nicht-insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2 - Dyslipidämie - Hyperurikämie - hypertensive Kardiopathie mit/bei: - linksventrikulärer konzentrischer Hypertrophie mit Relaxationsstörung bei erhaltener systolischer Funktion - multiplen kardiovaskulären Risikofaktoren - nicht-insulinpflichtiger Diabetes Mellitus Typ 2 mit/bei - Erstdiagnose im Juni 2010 - Status nach Operation einer diabetischen Katarakt 2013 - beginnender diabetischer Polyneuropathie der unteren Extremitäten - diabetischer Nephropathie mit Makroalbuminurie - dringender Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) mit/bei: - vermehrter Tagesschläfrigkeit - Epworth -Score von 16 Punkten - rezidivierende Urat- Nephrolithiasis mit/bei: - Status nach Chemolitholyse und Pigtail -Einlage im Juni 2010 wegen akuter post-renalier Niereninsuffizienz - aktuell normaler Nierenfunktion - anamnestische benigne Prostatahyperplasie - Status nach einem laparoskopischen

Nabelhernienverschluss mit Netzaugmentation am 11. Juni 2013

E. 4.4.2

Die gestellten internistischen Diagnosen seien langfristig behandelbar und demzufolge alle ohne dauerhaften Einfluss auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit. Demzufolge sei der Beschwerdeführer trotz internistischer Polymorbidität für behinderungsangepasste Tätigkeiten medizinisch-theoretisch als zu 100 % arbeitsfähig zu beurteilen (S. 59).

E. 4.4.3

Bei der chirurgisch-orthopädischen Untersuchung lasse sich ein chronischer Schmerzzustand nach komplizierter Unterschenkelfraktur und mehrmaligen Operationen und inzwischen Mehretagenproblematik objektivieren. Klinisch seien das obere und das untere Sprunggelenk massiv versteift. Die Schmerzursache ergebe sich aus einer vollständig fehlgeheilten Fraktur am linken Unterschenkel mit Einsteifung des linken OSG und USG mit massiver Fehlstellung (S. 59 f.). Im Bereich der LWS bestehe eine massive Druckschmerzhaftigkeit in Höhe L4/5 und L5/S1 sowohl rechts als auch links mit Blockierungen der kleinen Wirbelgelenke. Auch das ISG zeige eine massive Blockierung rechts und links mit Schwellung und Druckschmerzhaftigkeit. Radiologisch zeige sich an der LWS eine massive Steilstellung. Auffallend sei eine Zusammensinterung des Wirbelkörpers von LWK5 und LWK4. Es scheine, als dass beim Unfall auch eine bisher soweit ersichtlich nicht dokumentierte Sinterungsfraktur stattgefunden habe. Gleichzeitig seien auch die Bandscheiben höhenvermindert in Höhe L4/5 und L5/S1. Die Bandscheibe sei in Höhe L5/S1 kaum noch vorhanden und das Foramen erscheine eingengt (S. 60). Am

linken Schultergelenk bestehe ein Impingement -Syndrom. Es finde sich eine Schwellung des linken Schultergelenkes mit massiver Druckschmerzhaftigkeit über der Supra- und Infraspinatussehne. Beide Sehnenansatzpunkte seien massiv verdickt. Die Bizepssehne sei massiv verdickt und druckschmerzhaft. Die Beweglichkeit des linken Schultergelenks sei massiv eingeschränkt (S. 60). Aufgrund des derzeitigen Befundes am Bewegungsapparat mit massiv eingeschränkter Belastbarkeit des Rückens, des linken Fusses und der linken Schulter sei der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht aktuell auch in einer angepassten Tätigkeit nicht arbeitsfähig (S. 60).

E. 4.4.4

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration bestehe an objektivierbaren depressiven Symptomen eine eingeschränkte emotionale Schwingungsfähigkeit, die ins Depressive ausgelenkt sei. Im Affekt sei der Beschwerdeführer deprimiert, innerlich angespannt, unruhig, ratlos und nervös, und es bestünden Insuffizienzgefühle. Zudem sei eine ausgeprägte Bewegungsunruhe zu beobachten, so dass man von einer agitierten Depression sprechen müsse. Letztendlich zeige sich, dass der Beschwerdeführer mit seiner gesundheitlichen Situation überfordert sei. Die depressive Symptomatik sei als Folge der Überforderungssituation zu sehen. Zum aktuellen Zeitpunkt bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 61).

