

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00194 vom 27. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00194

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00194 du 27 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00194 del 27 luglio 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

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. 1.4

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

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 Zu sammenhänge 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).

Der Arzt muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Die diesen Anforderungen genügenden Berichte der regionalen ärztlichen Dienste (Art. 59 IVG und Art. 47 ff. IVV) können ei nen vergleichbaren Beweiswert wie ein Gutachten haben (BGE 137 V 210

E. 1.2.1; Bundesgerichtsurteil 9C_999/2010 vom 14. Februar 2011 E. 5.1.2). 2.

E. 2

Dagegen liess der Beschwerdeführer am 5. Februar 2016 unter Beilage aktueller Arztberichte aus der Z. ___ (Urk. 3/4 und Urk. 3/5) Beschwerde erhe ben (Urk. 1) und beantragen, es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine polydisziplinäre Abklärung durchzuführen und anschliessend den An spruch auf Leistungen neu zu prüfen (S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 14. März 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Be schwerdeantwort, Urk. 7), wovon der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 16. März 2016 (Urk. 9) in Kenntnis gesetzt wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des erneuten Leistungs- begeh rens in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) damit, dass der Gesund- heitszustand des Beschwerdeführers seit der letztmaligen Abweisung des Gesuchs mit Verfügung vom 29. Mai 2012 keine relevante Änderung erfahren habe. Es würden keine neuen, die Arbeitsfähigkeit betreffenden medizinischen Sachverhalte vorliegen. Es werde weiterhin von einer 100%igen Restarbeitsfä higkeit in einer körperlich leichten angepassten Tätigkeit ausgegangen.

Diesen Vorbringen fügte sie in ihrer Beschwerdeantwort nichts hinzu (Urk. 7).

E. 2.2

Dagegen liess der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 5. Februar 2016 (Urk. 1) im Wesentlichen geltend machen, die Feststellung, wonach noch immer der gleiche medizinische Sachverhalt vorliege, sei nicht korrekt. Mit den akten kundigen Arztberichten

sei belegt, dass der aktuellen Leistungsbeurteilung nicht derselbe medizinische Sachverhalt zugrunde liege (S. 4 f.). Die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht verletzt und sei angesichts des komplexen Beschwerdebildes mit Wechselwirkungen gehalten, eine polydisziplinäre Begutachtung zu veranlassen (S. 6).

3. 3.1

Der ersten leistungsverneinenden Verfügung vom 22. Oktober 2007 (Urk. 8/16) lag im Wesentlichen der folgende medizinische Sachverhalt zugrunde: 3.2

Am 23. März 2007 erstattete der Hausarzt Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH und Facharzt für Prävention und Gesundheitswesen FMH, bei dem der Beschwerdeführer seit dem 26. Januar 2006 in Behandlung stand, der IV-Stelle einen Bericht (Urk. 8/5/1-7). Er nannte die folgenden Diagnosen: 1.

Fibromyalgie/Generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom - AC-Gelenksarthrose rechts > links - subacromiales Impingementsyndrom rechts > links - Generalisierung der Schmerzsymptomatik in die ganze Schulter-Nackenregion mit Spannungskopfschmerzen und zum Teil in den ganzen Körper ausstrahlenden Schmerzen (thoraco-)lumbal und alle vier Extremitäten - Zum Teil über 11/18 positive Tenderpoints (Vollbild der Fibromyalgie) - Status nach kurzzeitiger Besserung nach drei Wochen stationärem Reha-Aufenthalt in B.____ von März bis April 2006 2.

Rhizarthrose rechts 3.

Status nach Hepatitis A mit Seronarbe 4.

Mässiges Übergewicht (178 cm, 91 Kg, BMI 28.7) mit Steatosis hepatis 5.

