

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00574 vom 7. Juli 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-07-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00574

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00574 du 7 juillet 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00574 del 7 luglio 2016

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

).

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (siehe Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, Schaffhauser/Schlauri, Hrsg., Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 92 f.). Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ

vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (siehe Kopp/Willi/Klippstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, S.1434, mit Hinweis auf eine grundlegende Untersuchung von Winckler und Foerster; BGE 131 V 51). 5.5

Insbesondere Dr. Z.____ berichtete in ihrem Verlaufsgutachten vom Mai 2014 (vgl. vorstehend E. 4.2.2) von erheblichen Diskrepanzen anlässlich der durchgeführten Untersuchung. So seien der intermittierende Tremor und das Schmerzstöhnen bei Ablenkung verschwunden, wie sich auch der hinkende Gang und die Beweglichkeit der HWS bei Ablenkung normalisiert hätten. Des Weiteren berichtete Dr. Z.____ über eine deutlich verminderte Handkraft, die nicht zu erklären gewesen sei. Auch PD Dr. A.____ berichtete von einer doch recht ausgeprägten Verdeutlichungstendenz (vgl. vorstehend E. 4.2.3).

Dem Gutachten lässt sich ein hohes Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers entnehmen. So macht er zwei bis dreimal täglich zu Hause gymnastische Übungen und Spaziergänge von ein bis zwei Stunden Dauer, trifft sich regelmäßig mit Familienangehörigen und Kollegen.

Zusammenfassend liegt hier der Ausschlussgrund gemäss BGE 141 V 281 (vgl. vorstehend E. 1.4) vor, bei einer weitgehend normalen Freizeitgestaltung und intaktem sozialem Umfeld. Mithin hat die Beschwerdegegnerin der somatoformen Schmerzstörung im Ergebnis zu Recht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beigemessen. 5.6

Aufgrund des Gesagten ist daher festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der rentenanspruchsverneinenden Verfügung vom 10. Juli 2012 (Urk. 7/110) weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise verändert respektive verschlechtert hat. Es sind zwar aus somatischer Sicht neue Diagnosen hinzugekommen, jedoch ist davon auszugehen, dass hieraus keine weitergehende Einschränkung des von Dr. Z.____ und PD Dr. A.____

formulierten Belastungsprofils resultiert.

Es ist demnach nach wie vor davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 100 % zumutbar ist. 6.

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 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

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).

E. 1.6

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.7

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 IVG).

E. 1.8

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

3. April 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm rückwirkend eine angemessene Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantra gte mit Beschwerdeantwort vom 1 8. Juni 2015 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung vom 2 3. April 2015 (Urk. 2) damit, der Beschwerdeführer sei seit Oktober 2009 in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Gemäss dem durchgeführten bidisziplinären medizinischen Gutachten und eig e ner medizinischer Beurteilung seien dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht leichte angepasste Tätigkeiten weiterhin zu 100 % zumutbar. Die Funktionseinbussen aus psychiatrischer Sicht seien sehr geringfügig, so dass davon ausgegangen werden könne, dass die psy chiatischen Diagnosen die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkten. Unter Berück sichtigung eines Leidensabzuges von 10 % resultiere ein rentenanspruchs ausschliessender Invaliditätsgrad

(S. 2 f.).

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, sein Gesundheitszustand habe sich seit der letztmaligen Begutachtung im Jahr 2012 verschlechtert, was sich schon aus der Diagnoselist e ergebe. Die Arbeitsfä higkeit werde zusätzlich durch die Halswirbelsäulen (HWS) -Verletzung beein trächtigt und die Verletzung der Lendenwirbelsäule (LWS) habe sich derart ver schlimmert, dass sie im Jahre 2013 habe operiert werden müssen (S. 5 f f . Ziff. 7.2 . -3 .). Das Gutachten von Dr. Z.____

beruhe auf unvollständigen Abklärungen. So habe sie keinerlei bildgebende Abklärungen veranlasst und sich auf veralte t e Aufnahmen gestützt (S. 6 f. Ziff. 7.3.). Auch habe sich die Gutachterin nicht zu den Auswirkungen der im Juli 2013 durchgeführten Laminektomie L3/4 auf die Arbeitsfähigkeit geäussert , und der blosse Hinweis auf eine Publikation der Swiss Insurance Medicin e

(SIM) ersetze die Beschrei bung des Zumutbarkeitsprofils aufgrund des konkreten Gesundheitsschadens nicht (S. 7 f. Ziff. 7.3.1.) . Auch hinsichtlich der Situation an der HWS sei nicht ersichtlich, weshalb es sic h um einen Bagatellschaden hand el n solle. Eine neu rologische Untersuchung habe nicht stattgefunden und auch diesbezüglich fehle ein konkretes Zumutbarkeitsprofil (S. 8 Ziff. 7.3.2). Auch der Zustand des rechten Knies sei ungenügend abgeklärt worden (S. 8 f. Ziff. 7.3.3.).

Er leide zudem an einer neurogenen Blasenfunktionsstörung und an einer Verletzung am linken Vorderfuss, welche die Arbeitsfähigkeit zusätzlich beeinträ chtigten (S. 9 f. Ziff.

7.3.4.-5.) . Zudem gehe aus der gutachterlichen Feststellung von PD

Dr. A.____ hervor, dass sich das depressive Leiden chronifiziert habe , weshalb nicht von dessen Überwindbarkeit ausgegangen werden könne und das Aus mass ergänzend abgeklärt werden müsse (S. 10 f. Ziff. 7.3.6.).