E. 4.4.5

Insgesamt sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gartenbauer seit dem Unfall von Juli 2000 dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig (S. 62). Auch in einer dem körperlichen Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit sei er aufgrund seiner schweren Polymorbidität mit zahlreichen internistischen Problemen, multilokulären orthopädischen Funktionseinschränkungen und mittelgradiger depressiver Störung momentan zu 100 % arbeitsunfähig (S. 63).

E. 4.4.6

Am 3. September 2014 (Urk. 8/186) präzisierten die Gutachter des O.____, bedingt durch die Impingementproblematik sei die Schulterbeweglichkeit vor allem für die Abduktion und die Innen- und Außenrotation erheblich eingeschränkt. Demzufolge seien Arbeiten über die Horizontale mit dem linken dominanten Arm nicht mehr möglich. Auch repetitive Arbeiten rotatorischer oder elevatorischer Art seien zu vermeiden. Zudem könne der Beschwerdeführer mit dem linken Arm keine Gewichte über 5 kg wiederholt heben und tragen. Hingegen seien Arbeiten auch beidhändig auf Tischhöhe durchaus möglich (S. 1).

Auch wenn die Rückenproblematik für den Beschwerdeführer nicht im Vordergrund stehe, heiße das nicht, dass die Wirbelsäule normal belastbar sei. Die verminderte Belastbarkeit der LWS lasse sich auch durch die klinischen und radiologischen Befunde objektivieren. Nur bezogen auf die Rückenproblematik könne davon ausgegangen werden, dass eine sitzende beziehungsweise wechselfelastende Tätigkeit noch zumutbar sei. Allerdings sei es unrealistisch, dass in Anbetracht der Gesamtsituation und der doch erheblichen Polymorbidität in einer sitzenden Tätigkeit eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Allerdings sei im Gutachten klar dargelegt worden, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers instabil sei und demzufolge durch adäquate therapeutische Massnahmen verbessert werden könne. Insofern sei die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit als temporärer Zustand zu werten (S. 2).

E. 4.5

A. ___ stellte im Bericht über die orthopädische Untersuchung vom 11. November 2014 (Urk. 8/190) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7): - schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung des linken Beins bei - Status nach Arthrodese des oberen und unteren Sprunggelenks - schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung des linken Arms bei - Funktionsminderung der linken Schulter - fragliche Dysästhesie linker Arm (kein Dermatome-Bezug)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine Lumbalgie ohne radiokuläre Symptome (S. 7).

Bei der Untersuchung zeigten sich deutliche Inkonsistenzen. So hätten sich deutliche Differenzen der Beweglichkeit zwischen der Untersuchungssituation und den spontan ausgeführten Bewegungen gezeigt. Druckschmerzen seien bei Ablenkung nicht reproduzierbar (S. 7).

Die im Gutachten des O. ___ dargelegten Befunde könnten in weiten Teilen nicht nachvollzogen werden. Es habe keine Schwellung der Schulter bestanden, auch im Beckenbereich habe keine Schwellung gefunden werden können. Es bestehe keine muskuläre Atrophie im Bereich der Arme. Damit fehlten objektive Hinweise auf eine dauerhafte Funktionsminderung des linken Armes. Eine Einschränkung der Schulterbeweglichkeit links habe nachvollzogen werden können (S. 7).

Ebenso sei ein verändertes Gangbild bei Status nach Arthrodese des linken Sprunggelenks nachvollziehbar. Korrespondierend zur aufgehobenen Beweglichkeit des Gelenks bestünden klinische Hinweise auf eine Minderbenutzung des Beins mit Umfangminderung gegenüber der Gegenseite. Allerdings lasse die ausgeprägte Schwielenbildung über dem 5. Mittelfußköpfchen darauf schließen, dass die Mobilität darunter nicht in erheblichem Masse leide (S. 7 f.).