Arterielle Hypertonie

Dr. A.____ attestierte in der bisherigen Tätigkeit als Hilfspfleger vom 26. Januar 2006 bis 12. Januar 2007 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und vom 13. Januar bis 31. März 2007 eine 75%ige Arbeitsunfähigkeit. Er gab weiter an, begonnen habe es mit Schulterschmerzen auf der rechten Seite. Danach sei eine Generalisierung eingetreten. Der Beschwerdeführer gebe Schmerzen am ganzen Körper, vor allem in den Schultern (rechts mehr als links), an der Lendenwirbelsäule und in beiden Beinen an. Er habe zum Teil bis sechzehn positive Tenderpoints erhoben. Daneben bestehe auf der rechten Seite ein AC-Gelenkschmerz. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich eher. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer seit Januar 2006 ein Pensum von 75 % zu mutbar. Im Beruf als Pfleger sei eine Invalidität absehbar. 3.3

Im Bericht vom 2. April 2007 (Urk. 8/7/7-10) nannten die in der Z.____ tätigen Dr. med. C.____, Stv. Oberärztin Rheumatologie, und Dr. med. D.____, Chefärztin Rheumatologie und Rehabilitation, die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): 1.

Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom (bestehend seit zirka 2001) - Somatisierungs- und Aggravationstendenz - Depressive Symptomatik - Chronische Cephalgie - Status nach Rehabilitationsaufenthalt in B.____ März 2006 - Aktuell betont myofasziales Syndrom Schultergürtel und Nacken 2.

AC-Gelenksarthrose rechts - Zeichen retraktilen Kapsulitis (Arthro-MRI rechte Schulter vom 4. Oktober 2006) 3.

Rhizarthrose rechts Die Ärztinnen gaben an, die Behandlung in der Rheumatologie der Z.____ habe vom 17. Januar bis 22. Februar 2007 gedauert (S. 2). Sie führten aus, Hinweise auf eine entzündliche, rheumatologische Erkrankung hätten klinisch, radiologisch und labormässig nicht bestanden. Bei generalisierten Schmerzen sowie Druckdolenz über den Tenderpoints wie auch über den muskulären Kontrollpunkten entspreche das Beschwerdebild eher einem generalisierten Schmerzsyndrom. Die Röntgenaufnahmen hätten keine Hinweise auf (post) entzündliche Veränderungen gezeigt. Labormässig seien die Rheumafaktoren und ANA negativ gewesen. Therapeutisch werde das Weiterführen der Therapie, allenfalls in Kombination mit einem schlafanstossenden, schmerzmulierenden Antidepressivum empfohlen. Ferner werde eine in erster Linie aktivierende Physiotherapie zur individuell angepassten Rekonditionierung, Haltungskorrektur und Stärkung sowie Kräftigung der Extremitäten- und Rumpfmuskulatur angeregt (S. 3). Die Arbeit als Gartenbauhilfsangestellter sei eine mittel- bis schwere körperliche Tätigkeit. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit würden sich bei Tätigkeiten wie Tragen und Heben von schweren Lasten, längeren Überkopfarbeiten und repetitiven manuellen Tätigkeiten Einschränkungen aufgrund der AC-Gelenksarthrose, der Rhizarthrose rechts und der retraktilen Kapsulitis der rechten Schulter ergeben. In diesem Sinne würden sie den Beschwerdeführer für eine mittelschwere körperliche Tätigkeit als zu 50 % arbeitsfähig sehen, wobei das Pensum mit Vorteil auf den ganzen Tag verteilt werden sollte mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen. Vermieden werden sollten das Heben von schweren Lasten sowie längere Überkopfarbeiten. Für eine leichte Arbeitstätigkeit erachteten die Ärztinnen den Beschwerdeführer als voll arbeitsfähig (S. 1). Inwieweit sich das chronische generalisierte Schmerzsyndrom mit Verdacht auf eine depressive Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, könne aus ihrer Sicht nicht beantwortet werden und bedürfe einer psychiatrischen Beurteilung. Möglicherweise könnten sich auch die mangelhaften Deutschkenntnisse und die fehlende Berufsausbildung des Beschwerdeführers negativ auf die Arbeitstätigkeit auswirken (S. 3). 3.4

