

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00723 vom 27. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00723

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00723 du 27 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00723 del 27 luglio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Renten bezü gers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungs rechts [ATSG]). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tat sächlichen 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 revidier bar, 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 Bun des gerichts 9C_261/2009 vom 1 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 Gesund heits zustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revi sionsgrund 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 Ein sprache entscheid , 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 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]). Der Untersuchungsgrundsatz, wonach die Verwaltung beziehungsweise das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen haben, spielt insoweit nicht (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 mit Hinweisen).

Nach Eingang eines Revisionsgesuchs 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. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter zu respektieren hat (vgl. BGE 109 V 262 E. 3).

E. 1.3

Mit Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 108 E. 2a, 264 E. 3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E.

2.2 mit Hinweisen). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihr Nichteintreten auf das Leistungsgesuch damit, dass der Beschwerdeführer mit dem eingereichten Arztbericht vom 29. Januar 2016 nicht glaubhaft gemacht habe, dass es seit der letzten Verfügung zu einer erheblichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse gekommen sei. Denn der Bericht stütze sich mehrheitlich auf die subjektiven Angaben des Versicherten, wohingegen objektive Befunde und funktionelle Einschränkungen im Vergleich zu den bisherigen medizinischen Unterlagen nicht dokumentiert seien. Es liege damit lediglich eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts vor (Urk. 2 und Urk. 11). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, im Bericht vom 29. Januar 2016 hätten die am Medizinischen Zentrum C. tätigen Ärzte eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands ausführlich begründet. Dies betreffe die psychischen (2011 leichte depressive Episode, jetzt mittelgradige depressive Episode) wie auch die somatischen Beschwerden (verstärkte Wirbelschmerzen, Nackenschmerzen mit neurologischen Ausfällen). Zudem liege eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse auch bei gleichgebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert habe (Urk. 1 S. 4 f.). 3.

Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin am 7. Juni 2016 zu Recht nicht auf die Neuanmeldung vom 15. Februar 2016 (Urk. 12/112) eingetreten ist (Urk. 2). Massgebend ist dabei, ob der Beschwerdeführer mit den mit der Neuanmeldung eingereichten medizinischen Berichten (Urk. 12/111) glaubhaft gemacht hat, dass sich seine tatsächlichen Verhältnisse zwischen der durch Urteil des hiesigen Gerichts bestätigten Verfügung der IV-Stelle vom 22. November 2011 (Urk. 12/95) und der Neuanmeldung vom 15. Februar 2016 (Urk. 12/112) in anspruchswerter Weise verändert haben. 4. 4.1 4.1.1

Der rentenablehnenden Verfügung vom 22. November 2011 lagen – wie auch im Urteil des hiesigen Gerichts vom 12. Juni 2013 aufgeführt (Urk. 12/105 E.

3.1-12) – die folgenden medizinischen Berichte zugrunde:

Die Ärzte der E.____ berichteten am 21. Februar 2008 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 21. Januar bis am 8. Februar 2008. Sie diagnostizierten ein lumbospondylogenes Syndrom linksbetont, ten domyotische Veränderungen des linken Musculus

tibialis anterior sowie einen ausgeprägten Vitamin D3-Mangel mit nicht nachweisbarem 25-OH-Vitamin D3 Spiegel. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit empfahlen sie die Durchführung einer Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL, Urk. 12/20). 4. 1. 2

Die am 15. April, 19. und 20. Mai 2008 von den Ärzten des F.____, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, durchgeführte EFL ergab, dass dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Bäckerei zu 50 % zumutbar sei. Aus rheumatologischer Sicht spreche nichts gegen die Ausübung einer mittelschweren Arbeit ohne schnelle Oberkörperdrehung oder längeres Arbeiten in nach vorn geneigten Positionen mit einem Pensum von 100 % (Bericht vom 5. Juni 2008

[Urk. 12 /7 S. 4]). 4. 1. 3

Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, stellte am 20. November 2008 (Urk. 12 /36/2-6) folgende Diagnosen (S. 1): - 1. Lumbospondylogenes Syndrom links - Diskushernie L1/2 mit Spinalkanaleinengung - Diskushernie L4/5 und Wurzelreizung L5 links - 2. Tendomyotische Veränderung des Musculus

tibialis

- 3. Mittelgradige depressive Episode - 4. Schwindel

Er attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 21. Januar bis am 8. Februar 2008 und anschliessend eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis auf Weiteres (S. 1). 4. 1. 4

Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte am 31. Oktober 2008 Schwindelbeschwerden und Kopfschmerzen mit vermutlich funktioneller Genese. Er wies zudem auf unklare Veränderungen im MRI mit cerebellären Läsionen hin. Als Differentialdiagnose nannte er Spannungskopfschmerzen. Die Lumbalpunktion – so Dr. H.____ – schliesse eine aktuelle reaktive und infektiöse Genese der beschriebenen Veränderungen im Kleinhirn aus. Eine klinisch manifeste Cerebellitis sei nicht vorhanden. Er empfahl, den weiteren Verlauf abzuwarten und probatorisch eine prophylaktische Migräne- respektive Spannungskopfschmerz-Behandlung einzuleiten (Urk. 12 /36/14-15). 4. 1.

E. 5

Die Ärzte der Rheumapoliklinik des F.____ stellten am 16. April 2009 (Urk. 12 /44/6-9) folgende Diagnosen (S. 1 f.): - 1. Chronisches Panvertebralsyndrom - Aktuell Schmerzmaximum cervical - Vor allem myofasziale Befunde im Schulter-Nackengebiet, keine radikuläre Symptomatik - MRI der Lendenwirbelsäule vom 16. Oktober 2006: breitbasige

Diskushernie L1/2 mit deutlicher Einengung des Spinalkanals (Duralsack sagittal 6 mm), Diskushernie L4/5 paramedian links mit leichter Duralsackimpression und linksseitig leichter Deviation der Wurzel L5 - Status nach lumboradikulärem Reizsyndrom L5/S1 links

im Oktober 2006, Status nach Sakralblock - Muskuläre Dysbalance - Verdacht auf Generalisation der Schmerzen, Differentialdiagnose: sekundär bei Vitamin D3-Mangel - 2. Periarthropathia

genus links - Status nach Knie trauma links mit Osteosynthese 1985 und OSMA 1991 - 3. Ausgeprägter Vitamin D3-Mangel, substituiert seit April 2008 - 4. Arterielle Hypertonie

Sie führten aus, die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden seien teilweise nachvollziehbar und auf eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule zurückzuführen. Das gesamte Ausmass der Beschwerden sei jedoch angesichts der geringen strukturellen Veränderungen der Wirbelsäule nicht erklärbar. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit verwiesen sie auf die im Jahr 2008 durchgeführte EFL (S. 3 f.). 4. 1.

E. 5.1.1

Bei der renten ablehnenden Verfügung vom 22. November 2011 ging die Beschwerdeführerin davon aus, dass der Beschwerdeführer insbesondere trotz des tendomyotischen

Panvertebralsyndroms mit Diskopathien L1/2, L4/5 und C5/6 und einem Status nach einem radikulären Ausfallssyndrom C6 rechts in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 12/94 S. 3 f. und Urk. 12/95). Aus den im Rahmen der Neuanmeldung vom 15.

Februar 2016 eingereichten medizinischen Beurteilungen geht zwar hervor, dass der Beschwerdeführer auch nach dem fraglichen Entscheid – wohl hauptsächlich bei den Dres. G. ___ und J. ___ – in ärztlicher Behandlung stand. Auf eine zeitweilig eingetretene Verschlimmerung des Gesundheitszustands, aus der dauerhaft eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert, deutet indes keiner der zitierten Arztberichte hin. So lässt der Bericht der Ärzte und des Psychologen des Medizinischen Zentrums C. ___ vom 18. Januar 2016 auf eine beinahe unveränderte Persistenz der zervikalen und lumbalen Symptomatik schliessen, zumal in der Diagnoseliste einzig auf bildgebende Untersuchungen, die vor Erlass der rentenverweigernden Verfügung vom November 2011 durchgeführt wurden, verwiesen wird. Was die gemäss Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 5) verstärkt auftretenden Wirbel- und Nackenschmerzen betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass Schmerzen an sich rechtsprechungsgemäss noch keine Arbeitsunfähigkeit begründen (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 994/06 vom 29. August 2007 E. 3.3) und dass den aus den Befunden am Achsenskelett folgenden funktionellen Einschränkungen bereits mit dem der Verfügung vom 22. November 2011 zugrunde liegenden Anforderungsprofil angemessen Rechnung getragen wurde. Von einer weitergehenden Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens ist auch nicht aufgrund der geltend gemachten neurologischen Ausfälle (Urk. 1 S. 5) auszugehen. Die von Dr.