Die Funktionsminderung der Wirbelsäule habe sich bei der Untersuchung eher moderat dargestellt. Ebenso könne eine erhebliche Beeinträchtigung durch Schmerzen im klinischen Befund nicht nachvollzogen werden. Im Laufe der Anamneseerhebung und bei der Untersuchung seien keine Anzeichen von Schmerzen wie Schwitzen, Ausweichbewegungen und Unruhe beim Sitzen auf gefallen. Im Rahmen der Laborkontrolle seien keine Schmerzmittel nachweisbar gewesen, obwohl der Beschwerdeführer ausdrücklich erklärt habe, diese auch am Tag der Untersuchung eingenommen zu haben (S. 8).

In der angestammten Tätigkeit bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2004. In angepasster Tätigkeit mit körperlich leichter, überwiegend sitzender Tätigkeit mit leichter Wechselbelastung, ohne regelmäßige Hebe- und Tragebelastung über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige sprunggelenksbelastende Tätigkeiten, ohne Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen an den Armen und ohne Arbeiten über Schulterhöhe sei seit jeher eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben.

E. 4.6.1

Die Gutachter des Unispitals B. ___ nannten im Gerichtsgutachten vom 6. April 2017 (Urk. 34) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 6.1 S. 29 f.): - erhebliche Funktionseinschränkung und Periarthropathie des linken Rückfusses -

Spitzfussstellung und Rotationsfehlstellung - Status nach Pilon - tibial -Fraktur und Fibula-Trümmerfraktur links am 25. Juli 2000 - Status nach offener Reposition, Platten-/Schraubenosteosynthese am distalen Unterschenkel mit autologischer Spongiosaplastik aus dem linken Beckenkamm am 31. Juli 2000 - Status nach Reosteosynthese der Fibula wegen Rotationsfehlstellung am 9. August 2000 - Status nach Stellschraubenentfernung der linken Fibula am 6. November 2000 sowie Status nach OSME- und OSG-Arthroskopie am 22. Oktober 2001 - zuletzt Schuh- und Einlagenversorgung links - Periarthropathia

humeroscapularis links am ehesten vom Impingementtyp - leichtgradige funktionelle Einschränkung - strukturell mässige Voraussetzungen für ein Impingementsyndrom, kleine Partialruptur der Supraspinatussehne links sowie fehlende Hinweise auf eine Bursitis - Status nach erfolgloser subacromialer Infiltration Oktober 2015 - chronisches lumbospondylogenes Syndrom links - leichtgradige funktionelle Einschränkung - Wirbelsäulenfehlform mit lumbalem Flachrücken und thorakaler, partiell fixierter Hyperkyphose - Haltungsinsuffizienz - mässige degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule sowie LWK4- und LWK5-Deformitäten, wahrscheinlich anlagebedingt - mittelgradige depressive Störung (F32.1) - DD: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) - ungenügend kontrollierte arterielle Hypertonie - Komplikationen: hypertensive Kardiopathie, Nephropathie - unauffällige elektive Koronarangiographie Februar 2013 - am ehesten im Rahmen eines metabolischen Syndroms, DD: Medikamenten-Incompliance, DD: OSAS

Die Gutachter nannten ausserdem die hier leicht gekürzt dargestellten Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 6.2 S. 29 f): - ausgeprägtes dysfunktionales Krankheitsverhalten bei der EFL-Prüfung - Adipositas mit BMI 37 kg/m² - Verdacht auf OSAS - Diabetes mellitus Typ 2 - intermittierende Kopfschmerzen - Ruhetremor rechter Arm unklarer Ätiologie - intermittierender Drehschwindel unklarer Ätiologie - Status nach Uratnephrolithiasis mit Doppel-J-Katheter Einlage links - akutenanamnestisch benigne Prostatahyperplasie - Status nach Nabelhernien-Operation mit Netzeinlage - asymptomatische Inguinalhernie linksseitig - Status nach Katarakt-Operation beidseits - leichtes femoropatelläres Schmerzsyndrom rechts - erschwerte Nahrungsaufnahme bei lückenhaftem Gebiss - Vitamin B12-Mangel