Der RAD-Arzt Dr. med. E.____ ging in seiner Stellungnahme vom 21. Mai 2007 gestützt auf die Angaben im Bericht der Z.____ von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hilfgärtner aus. In einer körperlich leichten angepassten Tätigkeit (ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 Kilogramm sowie Arbeiten in Armvorhalten und Überkopfarbeiten) sei von einer 100%igen Restarbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 8/12 S. 2 f.). 4. 4.1

Mit Bezug auf die rechtskräftige Leistungsablehnung mit Verfügung vom 29. Mai 2012 (Urk. 8/32) sind folgende medizinische Berichte aktenkundig: 4.2

Im Bericht des F.____ vom 23. Februar 2011 nach Beurteilung des Beschwerdeführers in einer interdisziplinären Schmerzsprechstunde (Urk. 8/22/6-14) nannten Dr. med. G.____, Oberärztin, Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. H.____, Oberarzt, Schmerzambulatorium Anästhesiologie, Dr. med. I.____, Oberarzt, Rheumatologie, sowie Dr. med. J.____ und Dr. med. K.____, Assistenzärzte, Neurologie, die folgenden Diagnosen (S. 7): - Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Periarthropa thia humeroscapularis beidseits - Bei Status nach aktivierter AC-Gelenksarthrose rechts und myofaszialen Verspannungsbefunden der Schultergürtelmuskulatur ohne Hinweise für Rotatorenmanuskettläsion oder Schulterverkalkungen - Zervikospondylogenes und -cephales Schmerzsyndrom beidseits - Bei degenerativen Veränderungen der unteren Halswirbelsäule sowie myofaszialen

Verspannungsbefunden der Nacken- und Schultermuskulatur beidseits - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Ausstrahlung in beide Leisten - Verdacht auf Mitbeteiligung der lumbalen Facettengelenke - Leichte Coxarthrose beidseits mit wahrscheinlicher Ausstrahlung in beide Kniegelenke - Beginnende Fingerpolyarthrosen - Spannungskopfschmerzen - Halocephal drückend, im Tagesverlauf zunehmend, keine Hinweise auf Migräne - Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Hochgradiger Verdacht auf Alkoholabhängigkeitsproblematik (ICD-10 F10.1) - Transaminasen-Erhöhung unklarer Signifikanz sowie makrozytär hyperchromes Blutbild - Ausgeprägter Vitamin D-Mangel (25 OH-Vit.D3 5,1 µg/l) - Status nach Aortenklappenendocarditis durch Streptococcus bovis (gallolyticus) - Septische Embolie Dig 3 rechts 11.06.2009 - Antibiotische Therapie mit Unterbruch über insgesamt 10 Wochen: - Tobramycin und Penicillin vom 09.05.09- 04.06.09 im L. ___ - Penicillin G vom 16.06.09-29.06.09 - Gentamycin vom 16.06.09-29.06.09 - Rocephin vom 30.06.09-28.07.2009 - Splenektomie 22.05.2009 bei Milzruptur nach wahrscheinlich septischem Milzinfarkt - Obere gastrointestinale Blutung am 02.07.2009 - entzündliche Veränderungen an der grossen Kurvatur des Magens - keine Hinweise einer Malignität in wiederholten Biopsieentnahmen - H. pylori positiv - Tubuläres Kolonschleimhautadenom mit nicht-hochgradiger Epitheldysplasie im Rektum und im Kolon descendens (Koloskopie 25.06.09) - Arterielle Hypertonie - Hochfrequente Innenohrschwerhörigkeit