Hinsichtlich des Valideneinkommens sei vom tatsächlich erzielten Jahreseinkommen bei der früheren Arbeitgeberin a uszugehen (S. 11 f. Ziff. 8.). 3. 3.1

Streitig und zu prüfen ist, ob sich seit der leistu ngsverneinenden Verfügung vom 1 0. Juli 2012 (Urk. 7/110) der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in rentenrelevanter Weise verändert hat, namentlich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. 3.2

Die re ntenverneinende Verfügung vom 1 0. Juli 2012 (Urk. 7/110) beruhte in medi zinischer Hinsicht im Wesentlichen auf der Einschätzung von Dr. Z.____

und PD Dr. A.____ vo m 3. respektive 4. und 1 2. April 20

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 1 0. Juli 2015 zur Kenntnis geb racht (Urk.

E. 6.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen ein kommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahr scheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Ein kommens entwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrschein lichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 6.2

Für die Vornahme des Einkommensvergleiches ist grundsätzlich auf die Gegeben heiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2014, abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

Der Beschwerdeführer arbeitete vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 2009 bei der Y.____ und erzielte im Jahr 2008 ein Einkommen von Fr. 79'307.-- (IK-Auszug, Urk. 7/146).

Dies ergibt unter Berücksichtigung der Nom inallohnenent wicklung im Jahr 2009 von 2 % , im Jahr 2010 von 0.7 % (Die Volkswirtschaft 6-2012, S. 95 Tabelle B 10.2 , lit . F) im Jahr 2011 von 1.0 % , im Jahr 2012 von 0.7 % und in den Jahren 2013 und 2014 von 0.5 %

(vgl. Schweizerischer Lohnindex nach Branche; Index und Veränderungen auf der Basis 2010 = 100 % , www.b fs.admin.ch, Bereich Baugewerbe, lit . F Ziff. 41-43) ein massgebendes hypothetisches Vali denein kommen von rund Fr. 83'680 .-- im Jahr 2014 (Fr. 79'307.-- x 1.020 x 1.007 x 1.010 x 1.007 x 1.005 x 1.005).

E. 6.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb , vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40

Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

E. 6.4

Das im Jahr 2012 von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug pro Monat Fr. 5'210.-- (LSE

2012 , S. 35, Tabelle TA1, Niveau 1). Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Normalarbeitszeit; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten, betriebsübliche Wochenarbeitszeit), der Nominallohnentwicklung von 0.7 % im Jahr 2013 und von 0.8 % im Jahr 2014 (vgl. Schweizerischer Lohnindex nach Branche; Index und Veränderungen auf der Basis 2010 = 100 %, www.bfs.admin.ch, Total) ergibt sich ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 66'158.-- im Jahr 2014 (Fr. 5'210.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.007 x 1.008).

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 nurmehr 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 Vergleichsein kommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des so genannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs 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 ange messen 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).

V orliegend erscheint der von der Beschwerdegegnerin gewährte zusätzliche leidensbedingte Abzug von 10 % der Situation des Beschwerdeführers für angemessen , so dass keine neue Schätzung erfolgt.

E. 6.6

U nter Berücksichtigung eines Abzugs von 10 % ergibt sich ein Invaliden einkommen in der Höhe von rund Fr. 59'542.-- (Fr. 66'158.-- x 0.9). Bei einem Valideneinkommen von rund Fr. 83'680.-- (vgl . vorstehend E. 6 .2) resultiert somit eine Einkommenseinbu sse von Fr. 24'138.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 29 % entspricht .

Der res ultierende Invaliditätsgrad liegt damit klar unter dem rentenan spruchs be gründenden Minimum von 40 %. Demnach erweist sich die ange fochtene Verfügung im Ergebnis als rechters, was zu r Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 9 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdef ührer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9 00 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

E. 8

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 12

(Urk. 7/84-86), wobei damals den psychiatrischen Leiden keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt wurde (vgl. Urk. 7/88/8, Urk. 7/109/2-3).

Die Gutachter stellen in ihrer interdisziplinären Zusammenfassung (Urk. 7/86) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Syndrom rechtsbetont beidseits bei - mittelschwerer Spinalkanalstenose L3/L4 beidseits und L4/L5 links mit Verlagerung der Nervenwurzel L5 links ohne Kompression (MRI November 2011) mit normalen neurologischen Befunden und normalen EMG- und SEP-Untersuchungen (Januar 2012) - Knieschmerzen beidseits unklarer Ätiologie bei - Status nach Arthroskopie des rechten Knies am 4. Januar 2010 mit

Teilmeniskektomie des medialen Meniskushinterhorns mit

leicht progressivem retropatellärem Knorpelschaden (MRI des rechten Knies November 2011 gegenüber April 2010) und - kein Nachweis einer Arthrose im linken Knie (Röntgen November 2011)

Die Gutachter führten in ihrer Zusammenfassung bezüglich der Arbeitsunfähigkeit aus, aus internistisch-rheumatologischer Sicht benötige der Beschwerdeführer eine Tätigkeit, die auf die eingeschränkte Funktion der LWS und des rechten Knies Rücksicht nehmen. Eine solche Tätigkeit könne er zu 100 % ausüben.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wie auch in einer Verweisungstätigkeit.

Demnach könne der Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht eine adaptierte Tätigkeit seit dem 22. März 2012

(Datum der psychiatrischen Untersuchung) zu 80 % ausüben (S.

1 f.) 4. 4.1

Im Zusammenhang mit der Neuanmeldung vom

Februar 2014 (Urk. 7/134) finden sich folgende medizinischen Berichte in den Akten:

Dr. med. B. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, stellte in seinem Bericht vom 7. Februar 2014 (Urk. 7/132) folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei - Spinalkanalstenose L3/4 und L4/5 - Status nach subtotaler Laminektomie L3/4 am 25. Juli 2013 - elektrophysiologisch stabiler Befund März 2013 - neurogene Harnblasenfunktionsstörung - chronisches cervicospondylogenes Syndrom bei - Diskushernie C5/6 rechts mit Reizung C5 rechts -

Gonarthrose rechts mehr als links mit - extraartikuläre m

Kreptieren im Bereich des Ligamentum

Patellae beidseits - Status nach Teilmeniskektomie rechts Januar 2010 - Status nach Kniedistorsion Oktober 2009 - reaktive Depression - Tinnitus links

Dr. B.____ führte aus, beim Patienten hätten sowohl die Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates als auch die depressive Stimmungslage deutlich zugenommen. Es bestehe daher aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jed welche Tätigkeiten (S. 1). 4.2 4.2 .1

Dr. Z.____ und PD Dr. A.____ erstatteten am 1 9. Mai respektive 4. und 2 0. Juni 2014 ihr Verlaufsgutachten (Urk. 7/138, Urk. 7/141, Urk. 7/143) .