E. 4.6.2

Aus internistischer Sicht bestehe ein ähnliches Gesamtbild und eine ähnliche Beurteilung wie beim O.____-Gutachten (vgl. oben E. 4.4.2). Es bestehe ein ausgeprägtes metabolisches Syndrom mit Adipositas, unkontrollierter Hypertonie und Diabetes mellitus Typ 2. Diese Erkrankungen seien in der Regel gut behandelbar und führten bei Fehlen sekundärer Organbeteiligung nicht zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit. Da die arterielle Hypertonie über längere Zeit schlecht eingestellt sei und zu einer hypertensiven Kardiopathie geführt habe, seien bis zur besseren Einstellung der Blutdruckwerte aktuell nur körperlich leichte Arbeiten zumutbar. Die Behandlung der erhöhten Blutdruckwerte sei nicht ausgeschöpft und nebst der Abklärung bezüglich OSAS sollte die Medikamentencompliance überprüft werden. Die übrigen Beschwerden, Befunde und Diagnosen, wie unklare intermittierende Drehschwindelattacken, intermittierende Kopfschmerzen, Ruhetremor der rechten Hand, Vitamin D-Mangel, Vitamin B12-Mangel, Status nach Uratnephrolithiasis, Status nach Nabelhernienoperation, asymptomatische Inguinalhernie links und lückenhaftes Gebiss führten aktuell nicht zu einer dauerhaften

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 34 Mitte).

E. 4.6.3

Aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht bestehe zusammengefasst ein Folgezustand nach dem Unfall mit Trümmerfraktur im Bereich des linken Rückfusses und Unterschenkels mit Ausheilung in Fehlstellung, Funktionseinschränkung und Schmerzhaftigkeit im Bereich des linken Fusses. Dies führe zu einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es bestünden Schulterbeschwerden links, welche am ehesten einem Impingementsyndrom zugeordnet werden könnten. Hier hätten jedoch erhebliche Diskrepanzen bei der klinischen Untersuchung und der spontanen Beobachtung der Aktivität im Rahmen der Testsituation bestanden. Eine klare strukturelle Lokalisation der Beschwerden sei auch nur bedingt möglich. Die Auswirkungen der Schulterbeschwerden links auf das Zumutbarkeitsprofil und die Arbeitsfähigkeit sei als leichtgradig eingeschränkt einzuschätzen. Dasselbe gelte für ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei fehlenden Hinweisen auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, vorbestehender Wirbelsäulenfehlform und Haltungsinsuffizienz und mässigen degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule. Zusammengefasst bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter im Gartenbau seit 2000. In der letzten Tätigkeit als Pneu-Service-Hilfsarbeiter auf Abruf bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 60 %, wahrscheinlich seit Behandlungsabschluss im Jahr 2002. In einer angepassten Tätigkeit (ganztags, 2 Stunden vermehrte Pausen pro Tag, leicht bis mittel schwer, wechselpositioniert, selten Arbeiten in vorgeneigter Position und über Brusthöhe bis höchstens Kopfhöhe bimanuell, selten Treppensteigen, nur selten Arbeiten in kauender oder kniender Position und Vermeiden von Gehen auf unebenem Gelände) bestehe medizinisch-theoretisch eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % (S. 34 unten f.).

E. 4.6.4

Die aktuelle psychiatrische Beurteilung habe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20-40 % im letztmals ausgeübten Beruf aufgrund einer Beeinträchtigung von Fähigkeiten in den Bereichen Anpassung an Regeln und Routinen, Kompetenz- und Wissensanwendung und Gruppenfähigkeit ergeben. In einer angepassten Tätigkeit, die der Beschwerdeführer sich relativ flexibel einteilen und auch alleine durchführen könne, sei die Einschränkung vermutlich geringer und betrage noch 10-30 %. Limitierend für die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit blieben die Einschränkungen in der Kompetenz- und Wissensanwendung (S. 35).