Die Ärztinnen und Ärzte der interdisziplinären Schmerzprechstunde gaben an (S. 7 f.), beim inzwischen 53-jährigen Beschwerdeführer hätten sich auf der Basis wahrscheinlich myofaszialer Verspannungszustände insbesondere im Schultergürtelbereich bei schwerer körperlicher Arbeit sowie beginnenden Polyarthrosen an den grossen Gelenken und den Fingern zunehmende, chronifizierte, belastungsverstärkte Schmerzen etabliert mit einer zunehmenden Schmerzausweitung, die sich nach dem Verlust der Arbeitsstelle und seither anhaltender Arbeitslosigkeit noch akzentuiert habe. Aktuell zeigten sich aus rheumatologischer Sicht eine deutliche Haltungsinsuffizienz lumbal bei ansonsten unauffälligem Untersuchungsbefund des Rückens, eine verminderte Beweglichkeit der Halswirbelsäule mit dazu passenden myofaszialen Verspannungsbefunden der Nackenmuskulatur sowie eine leichte Beweglichkeitseinschränkung für Bewegungen über der Horizontalen in beiden Schultergelenken ohne klare Impingement-Symptomatik und ohne wesentliche degenerative Veränderungen in den Röntgenaufnahmen. Klinisch und radiologisch bestehe hingegen eine leichtgradige beidseitige Coxarthrose, aber keine sichere Kniegelenkarthrose, wobei die Knieschmerzen auch Ausstrahlungsbefunde der Coxarthrose sein könnten. Zudem bestünden leichtgradige OSG-Schmerzen unklarer Signifikanz und ein diffuses Schmerzsyndrom, das in seiner Ausprägung einer Fibromyalgie entsprechen könnte; gemäss Dolorimetrie (9/24 Tenderpoints mit pathologisch gesenkter Schmerzschwelle) sei aktuell das Vollbild nicht etabliert.

Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht bestehe am ehesten eine leichte depressive Episode. Aufgrund der Erkrankungsdauer von mehr als zwei Jahren könne nicht mehr von einer Anpassungsstörung gesprochen werden. Eine Alkoholabhängigkeitsproblematik sei zu vermuten. Zudem bestehe eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Kriterien einer reinen somatoformen Schmerzstörung würden ihrer Meinung nach beim Beschwerdeführer nicht erfüllt. Die Rehabilitationsaussichten seien insgesamt eher ungünstig. 4.3

Mit Bericht vom 22. Februar 2012 (Urk. 8/22/1-4) baten Dr. med. M.____, Oberärztin, und Dr. med. N.____, Assistenzarzt, tätig im O.____, um Überprüfung des Rentenanspruchs, da sich der körperliche und psychische Zustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe. Sie nannten die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) sowie starker körperlicher Schmerzen bei multiplen Schäden des Bewegungsapparates beziehungsweise als Differenzialdiagnose eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; S. 1) und verwiesen im Weiteren auf den Abklärungsbericht der interdisziplinären Schmerzsprechstunde des F.____. Sie gaben an, der Beschwerdeführer komme regelmässig zirka einmal im Monat zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächen. Er nehme an der Gruppe für Chronisch-Schmerzkrankte teil. Es bestehe zudem eine antidepressive Medikation. Vom 26. November 2007 bis 15. September 2008 habe eine tagesklinische Behandlung stattgefunden (S. 2; vgl. Urk. 8/22/15-17). Eine stationäre psychiatrische Behandlung sei nicht durchgeführt worden (S. 1). Den zwischenzeitlich regelmässigen Alkoholkonsum habe der Beschwerdeführer problemlos sistiert. Anamnese und Befunde würden für andauernde, schwere Schmerzen sprechen, wobei die Schmerzen sicher teilweise durch einen physiologischen Prozess und/oder körperliche Störungen erklärt werden könnten. Die für eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung geforderten emotionalen Konflikte oder psychosozialen Belastungen seien nach ihrer Einschätzung zu wenig schwerwiegend, um als entscheidender ursächlicher Faktor gelten zu können. Auch fordere der Beschwerdeführer ihnen gegenüber wenig gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe mit Bitte um Unterstützung und weitere Abklärungen. Vielmehr scheine der Beschwerdeführer tatsächlich unter den körperlich verursachten Schmerzen (nach einem Arbeitsleben als Schwerarbeiter) zu leiden, gegen die er mit allen ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ankämpfe und vielfältige Therapieangebote motiviert wahrnehme (S. 2). Durch den leicht verminderten Antrieb, dysfunktionale Verhaltensmuster wie Stress und Angstzustände komme es zu einer verminderten psychischen Belastbarkeit. Körperliche Schmerzen würden akzeptiert und es bestehe der Versuch, diese möglichst als gegeben zu integrieren und trotz der Schmerzen in Bewegung zu bleiben. Es bestehe ihres Erachtens eine adäquate Schmerzverarbeitung und keine Schmerzverarbeitungsstörung. Der Beschwerdeführer sei vermindert belastbar und schnell erschöpft, und es sei ihm einzig eine Tätigkeit von zwei Stunden pro Tag im geschützten Rahmen zumutbar (S. 3), wobei er in diesem Umfang als Hilfsarbeiter eines Schulhausabwartes im Rahmen eines Sozialprojekts tätig ist (vgl. Urk. 8/22/8, Urk. 8/27/3). Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf im Gartenbau sei seit dem Jahr 2006 zwischen 50 % bis 100 % eingeschränkt. Aktuell sei er durch den Hausarzt zu 75 % krank geschrieben (S. 1 und 3).