Sie stellten in ihrer bidisziplinären Zusammenfassung vom 2 0. Juni 2014 (Urk. 7/143) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der LWS bei - Status nach subtotaler

Laminektomie L3 und L4 a m 2 5. Juli 2013 mit normalen postoperativen Befunden (MRI Oktober 2013) bei

mit telschweren Spinalkanalstenosen L3/L4 beidseits und L4/L5 links mit recessaler Enge L4 beidseits und L5 links und m öglicherweise L3 rechts (MRI Juli 2013) - ohne radikuläre Zeichen - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der HWS bei - Diskusprotrusion C5/C6 rechts mit Einengung des Neuroforamens und

möglichem Kontakt zur Nervenwurzel C6 rechts ohne Kompres sion (MRI August 2013) - ohne radikuläre Zeichen - Verminderte Belastbarkeit und Beschwerden des rechten Knies bei - Status nach Arthro skopie des rechten Knies am 4. Januar 2010 mit Teilmeniskektomie des medialen Meniskushinterhorns mit

leicht pro gredientem Knorpelsc haden (MRI November 2011 gegenüber April 2010) bei alters entsprechendem Röntgenbefund (August 2012)

Die Gutachter führten aus, aus

bidisziplinärer Sicht könne der Beschwerdeführer eine adaptierte Tätigkeit zu 80 % ausüben (S. 1) . 4. 2 .2

Dr. Z.____ führte in ihrem internistisch-rheumatologischen Verlaufsgutach ten vom 1 9. Mai 2014 (Urk. 7/138)

aus ,

in der klinischen Untersuchung sei weiterhin eine Adipositas Grad I vorhanden. Die Untersuchung werde durch erhebliche Gegenspannung stark erschwert. Es fielen Diskrepanzen auf. Der intermittierende Tremor wie auch das intermittierende Schmerzstöhnen würden bei Ablenkung verschwinden . Der intermittierend hinkende Gang normalisiere sich bei Ablenkung. Wegen Gegenspannung sei die Beweglichkeit der LWS und der Brustwirbelsäule (BWS) nicht prüfbar. Bei der direkten Prüfung de r Beweg lichkeit der HWS zeige der Beschwerdeführer eine deutliche Einschränkung. Unter Ablenkung normalisiere sich die HWS-Beweglichkeit.

Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Er nehme bei der Untersuchung spontan den Langsitz ein, was eine wesentliche lumbale Kompression ausschliesse (S. 42 Ziff. 10 Mitte).

Dr. Z. ___ führte aus, alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Synovitiden oder überwärmte Gelenke seien nicht vorhanden. Die beiden Knie krepitierten nicht bei der Prüfung der Knie-Beweglichkeit in der Bauch- beziehungsweise Rückenlage. Die Bioimpedanz-Analyse zeige trotz der Adipositas eine erfreulich grosse Muskelmasse von 49 %, welche den Normwert von 40 % weit übertreffe. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom April 2012 habe die Muskelmasse um 2 % beziehungsweise drei Kilo zugenommen. Dem entspreche, dass er angebe, neu täglich zwischen 20 bis 45 Minuten ein Heimprogramm zu absolvieren, sowie weiterhin täglich ein bis zwei Stunden lang zu spazieren. Eine lang andauernde körperliche Schonung könne aus der Zunahme seiner Muskelmasse keinesfalls abgeleitet werden (S. 42 unten).

Der bildgebende Befund der HWS (August 2013) sei keinesfalls gravierend. Um dem Beschwerdeführer nicht Unrecht zu tun, würden diese Befunde unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt, obwohl dies durchaus diskutiert werden könne. Die neue Funktionseinschränkung der HWS führe nicht zu einer wesentlichen zusätzlichen Einschränkung. Die MRI-Untersuchung der LWS (Oktober 2013) habe normale postoperative Befunde gezeigt (S. 43 oben).

Die vorhandenen Befunde erklärten das Ausmass der Beschwerden indessen nicht. Im Vergleich zur früheren Untersuchung habe seine Muskelmasse um 2 % zugenommen. Ausserdem habe sich die Dolorimetrie normalisiert. Der Beschwerdeführer zeige auch keinen pseudopositiven Lasègue mehr. Es sei daher eher zu einer Besserung des Gesundheitszustandes gekommen und keinesfalls zu einer Verschlechterung (S. 43 Mitte).

Aus rheumatologischer Sicht habe es keine Ursache für die deutlich verminderte Handkraft beidseits gegeben. Hier habe sicher eine Selbstlimitierung bei der Messung bestanden. Sogar Patientinnen mit einer fortgeschrittenen erosiven rheumatoiden Arthritis mit verkrüppelten Händen erreichten in der Regel eine höhere Handkraft. Keinesfalls wäre mit der demonstrierten Handkraft das Lenken eines Autos möglich, was er doch regelmässig mache (S. 43 unten).

