

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00037 vom 14. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00037

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00037 du 14 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00037 del 14 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]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen). Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanmeldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b).

E. 1.4

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein (BGE 115 V 111 E. 3d/bb; Maurer, Sozialversicherungsrecht, Bd. I, 2. unveränderte Aufl., Bern 1983, S. 438 Ziff. 7a). Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 133 E. 8a). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b).

E. 1.5

Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3).

E. 1.6

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen

Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis von sicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 1.7

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet 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

Hiergegen erhob die Gemeinde X.____ - welche den Versicherten regelmässig mit Sozialhilfeleistungen unterstützt (Urk. 3/3 f.) - am 11. Januar 2016 Beschwerde (Urk. 1) mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien dem Versicherten die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine angemessene Rente, zuzusprechen. Es sei ferner ein medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen. Mit Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2016 ersuchte die IV-Stelle um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Verfügung vom 4. Februar 2016 wurde Y.____ zum Prozess beigelegt (Urk. 8 f.). Er liess sich in der Folge jedoch nicht vernehmen, was den Parteien mit Verfügung vom 18. März 2016 eröffnet wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung vom 4. Dezember 2015 (Urk. 2) auf den Standpunkt, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass keine nachvollziehbaren Befunde vorliegen würden, die eine richtungsweisende Verschlechterung des Gesundheitszustandes objektivieren könnten. Es könne weiterhin von einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad ausgegangen werden (S. 1).

Hinsichtlich des im Vorbescheidverfahren von Seiten der Beschwerdeführerin gestellten Antrages auf Begutachtung des Versicherten führte die IV-Stelle sodann ergänzend an, dass es in ihrem Ermessen liege, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln der Sachverhalt im Einzelfall abzuklären sei. Aus den Berichten von Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Sportmedizin, sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ersichtlich, weshalb kein Anlass dafür bestehe, eine erneute Begutachtung in Auftrag zu geben (S. 1 f.).

E. 2.2

Dagegen brachte die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerdeschrift vom 11. Januar 2016 (Urk. 1) im Wesentlichen vor, die IV-Stelle habe den massgebenden Sachverhalt in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes ungenügend abgeklärt. Sie habe das Leistungsbegehren abgewiesen und somit einen materiellen Entscheid getroffen, welchem eine umfassende Sachverhalts-abklärung vorauszugehen habe. Der Bericht des RAD-Arztes

genüge diesen Anforderungen nicht (S. 7 f.). Ferner könne auch nicht mehr auf das A.____-Gutachten vom 4. März 2005 abgestellt werden, da dieses die nun neu hinzugetretenen Diagnosen und die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung in Bezug auf den Einfluss der somatoformen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 141 V 281) nicht berücksichtigt habe (S. 8 ff.). 3. 3.1

Der Gesundheitszustand des Versicherten lässt sich anhand der Aktenlage zusammengefasst wie folgt darstellen:

Aufgrund einer Plica mediopatellaris sowie einer Chondromalazie 2. Grades am linken Knie wurde beim Versicherten am 11. März 1999 im Spital C.____ eine Knie-Arthroskopie und ein Plicashaving durchgeführt (Urk. 7/13/12). Im Nachgang zur Operation habe jener gemäss Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie, einzig noch Mühe beim Treppensteigen gehabt (Urk. 7/13/13). 3.2

Am 4. September 2001 stürzte dem Versicherten ein Armierungsnetz auf das linke Knie, infolgedessen er eine grosse präpatelläre Riss-Quetsch-Wunde mit Bursaeröffnung am Kniegelenk

erlitt. Dr. D.____ führte gleichentags eine partielle Bursektomie durch und attestierte bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/11/61 und 64).

Da der Versicherte im Nachgang zur Operation immer noch über Schmerzen bei Bewegung klagte, wurde die Restbursa präpatellär links am 12. November 2001 anlässlich eines weiteren operativen Eingriffs durch Dr. D.____ entfernt. Gleichzeitig wurde eine Kniegelenksarthroskopie durchgeführt (Urk. 7/8/21). In seinem Bericht vom 11. Januar 2002 hielt Dr. D.____ fest, dass die Operationswunde reizlos verheilt sei, der Patient jedoch ständig über Schmerzen im Kniegelenk - vor allem bei Flexion und Belastung - klagte. Er habe bei der Untersuchung zwar einen leidenden Eindruck gemacht, aber das Kniegelenk nach Überlistung recht gut bewegt. Ein objektiver Grund für die immer noch geklagten Beschwerden bestehe nicht (Urk. 7/11/49).