4.4

Der RAD-Arzt Dr. med. P.____, Facharzt Orthopädie und Traumatologie, gab in seiner Stellungnahme vom 10. April 2012 (Urk. 8/29 S. 2 ff.) an, die im F.____ erhobenen Untersuchungsbefunde seien allesamt nicht gravierend. Das diffuse Schmerzsyndrom könne einer Fibromyalgie entsprechen. Die Diagnosen und Befunde hätten sich seit dem Jahr 2007 nicht wesentlich verändert mit Ausnahme des Status nach einer Aortenklappenendocarditis im Jahr 2009 (antibiotisch behandelt) mit septischer Embolie D 3 rechts, Milzinfarkt und Splenektomie sowie Gastritis mit Blutung. Die Endocarditis sei ausgeheilt. Verblieben sei eine gelegentlich bewegungs- und belastungsabhängig schmerzhafte Narbe nach Milzentfernung. Dies könne jedoch nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit über das bestehende Mass hinaus führen. Die übrigen rheumato

logisch festgestellten Diagnosen seien, wie die Befunde zeigten, leichtgradig ausgeprägt und liessen sich unter der schon bekannten Diagnose der Fibromyalgie subsumieren. Auch die psychischen Diagnosen einer leichten depressiven Episode und einer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vermöchten keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Hausärztlicherseits werde die Arbeitsunfähigkeit seit dem Jahr 2007 durchgehend in gleicher Höhe (75 %) attestiert. Auch das spreche gegen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Versicherungsmedizinisch weise die Beurteilung in den aktuellen Arztberichten anhand der objektiven Befunde keine relevante Änderung des Gesundheitszustandes aus im Vergleich zum Feststellungsblatt vom 4. September 2007. Es könnten aus den jetzt vorliegenden Arztzeugnissen keine wesentlichen Veränderungen des Gesundheitszustandes, die zu einer veränderten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führen würden, hergeleitet werden (S. 3). 5.

5.1

Im Rahmen der vorliegend strittigen Neuanschuldung vom 3. März 2015 (Urk. 8/36) präsentiert sich der medizinische Sachverhalt wie folgt: 5.2