Dr. Z. ___ führte aus, der Beschwerdeführer sei durch die eingeschränkte Funktion der HWS, der LWS und des rechten Knies limitiert. Gemäss der Empfehlungen der SIM sei hinsichtlich des Rückens zu beachten, dass Rückenfunktionseinschränkungen sich je nach Art und Ausmass unterschiedlich auf die Fähigkeit auswirkten, häufig Lasten ohne Hilfsmittel zu heben und zu tragen. Bei HWS-Problemen seien oft zusätzlich Überkopfarbeiten sowie Vibrationen zu meiden. Das längere Verharren in vornübergeneigter Haltung sei zu vermeiden. Ebenso seien unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen auszu-schliessen. Eher günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten. Aus Gonarthrosen mit Gelenkinstabilität könnten sich auch Einschränkungen für das Besteigen von Leitern und Gerüsten, das Arbeiten in kauender, kniender oder (bedingt) stehender Position sowie das Gehen in unebenem Gelände, längeres Abwärtsgehen oder Hinunterspringen ergeben. Meist würden sich keine Einschränkungen für wechselbelastende Tätigkeiten und für im Sitzen zu verrichtende Tätigkeiten ohne Zwangshaltung für das betroffene Bein respektive genügende Beinfreiheit für

Spontanbewegungen ergeben. Der Beschwerdeführer könne Lasten bis zu 15

kg heben oder tragen (leichtes bis mittelschweres Belastungsniveau). Tätigkeiten, die diesem Profil entsprächen, könne er zu 100

% ausüben bezogen auf ein Pensum von 100 % . Die neue Funktionseinschränkung im Bereich der HWS führe nicht zu wesentlichen zusätzlichen Einschränkungen, da bereits im April 2012 eine Funktionseinschränkung im Bereich der LWS bestanden habe (S. 44 f. Ziff. 11.4).

Dr. Z.____ führte aus, es sei zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers gegenüber der Beurteilung im früheren Gutachten vom April 2012 gekommen. Weiterhin sei der Beschwerdeführer ab Oktober 2009 in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr arbeitsfähig, in einer angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit sei er dagegen zu 100 % arbeitsfähig bezogen auf ein Pensum von 100 % . Das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers sei insgesamt hoch (S. 46 Ziff. 13).

Der Beschwerdeführer mache zwei- bis dreimal täglich zu Hause gymnastische Übungen. Täglich mache er Spaziergänge von ein bis zwei Stunden Dauer. Am Sonntag (Vortag der Untersuchung) sei er zwischen 7.00 und 7.30 Uhr aufgestanden, habe Kaffee getrunken und alle Medikamente geschluckt. Dann sei er draussen eine halbe Stunde lang allein an einem Fluss

spazieren gegangen und gegen Mittag habe er Besuch von vier Familienmitgliedern gehabt. Die Schwiegertochter habe für alle gekocht , und sie hätten alle zusammen gegessen. Der Besuch sei gegen 15.30 Uhr gegangen , und dann sei er mit seiner Frau noch eineinhalb Stunden lang spazieren gegangen. Die Schwiegertochter habe das Nachtessen zubereitet und dann hätten sie alle zusammen gegessen. Danach habe er ferngesehen und gegen 22.00 Uhr habe er sich zum Schlafen ins Bett gelegt. Er habe einen Führerausweis, besitze jedoch kein Auto , könne jedoch das Auto des Sohnes verwenden (S. 32

Ziff. 7.2). 4.2.3

PD Dr. A.____ führte in seinem psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 4. Juni 2014 (Urk. 7/141) aus, der Explorand habe keinerlei Auffassungsstörungen gezeigt, und auch die restlichen kognitiven Funktionen, insbesondere auch die mnestischen Funktionen hätten weiterhin nicht eingeschränkt geschienen. Die Intelligenz habe in der Bandbreite der Norm gelegen.

Der Explorand habe gut kooperiert und sei jederzeit freundlich und höflich zugewandt geblieben . Es habe sich aber erneut eine doch recht ausgeprägte Verdeutlichungstendenz gezeigt . Der Explorand habe beim Erzählen über seine Schmerzen oftmals geseufzt, sich dabei mit den Händen oft am Rücken gehalten und sich über das Gesicht gestrichen. Eine Aggravation oder eine Begehrlichkeit hätten aber zu keinem Zeitpunkt bestanden (S. 5 f. unten).

PD Dr. A.____ führte aus, in der hiesigen Untersuchung habe der Explorand praktisch identische objektive Befunde wie jene, die im Gutachten vom April 2012 aufgeführt worden seien, gezeigt. Erneut könne gesagt werden, dass die detailliert aufgeführten objektiven Untersuchungsbefunde untermauerten, dass die depressive Störung nicht über ein leichtes Ausmass hinausgehe . Insbesondere diejenigen objektiven Parameter, die sehr gut die in nerpsychische Vitalität objektiv abzubilden vermöchten, zeigten wiederum

maximal leicht psychopathologische Auslenkung, so der Gesichtsausdruck, die Psycho- und Sprachmotorik, die Affektverarmung und die affektive Schwingungsfähigkeit, während beispielsweise kognitive Funktionen wie auch Denktempo nicht beeinträchtigt gewesen seien (S. 8 oben).

Auch könnte heute gesagt werden, dass wenn man sich alleine auf die subjektiven Angaben des Exploranden abstützen würde, man eventuell versucht wäre, hier eine mittelgradige depressive Episode zu diagnostizieren. Mit seinen subjektiven Angaben habe der Explorand zwar auch heute zunächst die Kardinalkriterien für eine depressive Episode gemäss ICD - 10 erfüllt, doch seien seine subjektiven Angaben erneut vor dem Hintergrund einer nicht übersehbaren Verdeutlichungstendenz zu interpretieren, die im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vorzuliegen scheine. Ebenfalls seien diese Angaben vor dem Hintergrund eines Alltags zu interpretieren, der für den Exploranden in nachvollziehbarer Weise nach 20-jähriger Berufsanamnese in der Schweiz als weiterhin inhaltslos imponiere, so dass es schlicht wenig Situationen gebe, die ihn erfreuen könnten.