Aufgrund der persistierenden stark belastungsabhängigen Schmerzen im linken Kniegelenk begab sich der Versicherte sodann vom 6. bis 20. März 2002 zwecks stationärer Behandlung in die Rehaklinik E.____. Dem Austrittsbericht vom 3. April 2002 ist zu entnehmen, dass das Therapieresultat trotz intensiver Bemühungen unbefriedigend gewesen sei. Der Patient sei in seiner Gehstrecke und Gehdauer stark beeinträchtigt und es würden entsprechende Einschränkungen für den Gang in unebenem Gelände sowie für repetitives Treppensteigen bestehen (Urk. 7/8/13). Aktuell liege für die angestammte Tätigkeit als Maschinist eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 7/8/14).

In der Folge fand in der Orthopädischen Universitätsklinik F.____ am 21. August 2002 ein weiterer Eingriff mit Kniearthroskopie und Mikrofrakturierung der Trochlea links statt (Urk. 7/8/22). Der postoperative Verlauf habe sich gemäss Bericht vom 2. September 2002 problemlos gestaltet. Der Patient habe an Stöcken mobilisiert werden können und bei Austritt hätten reizlose indolente Wundverhältnisse bestanden. Es wurde für die Dauer von sechs Wochen ab dem 20. August 2002 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 7/8/23). 3.3

In seinem Bericht vom 20. Oktober 2002 führte Dr. D.____ aus, die Beschwerden des Versicherten hätten sich durch den letzten Eingriff eher verschlechtert. Der Patient klagte immer noch über starke Schmerzen. Er könne weder Treppenlaufen noch das Kniegelenk

beugen und laufe schwer leidend an zwei Stöcken Er sei daher seit dem 4. September 2001 zu 100 % arbeitsunfähig, wobei die Prognose als sehr schlecht zu bezeichnen sei. Dr. D.____ äusserte sich ferner dahingehend, dass er nicht glaube, dass sich trotz aller Massnahmen eine wesentliche Änderung im Kniegelenk einstellen werde. Er glaube unter Beachtung des Bildungsstandes und der Schwerfälligkeit des Patienten auch nicht, dass dieser sich für eine Umschulung eigne (Urk. 7/8/5 ff.). 3.4

Gemäss Bericht der Universitätsklinik F.____ vom 20. Februar 2003 wurde der Versicherte am 11. Februar 2003 erneut untersucht. Es würden weiterhin starke diffuse Schmerzen im gesamten linken Kniegelenk sowie ausstrahlend in die linke Hüfte und in den Rücken bestehen. Die objektivierbaren Befunde würden nicht im Einklang mit den subjektiv angegebenen Beschwerden stehen. Auf grund der invalidisierenden unklaren Knieschmerzen bei Knorpelschaden im Bereich der Trochlea und der medialen Patellafacette sei der Versicherte als Maschinist zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/13/5). 3.5

Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, führte in seiner Stellungnahme vom 11. April 2003 an, das linke Kniegelenk sei stabil sowie äusserlich reizlos und ergussfrei. Es bestehe eine diffuse Druckdolenz. Es könne höchstens von einer mässigen Femoropatellararthrose gesprochen werden, welche nicht unbe dingt dazu führe, dass ein 43-jähriger Versicherter dauernd auf zwei Stöcke angewiesen sei. Auf der Basis der objektivierbaren Befunde sei eine leichte bis mittelschwere Arbeit vollschichtig zumutbar. Das Gewicht von zu hebenden Lasten sei auf 10 bis maximal 15 Kilogramm beschränkt und es solle sich um eine wechselhaft stehende/sitzende oder gehende Tätigkeit handeln. Die Dauer der stehenden beziehungsweise gehenden Position solle einen Drittel der Arbeitszeit nicht überschreiten und auf den ganzen Tag verteilt sein. Arbeiten in der tiefen Hocke sowie in kniender Position seien nicht mehr zumutbar. Ebenso sei das Besteigen von Leitern nicht möglich. Häufiges Treppensteigen solle ver mieden werden (Urk. 7/13/3). 3.6

Mit Schreiben vom 16. Oktober 2003 wies Dr. D.____ darauf hin, dass der Versicherte immer noch an zwei Stöcken gehe und sich in der Zwischenzeit infolge der Fehlhaltung und des Übergewichts zusätzlich eine therapieresistente Lumboischialgie gebildet habe (Urk. 7/34/1 f.). 3.7

Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in sei nem Bericht vom 13. November 2003 folgende Diagnosen (Urk. 7/37/2): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - längerdauernde depressive Reaktion bei Anpassungsstörung (ICD-10 F43.20) bei psychosozialer Überlastungssituation (ICD-10 Z60.0)

Der Gedankengang sei formal geordnet gewesen und es hätten keine Hinweise auf schizophreniespezifische Denkstörungen oder eine manische Ideenflucht bestanden. Inhaltlich sei der Gedankengang auf die multiplen somatischen Beschwerden eingeeengt gewesen, bei denen die Schmerzen im Vordergrund stünden. Die zum Teil starken Schmerzmittel würden infolge des regelmässigen Gebrauchs immer weniger Wirkung zeigen. Der Versicherte habe ferner Zukunftsängste geäussert und über sozialen Rückzug, Freudlosigkeit und stän dige Müdigkeit berichtet. Der Affekt sei während der Untersuchung klagsam-bedrückt und der Antrieb gehemmt gewesen. Die Behandelbarkeit der somato formen Schmerzstörung sei erfahrungsgemäss wenig erfolgsversprechend und der Verlauf schein invalidisierend. Die Prognose sei auch hinsichtlich der depressiven Störung düster. Das klinische Bild sowie der Verlauf seien mit der Annahme einer vollständigen

Arbeitsunfähigkeit durchaus kompatibel (Urk. 7/37/2). 3.8

Nach Durchführung sowohl einer MRI-, einer Röntgen- als auch einer elektro-physiologischen Untersuchung kamen die Ärzte der Uniklinik F.____ in ihrer Stellungnahme vom 28. November 2003 zum Schluss, dass kein morphologisches Korrelat vorliege, welches die doch sehr exquisiten Beschwerden des Patienten erkläre. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht sei der Versicherte für eine entsprechende berufliche Tätigkeit sicherlich zu mindestens 50 % arbeitsfähig (Urk. 7/41/3). 3.9

Dem interdisziplinären A.____-Gutachten vom 4. März 2005 lassen sich im Wesentlichen die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen (Urk. 7/53/18): - Degenerative Veränderungen femoropatellär links (ICD-10 M17.1) - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber namentlich: - Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) - Beginnendes metabolisches Syndrom - Persistierende gastrische Beschwerden (ICD-10 K29.7)

Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt fest, dass sich aus internistischer Sicht keine Hinweise auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben würden. Aufgrund des anlässlich der Blutuntersuchung gemessenen Serumspiegels müsse davon ausgegangen werden, dass der Explo rand - entgegen seinen auch auf Nachfrage bestätigten Aussagen - das verordnete Antidepressivum nicht ordnungsgemäss einnehme (Urk. 7/53/9).

Nach Durchführung seiner orthopädischen Untersuchung zog Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, den Schluss, dass sich die vom Versicherten geäusserten Beschwerden bezüglich des linken Knies zu einem gewissen Teil objektivieren lassen würden. Es sei nachvollziehbar, dass durch die degenerativen Veränderungen im femoropatellären Kompartiment das Treppensteigen oder generell belastende Knieflexionen schmerzhaft seien. Das Gehen auf ebenem Terrain dürfe dadurch allerdings kaum eingeschränkt sein, sodass sich auch der nach wie vor konsequente Einsatz von zwei Gehstöcken nicht plausibel erklären lasse. Möglicherweise als Folge davon hätten sich funktionelle lumbale Rückenschmerzen und Beschwerden an der rechten Schulter entwickelt, für die sich jedoch keine wesentlichen klinischen Korrelate hätten finden lassen. Auch die vertieften Untersuchungen der lumbalen Wirbelsäule in der Klinik F.____ hätten eine grosse Diskrepanz zwischen dem subjektiven Schmerzerleben des Exploranden und den objektivierbaren Befunden zutage gefördert (Urk. 7/53/13 f.).