Dr. I.____, Oberarzt Klinik für Rheumatologie des F.____, nannte im Bericht vom 24. April 2014 an die Hausärztin Dr. med. Q.____, Allgemeine Medizin (Urk. 8/44/11-14), die folgenden Diagnosen: 1. Aktivierte Polyarthrose – DD Polyarthritiden kristallinduziert (Hydroxyapatit, Harnsäure), periphere Spondyloarthritis, hämatologisch – Klinik/Bildgebung: – leichte Fingerpolyarthrose beidseits – leichte Coxarthrose beidseits mit wahrscheinlicher Ausstrahlung in beide Kniegelenke – Arthrose OSG beidseits – Periarthropathia humeroscapularis beidseits und AC-Gelenkarthrose rechts – Szintigraphie 19.02.2014: entzündliche Aktivität in beiden Schultergelenken, Ellbogengelenken links, Hand- und Kniegelenke – Hyperurikämie (Harnsäure 447 µmol/l) und Adipositas Grad III (BMI 48.7

kg/m²) 2. Panvertebrales Schmerzsyndrom – Zervikospondylogenes und -zephales Schmerzsyndrom beidseits – bei degenerativen Veränderungen der unteren Halswirbelsäule sowie myofaszialen Verspannungsbefunden der Nacken- und Schultermuskulatur beidseits – Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom – Ausstrahlung in beide Leisten – Verdacht auf Mitbeteiligung der lumbalen Fazettengelenke 3. Thrombozytose unklarer Genese – DD reaktiv (Asplenie, Rebound nach ethanolinduzierter Thrombozytopenie, entzündlich) – DD autonom (myeloproliferatives / myelodysplastisches Syndrom), essentiell 4. Spannungskopfschmerzen – Halocephal drückend, im Tagesverlauf zunehmend, keine Hinweise auf Migräne 5. Status nach Aortenklappenendocarditis durch Streptococcus bovis (gallolyticus) – septische Embolie Dig 3 rechts 11.06.2009 – Antibiotische Therapie mit Unterbruch über insgesamt 10 Wochen: – Tobramycin und Penicillin vom 09.05. - 04.06.2009 im L.____ – Penicillin G vom 16.06. - 29.06.2009 – Gentamycin vom 16.06. - 29.06.2009 – Rocep hin vom 30.06. - 28.07.2009 – Splenektomie 22.05.2009 bei Milzruptur nach wahrscheinlich septischem Milzinarkt 6. Arterielle Hypertonie 7. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.1)

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Die Verwaltung ist auf die Neuanschuldung vom 3. März 2015 eingetreten und hat nach Einsicht in die neuen medizinischen Unterlagen eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands als glaubhaft erachtet (vgl. Art. 87 Abs. 2 und Abs. 3 IVV), weshalb sie für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen hat (E. 1.3; BGE 117 V 198 E. 3a). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C_746/2011 vom 13. März 2012 E. 4.2).

E. 6.2

Entscheidet die Verwaltung gestützt auf eine interne Aktenbeurteilung ihres RAD, gelten strengere Anforderungen an die Beweiswürdigung. Diesfalls sind bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4).

E. 6.3

Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist ausgewiesen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert hat. Dies gilt nämlich mit Blick auf die im F.____ szintigraphisch erhobenen entzündlichen

Aktivitäten in beiden Schultergelenken, im linken Ellenbogengelenk sowie in den Hand- und Kniegelenken (E. 5.2). Die MRI-Befunde der Z.____ vom 5. November 2015 bestätigten in der Folge den Verdacht auf entzündliche Veränderungen insbesondere an den Hand- und Fingergelenken (wenn diese damals auch nicht sehr aktiv erschienen); zudem wurden teilweise bereits *ero sive* Veränderungen erhoben (vgl. E. 5.7). Hierzu nahm der RAD-Arzt Dr. P.____ keine Stellung, was einen Mangel darstellt. Die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte der in der Z.____ tätigen Rheumatologin Dr. C.____ (E. 5.7) wurden dem RAD auch nicht mehr zur Beurteilung vorgelegt. Die Angabe, wonach keine neuen, die Arbeitsfähigkeit betreffenden medizinischen Sachverhalte vorliegen würden, vermag bei dieser Sachlage nicht zu überzeugen, nachdem die Beschwerdegegnerin auch mit den behandelnden Rheumatologen mit Bezug auf die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit keine Rücksprache nahm und die erstmalige Ablehnung des Rentenbegehrens auf Angaben von Dr. C.____ basierte (vgl. E. 3.3 und E. 3.4). Zutreffend ist, dass die den Schmerzen und den bildgebend festgestellten entzündlich anmutenden Veränderungen zugrundeliegenden Ursachen weiterhin nicht geklärt sind, zumal die Schmerzen durch medikamentöse Therapien trotz umfangreicher Bemühungen nicht wesentlich beeinflussbar zu sein scheinen. Im Zentrum der vorliegenden Berichterstattung steht weiterhin ein komplexes chronisches Schmerzsyndrom beziehungsweise der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung.