Ein weiterer Grund für die Diskrepanzen zwischen den objektiven Untersuchungsbefunden und den subjektiven Angaben des Exploranden liege mit einiger Wahrscheinlichkeit in der nun doch länger dauernden Dekonditionierung vom Arbeitsplatz, das heisse der Explorand, dessen Alltag wenig inhaltsreich gestaltet sei, sehe sich viel stärker auf seine Schmerzen zurückgeworfen und nehme diese sodann entsprechend stärker und über Gebühr wahr, was mit ein Grund für die erwähnten Diskrepanzen sei (S. 8 Mitte).

PD Dr. A. ___ führte aus, zusätzlich zur depressiven Episode könne heute die anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestätigt werden. Der Explorand erfülle hier im Grund genommen sämtliche Eingangskriterien für diese Diagnose. So lägen emotionale und psychosoziale Konflikte und Belastungen vor, der Explorand scheine in diesen Schmerzen ganz gefangen zu sein, die Schmerzen schienen einem bewusstseinsfernen Mechanismus zu unterliegen, und er zeige eine sehr deutliche Schmerz- und Symptomausweitung und auch eine entsprechend verdeutlichende und ausgestaltende Schmerzbeschreibung während der hiesigen Untersuchung (S. 9 Mitte).

Andere psychiatrische Diagnose-Entitäten lägen weiterhin nicht vor. Insbesondere liege keine Persönlichkeitsstörung vor. Der Explorand habe in der hiesigen Untersuchung keinerlei interaktionale Schwierigkeiten und die persönliche Anamnese wie auch die Berufsanamnese hätten sehr stabile und konstante Beziehungsgestaltungen gezeigt.

Zu den Funktionsfähigkeiten aus psychiatrischer Sicht sei auch heute zu sagen, dass gemäss versicherungsmedizinischen Richtlinien SIM beim Vorliegen einer leichten depressiven Episode qualitative Funktionseinbussen in der Höhe von 20 % attestiert werden könnten (S. 9 unten).

Zu den Foersterkriterien könne gesagt werden, es lägen eine leichte psychische Komorbidität und chronische körperliche Erkrankungen vor. Es sei nicht zu einem sozialen Rückzug gekommen, der Explorand teile mit, dass er sich mit einigen Kollegen in einer gewissen Regelmässigkeit treffe und regelmässigen Kontakt zu seinen Familienangehörigen pflege. Die Schmerzen bestünden nun seit bald drei Jahren. Er nehme monatliche Termine bei Dr. med. C. ___, Fachärztin für Psychiatrie und für Psychotherapie, wahr. Es seien damit ein zeln dieser Foersterkriterien teilweise erfüllt, so dass dem Beschwerdeführer nicht mehr eine vollumfängliche Willensleistung zugemutet werden könne, um seine

Körperschmerzen aktiv zu überwinden. Aus den daraus resultierenden Funktionseinbußen seien aber bereits diejenigen mitberücksichtigt, die sich aus der leichten depressiven Episode ergäben. Sie seien also sehr geringfügig (S. 10 Mitte).

Hinsichtlich des Berichts von Dr. C.____

vom 21. Juni 2012 führte PD Dr. A.____ aus, dass diese von einer Depression von „erheblicher Schwere“ spreche, ohne dass aber irgendeine klare Bezeichnung des Schweregrades oder ein ICD-10 Code mitgeliefert werde. Im Psychostatus fänden sich zur Affektivität Angaben, dass der Patient affektiv deprimiert sei, aber affektiv gut schwingungsfähig. Ansonsten fänden sich zur Grundstimmung keinerlei objektive Untersuchungsbefunde, sondern hauptsächlich subjektive Angaben des Exploranden. Die wenigen mitgelieferten Untersuchungsbefunde könnten nicht aufzeigen, dass hier eine Depression von „erheblicher Schwere“ vorliege. Ebenso wenig könnten sie die hohe attestierte Arbeitsunfähigkeit von 90 % in der angestammten Tätigkeit beziehungsweise von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit untermauern. Vor diesem Hintergrund sei dieser Bericht von Dr. C.____, den sie auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten verfasst habe, aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht verwertbar (S. 12 Mitte). 4.3

Die Ärzte des

Zentrums für Paraplegie, D.____, stellten in ihrem Bericht vom 12. September 2014 (Urk. 7/157/1-2) nach durchgeführter neurologischer und neurophysiologischer Untersuchung vom 11. September 2014 folgende Diagnosen (S. 1): - Lumboischialgie bei Spinalkanalstenose L3/4 und L4/5 mit rezessaler Enge L4 beidseits und L5 links sowie leicht progredienter rezessaler Enge L3 rechts - Status nach subtotaler Laminektomie L3/4 am 25. Juli 2013 - Status nach Nervenwurzelblock C5 rechts am 29. August 2013 - elektrophysiologisch stabiler Befund (März 2013) - MR-tomographisch leichte Progredienz (Februar 2013) - Harnblasen- und Sexualfunktionsstörung unklarer Ätiologie - Harnblasenentleerung per urethram - Video-Urodynamik April 2013: Hypo- bis normokapazitive, hypersensitive und überaktive Harnblase mit Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie - Urethro-Zystoskopie/Harnblasenspülzytologie April 2013: Kein Malignitätsnachweis - unter antimuskarinerger Therapie mittels Toviaz 4 mg/d seit dem 18. April 2013 - foraminale Diskushernie C5/6 rechts mit Kontakt zur Nervenwurzel mit Status nach Infiltration C6 rechts am 29. August 2013 - Verdacht auf extraartikuläres

Krepitieren im Bereich des Ligamentum patellae beidseits - Status nach intraartikulärer Kortisoninfiltration Knie rechts November 2010 - Status nach Kniearthroskopie mit Teilmeniskektomie rechts (Hinterhorn medial) Januar 2010 bei Status nach rechtsseitiger Kniearthroskopie Oktober 2009

Die Ärzte führten aus, die Zuweisung des Patienten sei durch die Kollegen der Urologie erfolgt, bei nach wie vor vorhandenen immobilisierenden und invalidisierenden Schmerzen mit Lumboischialgien vorwiegend ins rechte Bein ausstrahlend. Die letzten Messungen diesbezüglich seien vor etwa drei Monaten erfolgt, welche damals unauffällig gewesen seien.