N. ___ angeführte neurologische Problematik wurde bereits in den Berichten der Ärzte des F. ___

vom 9. Juni 2011 (Urk. 12/90) und der B. ___ -Experten vom 31. August 2011 (Urk. 12/91) – auf welchen unter anderem die ursprüngliche Rentenverweigerung basierte – festgestellt. Er verneint sodann das Vorliegen von ernsthaften neurologischen Ausfällen (Urk. 12/111/4-10 S. 5). Auch die vom Neurologen Dr. R. ___ erhobenen Befunde (Urk. 12/111/4-10 S. 5) zeigen keine relevanten neurologischen Ausfälle auf und auf die Frage

nach einer seit 2011 eingetretenen Verschlechterung der Symptomatik verweist der nämliche Arzt einzig auf die Chronifizierung der Schmerzsymptomatik. Ausserdem bringt der Beschwerdeführer vor, dass die elektrophysiologische Untersuchung unauffällig gewesen sei (Urk. 12/111/4-10 S. 2). Neu leidet der Beschwerdeführer unter einem Diabetes mellitus, der von den B.____-Gutachtern noch als Verdachtsdiagnose geäussert wurde. Aufgrund der betreffenden Diagnose ist indes keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszumachen.

E. 5.1.2

Dem Beschwerdeführer ist einzig insoweit zuzustimmen (vgl. Urk. 1 S. 5), dass aus psychiatrischer Sicht nunmehr als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1 ; statt rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode [ICD-10 F33.0]) gestellt wurde. Ob die von med. pract . S.____ und dem klinischen Psychologen D.____ erhobenen Befunde und der geschilderte Tagesablauf

tatsächlich vor dem Hintergrund der betreffenden Diagnose zu sehen sind, kann letztlich aber offen bleiben. Denn nach der bundesgerichtlichen Praxis sind leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 8C_482/2016 vom 15. September 2016 E. 4.1). Gegen eine invalidisierende Wirkung spricht sodann der Umstand, dass bislang keine (teil-)stationäre Behandlung durchgeführt wurde (Urk. 12/111/4-10 S. 3) und damit keine Ausschöpfung der therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten vorliegt (vgl. zum Ganzen etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_863/2015 vom 7. Januar 2016 E. 1, 8C_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit weiteren Hinweisen und 9C_369/2014 vom 19. November 2014). Hinzu kommt, dass med. pract . S.____

unter „Verlauf und Procedere“

aus psychiatrischer Sicht keine Ausführungen macht bzw. auch keine seit 2011 eingetretene Verschlechterung der Symptomatik angibt (Urk. 12/111/4-10 S. 8). Eine anspruchrelevante Depression liegt damit nicht vor. 5. 2

Nach dem Gesagten enthalten die aktenkundigen Arztberichte keine rechtsgenügenden Anhaltspunkte dafür, dass es zwischen der Verfügung vom 22. November 2011 (Urk. 12/95) und der Neuanschuldung vom 15. Februar 2016 (Urk. 12/112) respektive dem Nichteintretensentscheid vom 7. Juni 2016 (Urk. 2) zu einer anspruchrelevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen ist. In Anbetracht dessen ist auch die vom Beschwerdeführer zitierte höchstrichterliche Rechtsprechung, wonach eine revisionsbegründende Änderung auch gegeben sein kann, wenn sich ein Leiden bei gleicher Diagnose in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urk.1 S. 5), nicht einschlägig. 6.

Mit seiner Beschwerde vom 20. Juni 2016 ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1). Mit Schreiben vom 24. Juni 2016 bestätigte die Stadt Zürich, Sozialzentrum U.____ , dass sie den Beschwerdeführer und seine Familie derzeit für die Lebenshaltungskosten unterstützt (Urk. 10).

Nachdem der Prozess nicht aussichtslos erscheint und der Beschwerdeführer als bedürftig gilt, ist ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 6 00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]), jedoch in Folge gewährter unentgeltlicher Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 20. Juni 2016 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird gutgeheissen, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 6 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf §

E. 6

Dr. G.____ erhob am 11. November 2009 (Urk.12 /46/2-5) zusätzlich zu den im Bericht vom 20. November 2008 (Urk. 12 /36/2-6) erhobenen Befunden eine Periarthropathia genu links und ein panvertebrales Schmerzsyndrom (S. 1). Er testierte – im Vergleich zum Bericht vor einem Jahr – eine seit dem 27. Oktober 2008 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2) und bezifferte die Gewichtslimite beim Heben und Tragen mit fünf bis zehn Kilogramm (S. 4). 4 . 1.