Anlässlich der psychiatrischen Exploration sei der Versicherte gemäss Dr. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, allseits orientiert und bewusstseinsklar gewesen. Die Wahrnehmung, die Auffassung und das Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt gewesen. Der Explorand habe in diffuser Weise über seine körperlichen Beschwerden berichtet. Während der Untersuchung sei er ruhig auf seinem Stuhl gesessen und habe nie über aktuell auftretende Beschwerden geklagt. Das Denken sei formal und inhaltlich unauffällig gewesen. Wahnhafte Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen hätten nicht vorgelegen. Der affektive Kontakt sei gut und die Stimmung bedrückt, aber nicht eigentlich depressiv gewesen. Mehrfach habe der Versicherte die Überzeugung geäussert, nicht mehr arbeiten zu können. In Anbetracht dieser und der somatischen Untersuchungsbefunde könne die subjektive Krankheitsüberzeugung nicht objektiviert werden. Die Beschwerden des

Exploranden seien wesentlich psychisch überlagert. Im Vorfeld der Schmerzverarbeitungsstörung sei der Versicherte psychosozial oder emotional nicht besonders vorbelastet gewesen, weshalb die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne. Es handle sich um eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen. Der Explorand, der nur über wenige Ressourcen verfüge, könne mit seinen Beschwerden nicht adäquat umgehen. Möglicherweise trage auch das Wissen um die Schwierigkeit, einen anderen Arbeitsplatz zu finden, zur Aufrechterhaltung der Symptome bei. Der Versicherte gehe zudem passiv mit seinen Beschwerden um und erwarte von den Ärzten, dass sie ihn gesund machen. Erst hiernach sehe er sich in der Lage, sich wieder um eine Arbeitsstelle zu bemühen. Neben der Entwicklung körperlicher Symptome könnten keine weiteren psychiatrischen Diagnosen gestellt werden. Der Explorand unterhalte nach wie vor einen guten Kontakt mit seiner Familie, treffe sich an den Wochenenden regelmässig und während Stunden mit Kollegen und leide einzig unter schmerzbedingten, leichten Schlafstörungen (Urk. 7/53/16).

Gemäss interdisziplinärem Konsens sei der Versicherte für eine körperlich adaptierte Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig. Aus orthopädischer Sicht seien die angestammten Tätigkeiten im Gartenbau sowie als Bauarbeiter als körperlich schwer zu klassifizieren. Für derartige Tätigkeiten bestehe aufgrund der Pathologie im Bereich des linken Knies eine zeitlich und leistungsmässig volle Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall vom 4. September 2001. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position, ohne repetitiv belastete Flexion des linken Knies und ohne länger dauernde Zwangshaltung der unteren Wirbelsäule bestehe jedoch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer und internistischer Sicht würden sich weder für die angestammte noch für eine adaptierte Tätigkeit Einschränkungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ergeben (Urk. 7/53/19 und 21). 3.10

Mit Schreiben vom 4. April 2005 hielt Dr. B.____ fest, dass der Versicherte am 14. Januar 2005 einen Autounfall erlitten habe. Dabei habe er sich ein Halswirbelsäulenschleudertrauma sowie mehrere Prellungen zugezogen. Im Bereich der Halswirbelsäule sei der Patient noch nicht beschwerdefrei (Urk. 7/57).

Unter Bezugnahme auf den genannten Unfall wies Dr. H.____ ausserdem am 22. Juni 2015 darauf hin, dass sich der Zustand des Versicherten merklich verschlechtert habe. Das depressive Syndrom habe sich infolge der Nackenschmerzen und des Schwindel- und Drehschwindels verstärkt. Es liege nach wie vor eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 7/65/1). Hierauf schloss Dr. H.____ auch in seinem Bericht vom 12. April 2006; der Gesundheitszustand des Versicherten sei stationär (Urk. 7/78/5). Er klagte weiterhin über die gleichen Beschwerden. In den letzten Monaten sei es zu einer deutlichen Zunahme der Dysphorie, der Zukunftsängste und des Gefühls des „Nicht-mehr-weiter-könnens“ gekommen (Urk. 7/78/2). 3.11

Dr. B.____ vertrat auch in seinem Bericht vom 10. Mai 2006 die Ansicht, der Versicherte sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Er leide unter Schmerzen am Bewegungsapparat, insbesondere im Bereich des Rückens und der Knie. Klinisch liege ein Panvertebralsyndrom mit cervico- und lumbospondylogem Syndrom vor. Überdies sei der Versicherte bei Dr. H.____ in psychiatrischer Behandlung (Urk. 7/80/5).