E. 6.4

Auch nicht zu überzeugen vermag die Einschätzung von Dr. Q.____ (E. 5.5), wonach neu von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten auszugehen sei. Insbesondere ist nicht einzusehen, weshalb der beschriebene starke Schmerzschub in kalten Monaten eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen soll. Hinzu kommt, dass das Engagement der Ärztin bei der erneuten Anmeldung zum Bezug einer Invalidenrente gewisse Zweifel an der für eine unabhängige Expertise notwendigen Distanz zum Beschwerdeführer aufkommen lässt. Die Ärzte und Ärztinnen des F.____ und der T.____

nahmen wie bereits erwähnt keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit.

E. 6.5

Es bleibt nach dem Gesagten trotz aktenkundiger umfangreicher bildgebender, rheumatologischer und orthopädischer Abklärung unklar, ob der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit nach wie vor zu 100 % arbeitsfähig ist. Bislang fehlt eine ärztliche Auskunft darüber, ob die neuen Befunde eine weitgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben beziehungsweise wie sich diese in Anbetracht des schubartigen Verlaufs beurteilt (E. 1.4). Zudem ist angesichts der eingetretenen Verschlechterung auch mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss massgebenden Indikatoren (BGE 141 V 281) zu prüfen, wie es sich mit der invalidisierenden Wirkung eines chronischen generalisierten Schmerzsyndroms (mit Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung) verhält. Nicht fachärztlich geklärt sind weiter die Auswirkungen der in der Berichterstattung mehrfach thematisierten depressiven Episoden, wobei die diesbezüglichen Angaben der Hausärztin Dr. Q.____ im Bericht vom 13. April 2015 (E. 5.5) widersprüchlich sind. Sie listete die depressiven Episoden unter den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf, erwähnte indes an anderer Stelle, es bestünden keine geistigen oder psychischen Einschränkungen.

E. 6.6

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich aufgrund der gegenwärtigen Aktenlage die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers auf die Arbeitsfähigkeit nicht hinreichend beurteilen lassen. Somit hätten sich weitere medizinische Abklärungen aufgedrängt. Die Verfügung vom 8. Januar 2016 ist deshalb aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung und Zunahme der Beschwerden und namentlich deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit weiter abkläre. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch neu verfügen. 7. 7.1

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 900.-- festzulegen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer, in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG). Es ist dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung dieser Grundsätze eine Prozessentschädigung von Fr. 1'150.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 8. Januar 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'150.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Pensionskasse Gärtner und Floristen, Gladbachstrasse 80, 8044 Zürich sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