E. 7

Die am Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des F.____ tätige Dr. med. I.____, Fachärztin für Oto -Rhino-Laryngologie, diagnostizierte am 3. September 2009 persistierende Schwindelbeschwerden mit einer apparativ minimalen peripheren vestibulären Unterfunktion auf der linken Seite. Als Differentialdiagnosen nannte sie zudem einen Schwindel im Rahmen eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels (BPLS) respektive einer vestibulären Migräne sowie einen orthostatischen Schwindel. Hinsichtlich der von ihr erhobenen Befunde ging sie von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus (Urk.

E. 12

Gestützt auf die Ergebnisse der im Mai 2011 im B.____ durchgeführten internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung (Gutachten vom 31. August 2011 [Urk. 12/91]) diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein vorwiegend tendomyotisches

Panvertebralsyndrom mit Diskopathien L1/2, L4/5 und C5/6 sowie einen Status nach einem radikulären Ausfallssyndrom C6 auf der rechten Seite (S. 33). Den folgenden Diagnosen massen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 33 f.): - 1. Schmerzausweitung bei muskulärer Dysbalance und allgemeiner Dekonditionierung - 2. Epicondylopathia humeroradialis beidseits - 3. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD 10 F33.0) - 4. Adipositas Grad I nach WHO (BMI 30.9 kg/m²) - 5. Verdacht auf Diabetes mellitus (Glucose [nicht nüchtern] 8.4 mmol/l [3.9-6.1], HbA1c 7.6 % [4.8-6.0])

Die internistische Untersuchung habe – so med. pract. K.____, Fachärztin FMH für Chirurgie – das Bild eines 47-jährigen, adipösen und kardiopulmonal kompensierten Versicherten in unauffälligem Allgemeinzustand ergeben. Es hätten sich keine Hinweise

auf eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder eine Lungenerkrankung finden lassen. Das EKG zeige einen unauffälligen Erregungsablauf. Die im Neurostatus festgestellten Sensibilitätsstörungen im Bereich der Arme und des linken Beines würden sich keinem Dermatome zuordnen lassen. Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 36 f.).

Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, berichtete in seinem rheumatologischen Fachgutachten, beim Beschwerdeführer zeige sich ein sehr diffus ausgeweitetes tendomyotisches Schmerzbild. Es würden sich Tendomyosen im Schultergürtel, entlang der Wirbelsäule, in beiden Oberschenkeln wie auch am Epicondylus radialis und am Pes

anserinus finden lassen. Die Beweglichkeit aller Wirbelsäulenabschnitte wie auch der peripheren Gelenke sei nicht eingeschränkt. Das radikuläre Ausfall syndrom C6 auf der rechten Seite habe sich vollständig zurückgebildet. Die Belastbarkeit der Wirbelsäule – so der begutachtende Rheumatologe – sei aufgrund der Diskopathien sowohl lumbal wie auch zervikal eingeschränkt. Die als körperlich eher schwer einzustufende Arbeit als Hilfsbäcker sei dem Beschwerdeführer mit einem Arbeitspensum von 50 % zumutbar. Eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne vermehrt auszuübende stehende Arbeiten in einer vornüber gebeugten Position, die das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über fünf Kilogramm und von Einzellasten von über 15 Kilogramm respektive auch von leichteren Gewichten über Brusthöhe nicht beinhalte, könne er hingegen uneingeschränkt ausüben (S. 37).