Gestützt auf folgende Diagnosen äusserte sich Dr. B.____ sodann auch am 19. August 2015 dahingehend, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu 100 % eingeschränkt sei: -

Status nach Polytrauma 2001, nach Arbeitsunfall mit posttraumatischen Polyarthrosen und Panvertebralsyndrom - Generalisiertes Schmerzsyndrom - Schwere, reaktive Depression - Diabetes mellitus - Arterielle Hypertonie - Adipositas

Seit Jahren leide der Versicherte unter starken Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates, insbesondere des Rückens. In der Zwischenzeit habe sich auch eine posttraumatische Polyarthrose mit schweren Einschränkungen gebildet. Der Patient leide auch unter einer schweren reaktiven Depression, weswegen er in psychiatrischer Behandlung sei. Allenfalls sei eine stationäre psychiatrische Rehabilitation geplant. Die bisherige Tätigkeit könne dem Versicherten seit 2001 nicht mehr zugemutet werden (Urk. 7/115/6 f.). 3.12

Dr. med. L.____, Facharzt für Anästhesiologie, des RAD wies in seiner Stellungnahme vom 28. September 2015 darauf hin, dass der Bericht von Dr. B.____ vom 19. August 2015 im Wesentlichen demjenigen vom 10. Mai 2006 entspreche. Seiner Beurteilung stehe allerdings diejenige des A.____-Gutachtens vom 4. März 2005 entgegen, welches bei detailliert bezeichneten Befunden eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in leichter bis mittelschwerer Tätigkeit als zumutbar erachtet und lediglich für die bisherige schwere Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Dem aktuellen Bericht von Dr. B.____ mangle es an nachvollziehbaren Befunden, die eine Verschlechterung objektivieren könnten. Die psychiatrische M.____-Klinik habe ausserdem mitgeteilt, dass sich der Versicherte weder in ihrer Behandlung befinde, noch einen Eintrittstermin habe. Insgesamt sei somit keine richtungsweisende Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit glaubhaft gemacht worden. Aus diesem Grund erscheine es angezeigt, auf das Gesuch des Versicherten nicht einzutreten (Urk. 7/116/3). 4.

Zwischen den Parteien ist strittig, ob die Beschwerdegegnerin berechtigterweise den Anspruch des Versicherten auf eine Rente der Invalidenversicherung verneint hat (vgl. E. 2.1 f.). Vorab ist zur Klärung der Frage, ob sich der massgebende Sachverhalt erheblich verändert hat,

zu ermitteln, welcher Entscheid der IV-Stelle als Vergleichsbasis heranzuziehen ist.

Die Beschwerdegegnerin sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 7. April 2005 vom 1. September 2002 bis 1. April 2003 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu (Urk. 7/56) und wies die hiernach gestellten Leistungsbegehren mit Verfügungen vom 20. April 2005 (Urk. 7/59) und 23. November 2006 (Urk. 7/89) ab. Auf eine weitere Neuanmeldung trat sie mit Verfügung vom 1. Oktober 2010 (Urk. 7/99) nicht ein. Es fragt sich, ob diesen Beurteilungen eine rechtskonforme Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Tauglichkeit einer Verfügung als Vergleichsbasis zugrunde liegt.

Das Bundesgericht hat verschiedentlich ausgeführt, dass unter einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung im Sinne des Grundsatzurteils in BGE 133 V 108 eine Abklärung zu verstehen sei, die - wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führe - geeignet sei, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder -aufhebung zu begründen (Urteile des Bundesgerichts 9C_52/2016 vom 23. März 2016 E. 3.1 und 9C_213/2015 vom 5. November 2015 E. 4.3.2, je mit Hinweisen). Abklärungen, die lediglich in der Einholung von Verlaufsberichten bei den behandelnden Ärzten bestanden, hat das Bundesgericht hierbei als zu oberflächlich für eine taugliche Vergleichsbasis schaffende Sachverhaltserhebung beurteilt (Urteile des

Bundesgerichts 9C_52/2016 vom 23. März 2016 E. 3.2 und 9C_213/2015 vom 5. November 2015 E. 4.3.3).