E. 4.6.5

Gemäss der zusammenschauenden Konsensbesprechung sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig in der bisherigen Tätigkeit als Gärtner-Hilfsarbeiter und für alle schweren und mittelschweren Arbeiten (auch als Pneu-Service-Mitarbeiter). In einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe unter Berücksichtigung aller Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 36).

E. 5.1

Aufgrund der medizinischen Akten lässt sich unschwer erkennen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verändert hat. Im Zeitpunkt der erstmaligen Leistungsabweisung litt er einzig an den Folgen der Unterschenkelfraktur, die sich dahingehend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte, als dass ihm nur noch leichte Tätigkeiten

zumutbar waren, und an einer depressiven Reaktion, die noch nicht komplett remittiert war, aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bedingte (E. 3.1). Neuerdings berichteten die Ärzte über diverse internistische Diagnosen, Rücken- und Schulterprobleme sowie weiter hin über die Folgen der Unterschenkelfraktur und eine mittelgradige depressive Störung. Darüber, ob und in welchem Umfang diese gesundheitlichen Probleme die Arbeitsfähigkeit einschränken, besteht unter den Ärzten keine Einigkeit. Aufgrund der erheblich divergierenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit wurde das USZ vom Gericht beauftragt, den Beschwerdeführer polydisziplinär zu begutachten (vgl. oben E. 3.2.6).

E. 5.2

Auch wenn die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, so ist doch zu betonen, dass ihnen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten zukommt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160 ff.). So hat die Rechtsprechung bezüglich Gerichtsgutachten ausgeführt, das Gericht weiche "nicht ohne zwingende Gründe" von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.). Auch der EGMR hat diesbezüglich erwogen, der Meinung eines von einem Gericht ernannten Experten komme bei der Beweiswürdigung vermutungsweise hohes Gewicht zu (Urteile Sara Lind Eggertsdóttir gegen Island vom 5. Juli 2007 § 44, und Shulepova gegen Russland vom 11. März 2009 § 62).

E. 5.3

Gegen die Beweiskraft des Gerichtsgutachtens brachte der Beschwerdeführer vor (Urk. 41), trotz der im Wesentlichen gleichen Befunderhebung und Diagnosestellung durch die Gutachter kämen die Gutachter des Unispitals B.____ zu einer wesentlich anderen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit, so dass es aus einer (von den Gutachtern des O.____) attestierten Restarbeitsfähigkeit von 20-30 % zu einer (von den USZ-Gutachtern) attestierten Arbeitsfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit gekommen sei. Erstaunlicherweise fänden sich im Gutachten des USZ keine Ausführungen respektive Begründungen dazu, weshalb sie zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gekommen seien. Mit anderen Worten handle es sich um eine andere Beurteilung eines an sich gleichgebliebenen Sachverhalts, was rechtlich nicht zu berücksichtigen sei.

E. 5.4

Der Beschwerdeführer verkennt, dass der Grundsatz, wonach eine andere Beurteilung eines an sich gleichgebliebenen Sachverhalts rechtlich nicht zu berücksichtigen sei, lediglich bei der Beurteilung, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt, zum Tragen kommt. Vorliegend stellt sich indessen die Frage, welche Auswirkung der seit der erstmaligen Anmeldung veränderte Gesundheitszustand auf die Arbeitsfähigkeit hat, mithin welchen Gutachten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Revisionszeitpunkt bei der Beweiswürdigung höheres Gewicht zukommt.

E. 5.5

Was die fehlende Auseinandersetzung der B.____-Gutachter mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die O.____-Gutachter betrifft, besteht im internistischen Fachbereich im Wesentlichen eine übereinstimmende Einschätzung. Die O.____-Gutachter kamen zum Schluss, dass trotz der internistischen Polymorbidität eine behinderungsangepasste Tätigkeit medizinisch-theoretisch zu 100% zumutbar sei (Urk. 8/184 S. 59). Dem

USZ-Gutachten kann entnommen werden, dass aufgrund der über längere Zeit schlecht eingestellten arteriellen Hypertonie, welche zu einer hypertensiven Kardiopathie geführt habe, nur körperlich leichte Tätigkeiten zumutbar seien (Urk. 34 S. 34).