Dem psychiatrischen Teilgutachten der Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, kann entnommen werden, dass keine Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen beim Beschwerdeführer eruierbar

waren. Der affektive Rapport sei gut herstellbar, die Stimmung etwas gedrückt. Im Gespräch wirke der Beschwerdeführer etwas ratlos und es werde ein vermindertes Selbstwertgefühl seit dem Arbeitsplatzverlust deutlich (S. 30 f.). Im Anschluss an die Kündigung habe sich eine depressive Symptomatik entwickelt und seit September 2009 stehe der Beschwerdeführer in der Behandlung bei Dr. J.____ (S. 37). In der Hamilton-Depressionsskala – so Dr. M.____ – habe der Beschwerdeführer 15 Punkte erreicht, was einer leichtgradigen Depression entspreche (14 bis 19 Punkte). Momentan seien die nach ICD-10 für eine leichte depressive Episode geforderten Kriterien erfüllt. Es sei überdies von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, da es gestützt auf die Berichte des Dr. J.____ wiederholt zu depressiven Episoden gekommen sei und der RAD-Arzt anlässlich seiner Untersuchung eine remittierte Depression festgestellt habe. Bei dieser Diagnose bestehe aus psychiatrischer Sicht jedoch keine Arbeitsunfähigkeit (S. 37).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die beteiligten Spezialärzte zusammenfassend aus, in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Hilfsbäcker sei der Beschwerdeführer seit Juli 2007 zu 50 % arbeitsfähig. In einer behinderungs angepassten Tätigkeit bestehe gestützt auf das vom rheumatologischen Gutachter ermittelte Belastungsprofil eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 39).

4.2.1

Aus dem im Zusammenhang mit der Neuanschuldung vom 15. Februar 2016 eingereichten medizinischen Bericht ergibt sich Folgendes:

Die im Medizinischen Zentrum C.____ tätigen Dres. med. N.____, Facharzt FMH für Chirurgie, O.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, P.____, Facharzt FMH für Anästhesiologie, Q.____, Facharzt FMH für Physikalische Therapie und Rheumatologie, und R.____, Facharzt für Neurologie sowie med. pract. S.____, Facharzt FMH für Psychiatrie nannten in ihrem Bericht vom 18. Januar 2016 (Urk. 12/111/4-10) nachstehende Diagnosen (S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - Chronische Kopfschmerzen mit Schwindel bei apparativ minimaler peripherer vestibulärer Unterfunktion links - HWS-Schmerzen mit/bei - Diskushernie C4/5 und C5/6 mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel C5 links sowie breitbasige Protrusion C3/4 und C6/7 Spinalkanalstenosen (USZ 26. Februar 2010) - C5/6 grössere mediolaterale rechtsbetonte Diskushernie mit deutlicher Impression des Duralsackes und Einengung des rechtsseitigen Neuroforamens. Flachbogige mediane Diskushernie C3/4 und kl eine paramediane linksseitige Diskushernie C4/5 (2. September 2010 MRI HWS, Uniklinik T.____ 20. Mai 2011) - LWS-Schmerzen mit/bei - Leichte Verschmälerung Th12/11 und L1/2 (13. Mai 2011 Rx LWS, B.____ 31. August 2011) - Breitbasige Diskushernie L1/2 mit deutlicher Einengung des Spinalkanals (6mm). Diskushernie L4/5 paramedian links mit leichter Duralsackimpression und linksseitig leichter Deviation der Wurzel L5 (16. Oktober 2006 MRI LWS, E.____ 21. Februar 2008) - Periarthropathia

genus links (USZ 16. April 2009) mit/bei - Tendomyotische Veränderungen des Musculus tibialis anterior links - Status nach Knie trauma links mit Osteosynthese 1985 und OSMA 1991 (21. Februar 2008) - Zentralnervöse Störung mit/bei - Dorsale kortikale cerebelläre Läsionen, am ehesten Status nach cerebellitis (6. Oktober 2008 MRI Schädel, B.____ 31. August 2011) - Diabetes mellitus Typ II - Status nach Asthma mit/bei - im Rahmen der früheren Arbeit als Lackierer

Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Anästhesiologie, – der den Bericht nicht mitunterzeichnet hatte – gab an, aus anästhesiologischer Sicht bestehe eine Verschlechterung der Symptomatik seit zwei Jahren. Dr. O.____ führte dies bezüglich aus, entsprechend den zunehmenden Cervicobrachialgien habe sich im MRI der Halswirbelsäule vom 8.