E. 8

Schmerzstörung mit

somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

E. 9

Status nach tubulärem Kolonschleimhautadenom 2009

E. 10

Status nach Alkoholüberkonsum

E. 11

Hochfrequente Innenohrschwerhörigkeit

Dr. C. ___ gab an, der Beschwerdeführer leide unter einem chronisch generalisierten Schmerzsyndrom mit kaum modulierbarer Schmerzsymptomatik und Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Des Weiteren leide der Beschwerdeführer unter peripheren Polyarthrosen, vor allem in den Händen, auch in beiden AC-Gelenken und in den Hüftgelenken, vor allem rechts. Diesbezüglich seien auch hier therapeutische Massnahmen wie zuletzt die Steroidinfiltration der rechten Hüfte Ende Februar 2015 fehlgeschlagen. Es bestehe der Eindruck eines festgefahrenen Schmerzmusters mit einem weitgehend therapieresistenten Verlauf. Wahrscheinlich dürfte auch die soziale beziehungsweise ökonomische Komponente mit der Ablehnung des IV-Entscheidunges und der vom Beschwerdeführer erlebten Ablehnung durch Ämter und Behörden eine Rolle spielen. In diesem Zusammenhang habe er auch den Wunsch geäussert, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen werden sollte, da mit der Invalidenversicherung entsprechend ihren Entscheid revidieren würde. Diesem Wunsch könne natürlich in diesem

Rahmen nicht entsprochen werden.

Auf der anderen Seite müsse sicher festgehalten werden, dass entzündlich anmutende Veränderungen insbesondere in den Bildbefunden (Anreicherungen in der Spätphase) im Szintigramm vom Februar 2014 in den Händen, den AC-Gelenken und Füßen vorhanden seien. Grundsätzlich könne nicht differenziert werden, ob es sich um aktivierte Arthrosen oder arthritische Prozesse handle. Allerdings sei das Verteilungsmuster, insbesondere die Mitbeteiligung der Fingergrundgelenke, für eine primäre Arthrose etwas ungewöhnlich. Zusammen mit der STT-Arthrose sowie sonographisch festgestellten Verkalkungen in der Supraspinatussehne könnte dies gut für eine Kristallarthritis sprechen. Eine rheumatoide Arthritis erscheine aufgrund des radiologischen Aspekts und der negativen Antiimmunantikörper sehr unwahrscheinlich. Auch in der aktuellen Laboruntersuchung seien bis auf die bekannte Thrombozytose und den leichten Vitamin D3-Mangel keine Auffälligkeiten vorhanden. Dies schliesse eine Kristallarthropathie natürlich nicht aus. Bei Serum-Harnsäure von 449 µmol/l sei eine Uratarthropathie eher unwahrscheinlich. Im Ganzkörper-MRI (Bechterew-Protokoll) vom 28. Oktober 2015 seien keine aktiven oder abgelaufenen Entzündungen festzustellen, bei multisegmentalen degenerativen Veränderungen, betont in der Halswirbelsäule und der Lendenwirbelsäule. Auch das negative HLA-B27 spreche gegen eine (axiale) Spondylarthropathie. Neben der chronischen Schmerzsituation mit wahrscheinlich somatoformer Komponente und akuten anamnestisch depressiven Episoden dürften auch die Haltungsinuffizienz und die muskulären Insuffizienzen der peripheren Muskulatur, die Dekonditionierung und die Adipositas eine negative Rolle spielen (S. 6 f.).

Im Bericht vom 1. Dezember 2015 (Urk. 3/5) gab Dr. C. ___ an, das MRI der Hände vom 5. November 2015 habe den Verdacht auf entzündliche Veränderungen bestätigt, vom Verteilungsmuster vor allem die Fingergrundgelenke und die Handgelenke betreffend, auch wenn diese derzeit nicht sehr aktiv erschienen würden, jedoch teilweise bereits mit erosiven Veränderungen an den einzelnen MCP und Carpalia verbunden seien. Ausgehend vom Verteilungsmuster seien die Veränderungen gut mit einer rheumatoiden Arthritis vereinbar. Bereits im Bericht vom 27. Oktober 2015 sei festgehalten worden, dass die Immunserologien negativ seien, wobei Erosionen bei der RA vor allem bei ACPA-positiven Patienten vorkommen würden. Nach wie vor stehe die Differenzialdiagnose einer Kristallarthritis sicher im Vordergrund. Sie empfehle angesichts der doch vorhandenen synovitischen Aktivität und aufgrund der differentialdiagnostischen Überlegungen eine Basistherapie. 6.

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