Die Ärzte führten aus, im Verlauf der letzten drei Monate gebe es keinen Anhalt auf eine akute Verschlechterung der Beschwerden. Neurologisch und neurophysiologisch zeigten sich stabile Befunde (S. 2 unten). 4.4

Die Ärzte des Zentrums für Paraplegie, D.____, stellten in ihrem Bericht vom 21. Oktober 2014 (Urk. 7/157/6-7) folgende Hauptdiagnosen (S. 1): - neurogene Blasenfunktionsstörung bei Diagnosen 2 und 3 - Lumboischialgie bei Spinalkanalstenose L3/4 und L4/5 mit rezessaler Enge L4 beidseits und L5 links sowie leicht progredienter rezessaler Enge L3 rechts - Status nach Contusio

spinalis Juli 2007 - Polydipsie (Differenzialdiagnose Diabetes insipidus) - Status nach Transposition der Tuberositas links wegen habitueller Patellaluxation 2000 - Status nach Bandrekonstruktion des oberen Sprunggelenkes (OSG) rechts und Ganglionexzision 2000

Die Ärzte führten aus, in der letzten urodynamischen Untersuchung im Mai 2014 habe sich unter antimuskarinerger Therapie mit Toviaz eine hyperkapazitive, hyposensitive und akontraktile Harnblase gefunden. Der Patient sei daher zumindest ergänzend auf die Durchführung des intermittierenden Selbstkatheterismus angewiesen (S. 2). 4. 5

Die Ärzte der Orthopädie, D.____, stellten in ihrem Bericht vom 4.

Dezember 2014 (Urk. 7/159) die gleichen Diagnosen wie die Ärzte des Zentrums für Paraplegie in ihrem Bericht vom 12. September 2014 (S. 1, vgl. vorstehend E. 4. 3).

Sie führten aus, der Patient habe über eine unveränderte Schmerzsymptomatik berichtet, vor allem lokalisiert in der unteren Lendenwirbelsäule, im Nacken und über das bekannte rauschende Geräusch im linken Ohr. Zudem habe sich die urogenitale Funktion nicht verändert (S. 2 oben).

Am 2. Dezember 2014 sei ein MRI der LWS durchgeführt worden. Es habe sich im Vergleich zum 1. Oktober 2013 keine wesentliche Befundänderung ergeben (S. 2). 4. 6

Dr. C.____

stellte in ihrem Bericht vom 10. Februar 2015 (Urk. 7/164) folgende Diagnosen (S. 2): - mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer chronifizierten Depression (ICD-10 F33.11) und einer Schmerzstörung bei Status nach einem Unfall am Arbeitsplatz mit Knie- und Knöcheldistorsion rechts am 22. Oktober 2009 mit medialer Meniskusruptur und Lumboischialgien bei Nervenwurzelkompression (Rezessusstenose L3/L4 und L4/5) - hypochondrische Störung im Zusammenhang mit einem wahrscheinlich benignen Hirntumor

Dr. C.____ führte aus, in der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von etwa 90 % und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine solche von etwa 70 %. Aus psychiatrischer Sicht sei eine leichte körperliche Tätigkeit ohne Stress und Leistungsdruck ca. 1 bis 2 Stunden pro Tag möglich. Wegen der somatischen Problematik sei dies offenbar nicht möglich, da der Beschwerdeführer nach ein paar Minuten Anstrengung starke pulsierende Kopfschmerzen, wahrscheinlich wegen des Hirntumors, spüre (S. 3).

Der Beschwerdeführer stehe seit Januar 2012 wegen einer psychischen Problematik im Rahmen der schweren körperlichen Problematik und existenziellen Ängsten in ihrer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. In der Verlaufszeit von einem Jahr (seit ihrem Bericht vom 22. Januar 2014) hätten sieben Gespräche stattgefunden.

Es sei unter der antidepressiven medikamentösen- und Gesprächstherapie nur zu einer leichten Besserung des psychischen Zustandes gekommen, weil die somatische Problematik überwiege und eine tiefe Stimmung und Ängste verursache.

Neben hypochondrischen Ängsten, die mit körperlichen Beschwerden zur Erhöhung der Unruhe führten, kämen noch Zukunftsängste hinzu. Der Beschwerdeführer habe berichtet, er würde zu Hause nur schweigen. Die Ungewissheit wegen des Hirntumors habe ihn verängstigt, gelähmt und nervös gemacht. Dazu müsse er öfters auf die Toilette und die Beine täten ihm sehr weh, rechts mehr als links. Im Nacken spüre er einen Krampf sowie ständiges Ohrensausen links. Er habe berichtet, er schlafe schlecht in der Nacht und sei dann tagsüber sehr müde und vergesslich. Er denke ständig negativ. Wegen der Nervosität habe er einen trockenen Mund. Er sei ganz kaputt (S. 1 unten). 4. 7

Dr. med. E. ____, Teamleiterin Rehabilitation, D. ____, stellte in ihrem Bericht vom 17. Februar 2015 (Urk. 3/4) folgende Diagnosen (S.