Januar 2015 eine zunehmende Bandscheibenprotrusion C3/C4 mit zunehmender foraminale Enge gefunden. Auf Höhe C4/C5 links sei eine zunehmende mediolaterale Protrusion mit Zunahme der Myelonimpression

ersichtlich; auf Höhe C5/6 sei eine mediolaterale Protrusion rechts mit foraminale Enge und möglicher Irritation der C6-Wurzel beidseits beobachtbar. Eine Myelopathie wiederum sei nicht zu erkennen. Aus neurologischer Sicht – so Dr. R.____

– sei es aufgrund der Chronifizierung der Schmerzsymptomatik zu einer progredienten Verschlechterung des Krankheitsbilds gekommen (S. 3).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die involvierten Mediziner und der klinische Psychologe D.____ aus, aus somatischer Sicht sei – ohne Berücksichtigung der Persönlichkeit des Beschwerdeführers – eine Eingliederung in wenig die Wirbelsäule belastende Tätigkeiten, ausgeübt in einem Teilzeitpensum, zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe hingegen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, was gesamthaft zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer adaptierten Tätigkeit führe (S. 3 f.). 4.2.2

Med .

pract .

S.____ und der klinische Psychologe D.____ stellten in ihrem Bericht vom 29. Januar 2016 (Urk. 12/111/1-3) die nämlichen Diagnosen (S. 3). Sie gaben an, die Symptome des Beschwerdeführers seien 2010 wie folgt beschrieben worden: Schmerzen, Schwindel, wenig Stimmungsschwankungen, keine Konzentrationsstörungen, kein Interessenverlust und keine Schlafstörung. 2015 würden die die Symptome wie folgt aus sehen : Der Versicherte beklage, seit 2004 unter Hals- und Lendenwirbelsäulenschmerzen zu leiden, Schlafstörungen (Durchschlafzeit circa 30 Minuten), Appetitverminderung (75

Kilogramm bei 170

cm), Müdigkeit, Lust- und Interessenlosigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Konzentrationsstörungen (TV nur 30 Minuten), Vergesslichkeit (Türen abschliessen), Freudunfähigkeit und Schuldgefühle.

2010 habe er beim Kochen mitgeholfen, habe gerne ferngesehen und offenbar unter keinen Schlafstörungen gelitten. 2015 sehe sein Tagesablauf nun folgen dermassen aus: Aufstehen zwischen sieben und acht Uhr, Toilette, duschen, spazieren, keine Mithilfe im Haushalt mehr möglich, Mittagessen , schlafen, spazieren, TV nur circa 30 Minuten , Abendessen, lesen, Bettruhe um Mitternacht, Einschlafstörungen 30 Minuten, nach zwei Stunden

Schlaf wieder auf stehen, in der Wohnung spazieren, wieder Versuch zu schlafen, dies bis am Morgen.

Zum psychopathologischen Befund führten die Therapeuten aus, der Beschwerdeführer sei äusserlich gepflegt, altersentsprechend, bewusstseinsklar und allseits orientiert . In der emotionalen Kontaktaufnahme erscheine er zurückhaltend und gehemmt . Seine Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert. Es sei eine deutliche Störung des Vitalgefühls erkennbar. Mimik und Gestik seien gespannt und im Gesprächsverlauf sei der Versicherte verbal mitteilungsaktiv. Kognitiv sei er verlangsamt beziehungsweise deutlich eingeschränkt. Es liege eine deutliche Vergesslichkeit vor , aber keine Auffassungsstörung . Im Denken sei er formal beweglich. Es bestünden keine Denkverlangsamung, Denkeinstengung oder Denkhemmung. Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisweisen seien nicht ersichtlich wie auch keine formalen Denkstörungen oder Zwänge erkennbar seien

(S. 2). Zur Arbeitsfähigkeit führten med. pract . S.____ und der Klinische Psychologe Dr. D.____ Folgendes aus: „Diese Diagnosen [Anmerkung: siehe E. 4.2.1 bzw. E. 4.2.2 am Anfang] haben deutliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Subjektiv: Der Pat. ist 100 %

arbeitsunfähig auch für angepasste Tätigkeiten. Positives Leistungsbild: Spazieren ca. 60 Min. mit Pausen, Autofahren ca. 60 Min., leichte Hausarbeit für kürzere Zeit. Negatives Leistungsbild: Keine längeren, einseitigen Tätigkeiten, kein Stress, keine schweren Arbeiten, kein Publikumsverkehr. Objektivere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Der Pat. ist auch für angepasste Tätigkeiten 100 % arbeitsunfähig, dies aufgrund der Diagnosen, des positiven und negativen Leistungsbildes sowie der Fremdanamnese.

Insgesamt ist mit den neuen Diagnosen also eine Verschlechterung seit 2010 klar ausgewiesen.“ 5.

E. 16

Abs. 4 GSV G er hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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, 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 GräubLocher

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