In Nachachtung dieser Rechtsprechung fallen die Verfügungen vom 20. April 2005 (Urk. 7/59) und 1. Oktober 2010 (Urk. 7/99) mangels Sachverhaltserhebungen als Vergleichsbasis ausser Betracht. Dem Entscheid vom 23. November 2006 (Urk. 7/89) lagen nur vergleichsweise oberflächliche medizinische Abklärungen zugrunde. Die Berichte der behandelnden Ärzte Dr. H.____ (Urk. 7/78/5-7) und Dr. B.____ (Urk. 7/80/5) waren sehr summarisch gehalten. Die Stellungnahme des RAD umfasste ebenfalls nur wenige Zeilen (Urk. 7/81/3) und nahm primär auf das A.____-Gutachten vom 4. März 2005 (Urk. 7/53) Bezug, welches bereits Grundlage der Verfügung vom 7. April 2005 (Urk. 7/56) bildete. Die vom Unfallversicherer beigezogenen Akten (Urk. 7/74) datieren des Weiteren zur Hauptsache vor dem A.____-Gutachten.

Angesichts dieser Gegebenheiten ist als Vergleichsbasis für die Frage, ob sich der massgebende Sachverhalt erheblich verändert hat, die Verfügung vom 7. April 2005 heranzuziehen, mit der die Beschwerdeführerin erstmals über den Rentenanspruch des Versicherten befunden hat (Urk. 7/56). 5.

Mit Verfügung vom 7. April 2005 wurden der Invaliditätsgrad sowie der Rentenanspruch des Versicherten auf der Grundlage des A.____-Gutachtens vom 4. März 2005 rechtskräftig beurteilt. Der Beweiswert dieser Expertise steht dem zufolge - entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 9 f.) - im konkreten Verfahren nicht mehr zur Diskussion. Die Ergebnisse des Gutachtens bilden vielmehr die Ausgangslage zur Klärung der Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten zwischenzeitlich verschlechtert hat (hierzu sogleich E. 6 ff.). Die polydisziplinäre Abklärung des A.____ ergab, dass dem Versicherten aufgrund degenerativer Veränderungen femoropatellär links (ICD-10 M17.1) sowie eines chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5) zwar keine körperlich schweren Arbeiten mehr zumutbar seien. Er sei allerdings in Bezug auf leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, welche das individuelle Belastungsprofil berücksichtigen, uneingeschränkt arbeitsfähig (vgl. E. 3.9). Der RAD beurteilte diese Schlussfolgerung in seiner Stellungnahme vom 9. März 2005 als nachvollziehbar (Urk. 7/55/3), worauf die IV-Stelle in ihrem Entscheid vom 7. April 2005 mittels Einkommensvergleich für den Zeitraum ab April 2003 einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad errechnete (Urk. 7/56/2). 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Die Beschwerdeführerin macht zur Hauptsache geltend, die IV-Stelle habe es in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes unterlassen, eine umfassende Sachverhaltsabklärung vorzunehmen. Einerseits sei die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. L.____ vom 28. September 2015 ungenügend. Die von Dr. B.____ im Bericht vom 19. August 2015 gestellten Diagnosen würden eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten belegen (Urk. 1 S. 7 ff.).

E. 6.2

Art. 43 Abs. 1 ATSG statuiert die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen. Die Beschwerdegegnerin hat in diesem Kontext in der angefochtenen Verfügung zu Recht darauf hingewiesen, dass es in ihrem Ermessen liege, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln der Sachverhalt abzuklären sei (Urk. 2 S. 1). Gemäss bun desgerichtlicher Rechtsprechung kommt dem Versicherungsträger ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. hierzu E. 1.5) entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2011 vom 5. Juli 2011 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 6.3

Entgegen der Argumentation der Beschwerdeführerin weist der Bericht von Dr. B.____ vom 19. August 2005 (vgl. E. 3.11) aus verschiedenen Gründen weder eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten aus, noch war die IV-Stelle auf dieser Grundlage gehalten, vertiefte medizinische Abklärungen - etwa in Form einer neuen Begutachtung - vorzunehmen.

Zunächst hat Dr. B.____ als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin mit dem generalisierten Schmerzsyndrom und der schweren reaktiven Depression fachfremde psychiatrische Diagnosen gestellt. Diesbezüglich ist ohnehin zu bemerken, dass sich der Versicherte - obwohl es bei tatsächlichem Vorliegen dieser Erkrankungen zu erwarten wäre - offenbar nicht in engmaschiger psychiatrischer Behandlung befindet (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 20). Hinzu kommt, dass er sich auch nicht in eine stationäre Therapie begeben hat (Urk. 7/116/3). Die ebenfalls von Dr. B.____ diagnostizierte Polyarthrose und das Panvertebralsyndrom sind im Übrigen den Fachgebieten Orthopädie respektive Rheumatologie und nicht primär der Sportmedizin zuzuordnen. Dr. B.____ verfügt somit entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin (vgl. Urk. 1 S. 8 Ziff. 26) auch in dieser Hinsicht nicht über die notwendige fachliche Qualifikation (vgl. in diesem Zusammenhang die Umschreibung seines Tätigkeitsfeldes auf http://dr.-B.____.ch/index2.php?menu=uber ; besucht am 18. Juli 2017).