1 f.): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Spinalkanalstenose L3/4 und 4/5 mit/bei: - Status nach subtotaler Laminektomie L3/4 Juli 2013 - CT-gesteuerte Facettengelenksinfiltration L5/S1 beidseits am 13. Januar 2015: Nur zwei Tage Schmerzreduktion - CT-gesteuerte Facettengelenksinfiltration L3/4 und 4/5 beidseits am 10. Dezember 2014: Keine Schmerzreduktion - Osteochondrose LWK5/S1, Osteophyten ventral L2-5 (Röntgen LWS

1. Oktober 2013) - segmentale Segmentdegenerationen, breitbasige

Diskusprotrusion ohne Neurokompression, leichte Facettengelenksdegeneration L3/4, Anulus

fibrosis -Riss BWL 4/5 und Kontakt der Diskusprotrusion zur Wurzel L5 links rezessal, Wurzeltaschenzysten Höhe SWK1/2 (MRI LWS 1. Oktober 2013) - vorbestehend mögliche Reizung L5-Wurzel links rezessal aufgrund von Spondylarthrose (ansonsten keine wesentliche Befundänderung zum 1. Oktober 2013, MRI LWS 2. Dezember 2014) - CT-gesteuerte Nervenwurzelinfiltration Höhe L4/5 mit 40 mg Kenacort und Naropin 14. Februar 2012: Keine anhaltende Schmerzreduktion

- CT-gesteuerte epidurale Infiltration Höhe L3/4 mit 40 mg Kenacort und Naropin: Keine anhaltende Schmerzreduktion (Dezember 2011) - unauffällige neurologisch-neurophysiologische Untersuchung Mai 2014 und September 2014: leichtgradig verlängerte Tibialis SEPs - symptomatische Inguinalhernie rechts - neurogene Harnblasenfunktionsstörung - Harnblasenentleerung ausschliesslich willkürlich per urethram seit Mai 2014 mit Status nach temporärem ergänzenden intermittierenden Selbstkatheterismus - unter Therapie mit Toviaz 8 mg/d seit Mai 2014 - Urodynamik Mai 2014: Hyperkapazitive, hyposensitive und akontraktil Harnblase - Status nach Therapie mit Emselex 2007 - Status nach rezidivierenden Harnwegsinfektionen - Distal betonte Monoparesen L4/S1 links (DD: Konversionsyndrom) bei Status nach Contusio spinalis Juli 2007 - neurologische/neurophysiologische Untersuchung Mai 2009:

Discrete Schädigung des Nervus

ischiadicus; ansonsten unauffälliger Befund - substituierte Hypothyreose - Status nach Transposition der Tuberositas

tibiae links 2000 bei habitueller linksseitiger Patellaluxation - Status nach OSG - Bandrekonstruktion sowie Ganglionexzision rechts 2000 - Hamartom der Hypophyse (klinisch stumm) - Verdacht auf extraartikuläres

Krepitieren im Bereich Ligamentum

patellae beidseits - Status nach erfolgloser intraartikulärer Kortisoninfiltration rechtes Knie am 15. November 2010 - Status nach Kniearthroskopie rechts mit Teilmeniskektomie

Hinterhorn medial am 4. Januar 2010 bei - Status nach Kniearthroskopie rechts am 22. Oktober 2009 mit medialer Meniskusruptur - Vorderfußschmerzen linksbetont mit/bei degenerativen Veränderungen des MTP Dig. I links (Röntgen Fuß links Januar 2015)

Dr. E.____ führte aus, es sei eine Weiterentwicklung zur Besprechung der konventionellen Bildgebung erfolgt. Der Patient habe nun eine Serie Physiotherapie gehabt, von welcher er profitiert habe. Er benötige jedoch noch eine zweite Verordnung. Nach wie vor habe er Vorderfußschmerzen links sowie multilokuläre Beschwerden im Bereich der Knie, Hüften, des gesamten Rückens und des Kopfes. Eine entsprechende Abklärung wegen eines cerebralen Tumors seien im F.____ im Gange. Bildgebend habe sich eine MTP

I Arthrose links gezeigt. Es sei dem Patienten eine Verordnung zur Anpassung des vorhandenen Schuhwerks inklusive Abrollhilfe und retrokapitale Abstützung ausgehändigt worden. Die zusätzliche medikamentöse Analgesie bringe eine Schmerzreduktion. Eine zweite Physiotherapieverordnung sei ausgehändigt worden. Es seien im Rahmen ihrer Sprechstunde keine Termine mehr geplant (S. 3). 5. 5.1

Die Beschwerdeführerin stütze sich in ihrer rentenanspruchsverneinenden Verfügung (Urk. 2) auf die Verlaufsgutachten von Dr. Z.____ und PD

Dr.

A.____

vom 19. Mai, respektive 4. und 20. Juni 2014 (vgl. vorstehend E.

4.2), erachtete aber die von psychiatrischer Seite her diagnostizierten Einschränkungen als derart gering, als sie von einer vollständigen Überwindbarkeit dieser, und damit von einer seit letztmaliger Rentenprüfung nach wie vor bestehenden vollständigen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausging (vgl. vorstehend E. 2.1).

Dagegen machte der Beschwerdeführer geltend, sein Gesundheitszustand habe sich seit der letztmaligen Begutachtung im Jahr 2012 verschlechtert,

und auf das Verlaufsgutachten von Dr. Z.____ und PD Dr. A.____ könne nicht abgestellt werden (vorstehend E. 2.2). 5.2

Diese Einschätzung vermag nicht zu überzeugen. Vielmehr kann auf das rheumatologische Verlaufsgutachten von Dr. Z.____ vom Mai 2014 (vorstehend E. 4.2.2)

abgestellt werden. So wurden die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigt, und die Gutachter in

setzte sich mit diesen und dem Verhalten des Beschwerdeführers umfassend auseinander. Dr. Z.____ begründete ausführlich, wie sie zu ihrer Beurteilung gelangte. Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.8) sind daher erfüllt.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, Dr. Z.____ hätte lediglich eine veraltete Bildgebung vorgelegen, ist zu beachten, dass das im Dezember 2014 durchgeführte MRI

der LWS keine neuen Erkenntnisse brachte (vgl. vorstehend E. 4.5) und auch med. pract. G.____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regio naler Ärztlicher Dienst (RAD), im November 2014 zusätzliche medizinisch-technische Untersuchungen für nicht indiziert erachtet (vgl. Urk. 7/166/2).