Im rheumatologischen Fachgutachten wurden bei der Beurteilung auf das Gutachten des O.____ Bezug genommen und die unterschiedlichen Befunde insbesondere im Bereich der linken Schulter und hinsichtlich der Rückenschmerzen diskutiert (Urk. 35/1 S. 7 f.), und es wurde in objektiver Hinsicht auf eine erhebliche Diskrepanz zur Untersuchung in der O.____ hingewiesen, wobei die funktionelle Einschränkung im Bereich der linken Schulter letztlich als sehr leichtgradig eingeschätzt werden müsse (S. 12). Die Einschätzung einer höheren Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit wurde mit einer erheblichen Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz bei den Belastbarkeitstests begründet (S. 9 f.).

Im psychiatrischen Fachbereich stellten die psychiatrischen Gutachter des Unispitals B.____ explizit fest (Urk. 35/2), die Beurteilung der depressiven Störung stimme überein mit der Einschätzung des aktuell behandelnden Psychiaters und dem psychiatrischen Gutachter des O.____ (S. 38). Die Diskussion über das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung, schlossen sie nach hinlänglicher Erklärung mit dem Hinweis ab, dass sie diese Diagnose wie auch die O.____-Gutachter als nicht vorliegend erachteten. Lediglich bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nahmen sie keinen Bezug zum O.____-Gutachten, legten aber schlüssig dar, dass aufgrund der gestellten Diagnose Einschränkungen in den Bereichen Anpassung an Regeln und Routinen, Kompetenz- und Wissensanwendung sowie Gruppenfähigkeit bestünden, welche zu einer Arbeitsunfähigkeit als Hilfgärtner von 20-40 % führten. In einer Tätigkeit, in der die genannten Fähigkeiten nicht oder nur in geringem Masse verlangt würden, das heisse in einer Tätigkeit, die der Beschwerdeführer sich zeitlich relativ flexibel einteilen und auch alleine durchführen könne, betrage die Einschränkung lediglich 10-30 % (S. 42). Die O.____-Gutachter dagegen sprachen pauschal von einer um 50 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit, ohne darzulegen, wie sich diese manifestiert (vgl. E. 4.4.4). Dass die USZ-Gutachter zu einer derart allgemeinen Aussage keine Stellung nahmen, erstaunt daher nicht.

E. 5.6

Insoweit sich schliesslich die Beschwerdegegnerin in der Begründung der Verfügung auf den Standpunkt stellte (vgl. Urk. 2 S. 4), es lägen beim Beschwerdeführer genügend Ressourcen vor, um (in psychiatrischer Hinsicht) einer vollen Erwerbstätigkeit nachzugehen, bezeichnete sie diese nicht näher. Nachdem die Gutachter des Unispitals B.____ die Einschränkungen, die sich aus der diagnostizierten mit teilsgradigen depressiven Störung ergeben, einlässlich beschrieben haben, ist ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu folgen.

E. 5.7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Gutachten des Unispitals B.____ allen praxisgemässen Kriterien (vgl. E. 1.6) vollumfänglich genügt, so dass darauf abzustellen ist. Demnach ist der Sachverhalt dahingehend erstellt, dass im Rahmen des von den Gutachtern formulierten Anforderungsprofils eine 70%ige Arbeitsfähigkeit besteht.

E. 6.1

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit.

Hierbei ist zu beachten, dass für den Einkommensvergleich die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend sind, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass respektive bis zum Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind. Bevor die Verwaltung über einen Leistungsanspruch befindet, muss sie daher prüfen, ob allenfalls in der dem Rentenbeginn folgenden Zeit eine erhebliche Veränderung der hypothetischen Bezugsgrössen eingetreten ist. Gegebenenfalls hat sie vor ihrem Entscheid einen weiteren Einkommensvergleich durchzuführen (BGE 129 V 222 f. E. 4.2 in fine, 128 V 174, Urteil des Bundesgerichts I 156/02 vom 26. Mai 2003).