E. 6.4

Im Weiteren ist der Beschwerdegegnerin dahingehend zuzustimmen, als es dem Bericht von Dr. B.____ an nachvollziehbaren Befunden fehlt, welche eine zwischenzeitliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten seit dem Erlass der Verfügung vom 7. April 2005 (vgl. E. 4) objektivieren würden. Es ist in keiner Weise ersichtlich, welche Untersuchungen Dr. B.____ konkret durchgeführt hat, um auf die von ihm gestellten Diagnosen schliessen zu können. Diese werden vielmehr unter dem Titel „Ärztlicher Befund“ noch mals mit leicht abgeänderter Wortwahl wiederholt. Gegen eine Veränderung der gesundheitlichen Lage des Versicherten spricht denn auch, dass Dr. B.____ mehrfach auf das seit dem Arbeitsunfall im Jahr 2001 bestehende Polytrauma verweist und „weiterhin“ an der von seiner Seite attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit festhält (Urk. 7/115/6 f.; vgl. auch den Bericht vom 10. Mai 2006, Urk. 7/80/5). Die vom Versicherten aufgrund des genannten Unfalls erlittenen Gesundheitsschäden wurden indes bereits 2005 rechtskräftig beurteilt (vgl. E. 5). So hatte der Versicherte unter anderem bereits im Rahmen der Exploration durch die Gutachter über Schmerzen am linken Knie, an der rechten Schulter und am Rücken geklagt (Urk. 7/53/7, 7/53/10 und 7/53/14). Diese

konnten anlässlich der orthopädischen Untersuchung allerdings nur teilweise objektiviert werden, fanden in diesem Umfang aber auch in schlüssiger Weise bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit Berücksichtigung (vgl. E. 3.9 und 5).

E. 6.5

In Anbetracht dieser Umstände ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle in Anbetracht ihres Ermessensspielraums (vgl. E. 6.2) einzig beim RAD eine Stellungnahme zum Bericht von Dr. B.____ einholte (vgl. E. 3.12). Obwohl es sich bei Dr. L.____ - wie die Beschwerdeführerin grundsätzlich korrekt anmerkt (Urk. 1 S. 8 Ziff. 26) - um einen Facharzt für Anästhesiologie handelt, erweisen sich seine Schlussfolgerungen als durchwegs überzeugend. Anzufügen ist in diesem Kontext denn auch, dass Dr. L.____ selbst keine Untersuchung im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV vorgenommen hat und damit seine fachspezifische Qualifikation nicht von entscheidender Bedeutung ist (vgl. BGE 142 V 58 E. 5.1 und E. 1.6). Gestützt auf die Stellungnahme des RAD gelangte die Beschwerdegegnerin berechtigterweise zum Ergebnis, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der Verfügung vom 7. April 2005 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht massgeblich verschlechtert hat. Mit anderen Worten ist weiterhin davon auszugehen, dass der Versicherte in angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist (vgl. zum individuellen Belastungsprofil E. 3.9). Folglich resultiert analog zur Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. April 2005 auch zum jetzigen Zeitpunkt ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad (vgl. Urk. 7/56/2 und E. 1.2).

E. 6.6

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin mit ihrem Vorgehen den Untersuchungsgrundsatz im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht verletzt, sondern im Rahmen des ihr zustehenden Ermessensspielraums die im konkreten Fall notwendigen medizinischen Abklärungen vorgenommen hat. Anlass für weitergehende Untersuchungen - wie etwa die Erstellung eines Gerichtsgutachtens (vgl. Urk. 1 S. 2 und 10) - besteht folglich nicht. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Versicherte in einer angepassten Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsfähig ist, wes halb mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrads auch aktuell kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung besteht.

Da sich die angefochtene Verfügung nach dem Gesagten als rechters erweist, ist die Beschwerde abzuweisen. 7.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Verfahrensausgang sind sie der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Melina Tzikas -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Serijat Dalipi - Bundesamt für

Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

E. 8

ATSG) sind.

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