Dr. Z.____ formulierte ihr Leistungsprofil unter Berücksichtigung der strukturellen Veränderungen im Bereich der HWS, LWS und des rechten Knies. Dass sie sich dabei an den Empfehlungen der SIM orientierte, wie der Beschwerdeführer bemängelte (vgl. vorstehend E. 2.2), ist ohne Belang.

Weiter berichtete Dr. Z.____ von Diskrepanzen anlässlich der Untersuchung und verwies überdies auf den grossen Anteil und die Zunahme von

Muskelmasse im Vergleich zur letzten Untersuchung und darauf, dass von keiner lang andauernden körperlichen Schonung ausgegangen werden könne.

Auch die Ärzte des Zentrums für Paraplegie, D.____, führten im September 2014 nach durchgeführter neurologischer und neurophysiologischer Abklärung des Beschwerdeführers aufgrund der von ihm beklagten Lumboischialgien

aus, die letzten diesbezüglichen Messungen seien unauffällig gewesen.

Im Verlauf der letzten drei Monate gebe es keinen Anhalt auf eine akute Verschlechterung der Beschwerden und neurologisch und neurophysiologisch hätten sich stabile Befunde gezeigt (vorstehend E. 4.3).

Die neurogene Harnblasenfunktionsstörung

erscheint unter entsprechender medikamentöser Therapie kontrolliert und eine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist den entsprechenden medizinischen Berichten nicht zu entnehmen (vgl. vorstehend E. 4.4 und E. 4.7). Auch hinsichtlich des geltend gemachten Vorderfussleidens

kann der Beschwerdeführer keine weitergehenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für sich ableiten. So wurde er mit entsprechendem Schuhwerk versorgt und die Behandlung wurde damit als beendet angesehen (vgl. vorstehend E. 4.7).

Auch betreffend des Harnatoms wurde in den ärztlichen Berichten von keinen Einschränkungen berichtet, dieses wurde vielmehr als klinisch stumm bezeichnet

(vgl. vorstehend E. 4.7) und wurde entgegen den nicht fachärztlichen Ausführungen von Dr. C.____ (vgl. vorstehend E. 4.6) hierzu nirgends in Verbindung gebracht mit den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Kopfschmerzen schon nach ein paar Minuten der Anstrengung

oder mit anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Weiter vermag auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. B.____ (vorstehend E. 4.1) das Gutachten von Dr. Z.____ nicht in Zweifel zu ziehen, hat das Gericht doch in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). 5.3

Zu prüfen ist weiter, ob in psychiatrischer Hinsicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist und ob daraus invalidenversicherungsrechtlich relevante Auswirkungen resultieren.

Betreffend die Entwicklung des psychischen Gesundheitszustandes kann grundsätzlich auf das psychiatrische Verlaufsgutachten von PD Dr. A.____ vom Juni 2014 (vorstehend E. 4.2 .3), welches die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1. 8) ebenfalls erfüllt, abgestellt werden.

PD Dr. A.____ stellte in seinem Verlaufsgutachten vom Juni 2014 die gleichen Diagnosen wie bereits in seinem Gutachten vom 3. April 2012 (vgl. Urk. 7/85 vgl. vorstehend E. 3 . 2). Aus den Diagnosen einer leichten depressiven Episode (ICD-F32.0) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) leitete er wie bereits im April 2012 eine generelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % ab.

Er erachtete die ihm vorliegenden Ausführungen der behandelnden Psychiaterin Dr. C.____ für versicherungsmedizinisch nicht verwertbar und begründete diese Einschätzung in nachvollziehbarer Weise. Es ist ihm deshalb auch nicht vorzuhalten, dass er auf eine Kontaktaufnahme mit Dr. C.____ verzichtet hat, gab sie doch auch in ihrem Bericht vom Februar 2015 (vorstehend E. 4. 7), der ebenfalls auf ausdrücklichen Wunsch des Beschwerdeführers verfasst wurde, dessen subjektive Beschwerdeschilderungen wieder, ohne diese zu hinterfragen.

Im Übrigen stehen die lediglich sieben Mal im Jahr stattfindenden

Konsultationen in keinem Verhältnis zum Ausmass der attestierten Arbeitsunfähigkeit und Dr. C.____ vermischt somatische mit psychiatrischen Diagnosen. Zudem findet sich ein Teil ihrer Ausführungen hinsichtlich der somatischen Diagnosen in keinem der fachärztlichen Berichte wieder und entbehrt damit jeder Grundlage.

Weiter ist zu beachten, dass es gemäss Rechtsprechung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall gutachtlich befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit in bestimmter Höhe und Ausprägung führt.

Vielmehr hat die rechtsanwendende Instanz die ärztliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit auf ihre beweisrechtlich erforderliche Schlüssigkeit hin zu überprüfen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2-3.3).

Hinsichtlich der erneut von PD Dr. A.____

diagnostizierten leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) ist der Beschwerdegegnerin dahingehend zu folgen, dass dieser aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen werden kann

(vgl. auch Urteil 9C_176/2011 vom 29. Juni 2011 in E. 4.3). So hat das Bundesgericht wiederholt festgestellt, dass leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis grundsätzlich als therapeutisch angebar gelten (vgl. etwa Urteil 9C_266/2012 vom 29. August 2012 E. 4.3.2 und Urteil 9C_302/2012 vom 13.

August 2012 E. 4.3.2). 5.4

Zu beachten ist hingegen, dass nach neuer Praxis des Bundesgerichts die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nur dann zur Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades führt, wenn einerseits die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und wider spruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind, und andererseits keine Ausschlussgründe vorliegen (vgl. vorstehend E).

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