E. 6.2

Das hiesige Gericht ging im Urteil vom 23. März 2005 von einem Valideneinkommen im Jahr 2004 von Fr. 58'107.-- aus (Urk. 8/147 E. 4.1 S. 7 f.). Aufgerechnet auf das Jahr 2014 (Rentenbeginn, vgl. unten E. 6.7) entspricht dies unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer bei 1'975 Indexpunkten im Jahr 2004 und 2'220 Indexpunkten im Jahr 2014 (Bundesamt für Statistik, BFS, Schweizerischer Lohnindex, Nominallohnindex 2011 bis 2015, T1.10)

einem

Valideneinkommen von Fr. 65'315.--.

E. 6.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

In der LSE 2012 erfolgten vielfältige Anpassungen der erhobenen Daten an die entsprechenden Reglemente der Europäischen Union (EU). Neu wird darunter nun nach Berufen (Skill Levels) differenziert statt nach den bisherigen Anforderungsniveaus 1 bis 4 der Stelle.

Gemäss Bundesgericht dürfen für die Invaliditätsbemessung – zumindest bis auf Weiteres – nur die (unter anderem) nach dem Kompetenzniveau differenzierten TA1-Tabellen der LSE 2012 verwendet werden, hingegen nicht die TA1 b Tabellen (BGE 142 V 178 E. 2.5.7).

E. 6.4

Der Zentralwert für mit einfachen Tätigkeiten (skill-level 1) beschäftigte Männer betrug im Jahre 2012 im privaten Sektor Fr. 5'210.-- (LSE, Tabelle TA 1), was unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2'188 Punkten im Jahr 2012 und 2'220

im Jahr 2014 (Rentenbeginn, vgl. unten E. 5.6) sowie einer im Jahr 2013 geltenden betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (BSF, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen T 03.02.03.01.04.01) ein hypothetisches Einkommen von Fr. 66'130.-- pro Jahr und bezogen auf ein Pensum von 70 % ein solches von Fr. 46'291.-- ergibt.

E. 6.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur mehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen bewerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzuges vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3. 2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C_728/2009 E. 4.1.2).

E. 6.6

Der Beschwerdeführer kann seine ursprünglich schwere körperliche Arbeit nicht mehr ausführen, und auch in leichten Tätigkeiten bestehen Einschränkungen dahingehend, als dass diese Tätigkeit wechselpositioniert sein sollte, nur selten in vorgeneigter Position und über Brusthöhe bis höchstens Kopfhöhe, nur selten in kauender oder kniender Position und unter Vermeidung von Gehen auf unebenem Gelände ausgeübt werden kann und nur seltenes Treppensteigen erfordern darf. Ausserdem sollte sich der Versicherte die Tätigkeit relativ flexibel einteilen und auch alleine durchführen können. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren rechtfertigt sich ein Tabellenlohnabzug von mindestens 15 % (eine genauere Bezifferung erübrigt sich ausgangsgemäss), womit das Invalideneinkommen Fr. 39'347.-- beträgt. Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 65'315.-- resultiert

eine Erwerbseinbusse von Fr. 25'968.-- beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von 39.8 %, mithin gerundet 40 % (BGE 130 V 121). Damit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente .

E. 6.7

Der Beschwerdeführer stellte sein Gesuch (Neuanmeldung) am 9. Juli 2013 (vgl.

Urk. 8/164). Er war in seiner ursprünglichen Tätigkeit seit dem Unfall

vom 25. Juli 2000 zu 100 % arbeitsunfähig. Damit war das Wartejahr am 9. Juli 2013 bereits erfüllt. Spätestens seit der Neuanmeldung besteht ein Invaliditätsgrad von 40 %, so dass der Rentenanspruch sechs Monate nach der Neuanmeldung vom 9. Juli 2013 im Januar 2014 entstand.

Damit ist die Beschwerde gutzuheissen. Der Beschwerdeführer hat ab Januar 2014 Anspruch auf eine Viertelsrente .

E. 7.1

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. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 7.2

Dem obsiegenden, anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer steht eine Parteientschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr.

220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 3'000.-- festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 10. Februar 2015 aufgehoben mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab Januar 2014 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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