

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00896 vom 31. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00896

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00896 du 31 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00896 del 31 marzo 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 d es Allgemeinen Teils 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

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Invalide oder von einer Invalidität (Art.

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, [IVV]), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art.

E. 05

meldete er sich

unter Hinweis auf eine Unterkieferfraktur erneut

bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug (Berufsberatung, Umschulung, Wiedereinschulung, Arbeitsvermittlung) an (Urk. 8/69). Nach ersten Abklärungen erteilte ihm die IV-Stelle anfangs Januar 2008 Kostengutsprache für eine berufliche Abklärung

bei der Z.____ (Z.____ , Mitteilung vom 28. Januar 2008, Urk. 8/ 125 ; vgl. auch Mitteilung vom 4. Juni

2008,

Urk. 8/140) , welche aufgrund

eines sich im Mai 2008 zugefügten Fahrradsturzes vorzeitig abgebrochen wurde

(vgl. Urk. 8/151 ; Verfügung vom 8. September

2008, Urk. 8/156) . Nach einer anfangs 2009 an der Rehaklinik A.____ durchgeführten Abklärung mit dem Ergebnis, dass ihm leichte bis mittelschwere Arbeiten ganz täglich zumutbar seien (Urk. 8/176/7) , zeigte der Versicherte der IV-Stelle im Mai 2009 seine Bereitschaft zur Wiederaufnahme der beruflichen Abklärung an (Urk. 8/177) . Deren Weiterführung scheiterte indes an exazerbierten

Rückenschmerzen (Urk. 8/183/3, Urk. 8/192). Nachdem sich der Versicherte nach eigenen Angaben einer erfolgreichen Bandscheibenoperation unterzogen hatte und er die IV-Stelle im September 2009 (Urk. 8/198) abermals um (Wieder-)Aufnahme der beruflichen Massnahmen ersucht hatte, erteilte ihm diese Kostengutsprache für ein Arbeitstraining bei Z.____

(Verfügung vom 28. Oktober

2009, Urk. 8/203 , vgl. auch Verfügung vom 20. Januar

2010, Urk. 8/216) sowie für einen Schreibkurs (Verfügung vom 19. Februar 2010 Urk. 8/225) . Im April 2010 machte der Versicherte einen Sturz vom Bürostuhl mit nachfolgenden Kopf- und Rückenschmerzen aktenkundig (Urk. 8/228, vgl. auch Unfallmeldung, Urk. 8/229), was erneut den Abbruch der beruflichen Massnahmen nach sich zog (Verfügung vom 8. Juli

2010, Urk. 8/239). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/252-261) sprach die IV - Stelle dem Versicherten mit Verfügungen vom 19. Mai 2011 (Urk. 8 /263, Urk. 8/275/1-6) gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 %

eine vom 1. November 2004 bis 31. Dezember 2005 befristete ganze Rente sowie gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 %

eine vom 1. Januar 2006 bis 31. August 2009 befristete halbe Rente zu , zuzüglich zweier akzessorischer Kinderrenten . Die gegen die Befristung der ganzen Rente per 31. Dezember 2005 erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil IV.2011.00586 vom 20. März 2013 ab (Urk. 8/288/1-19) .

E. 7

im Beisein des Beschwerdeführers

sowie dessen Rechtsvertreter stattfand (Prot. S. 3 f.); die Beschwerdegegnerin hatte mit Schreiben vom 22. Februar 2017 ihren Verzicht an der Teilnahme angezeigt (Urk. 15) . Der Beschwerdeführer hielt in der Hauptverhandlung vom 16. März 2017 an seinen Anträgen fest (Urk. 16) und reichte weitere Unterlagen (Urk. 17-23) zu den Akten. 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit (Abs. 1) : a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b. die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis). Nach Massgabe der Art.

E. 13

und 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Art.

E. 16

Abs. 2 lit. c IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit. d).

E. 17

ATSG (vgl. E. 1.4) bilden vorliegend die gerichtlich bestätigten Rentenverfügungen vom 19. Mai 2011, welche gestützt auf die nachfolgend zitierte Aktenlage ergingen. 3.2

Im polydisziplinären Gutachten der E.____

zuhanden der Unfallversicherung vom 7. November 2005 (Urk. 8/80/4-60) hielten die Gutachter folgende Diagnosen fest (Urk. 8/80/36): - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits (ICD-10, M45.5, M51.1) mit richtungsweisender

Traumatisierung im Rahmen des Ereignisses vom 7.11.03 - ISG-Problematik rechts - Verdacht auf intermittierendes Reizsyndrom L4/5 rechts bei linksbetont beidseitiger Foraminalstenose L4/L5 mit möglicher Wurzelaffektion L4 beidseits

foraminal, Diskusprotrusion und Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 beidseits (MRI vom 22.6.04) - Status nach

lumboradikulärem Syndrom bei lateraler und intraforaminaler Diskushernie L4/L5 links mit Kompression der Nervenwurzel L4 links 1994 - Status nach Morbus Scheuermann (ICD-10, M42.0)

- Schlag auf den Nacken-Hinterkopf mit Schädelkontusion, Schädelhirn trauma, Comotio cerebri und Unterkieferfraktur links am 7.11.2003 (ICD-10, S02.6, S06.0) - Status nach Reposition und Osteosynthese des Unterkiefers am 11.11.03 - Posttraumatischer Kopfschmerz, Spannungskopfschmerz (ICD-10, G44.3) - leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung: - vereinbar mit milder traumatischer Hirnverletzung bei erhaltenem intellektuellem Leistungsvermögen - Chronisches zervikales Syndrom (ICD-10, M42.9) - Myofasziales Schmerzsyndrom paravertebral - Osteochondrose C4-C7 - Migräne mit visueller Aura (ICD-10, G43.1) - Häufung der Migräneattacken seit Schädelhirntrauma vom 7.11.2003 - Positive Familienanamnese für Migräne - Anpassungsstörung (ICD-10, F43.23) - Status nach Kniebinnenraumtrauma links mit vorliegender Kreuzbandruptur 1985 (ICD-10, S83.5) mit resultierender Arbeitsunfähigkeit als Maler (IV-Umschulung für KV-Abschluss 1986-90) - Status nach Meniskusoperation links 1977, rechts 1978

Aus orthopädischer Sicht

sei es

anlässlich der Schläge vom 7. November 2003 zu einem massiven sackmesserartigen Flexions trauma im Bereich der LWS und des ISG gekommen. Seither bestünden vor allem im ISG rechts Schmerzen mit tendenzieller Ausstrahlung ins rechte Bein. Eine

Verbesserung sei mit operativen Massnahmen kaum möglich. Mit Hilfe konservativer Massnahmen sollte eine Arbeitsfähigkeit zumindest im Teilzeitbereich für leichtere, wechselbelastende Arbeiten im Bereich des Möglichen liegen

(Urk. 8/80/31-32).

Der psychiatrische Gutachter

hielt fest, eine schwere depressive Grundstimmung scheine nicht vorhanden zu sein, wenngleich der Beschwerdeführer in einer schwierigen Situation stecke. Demgegenüber könne

das Vorliegen einer Anpassungsstörung, welche den Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit im Sicherheitsbereich un geeignet erscheinen lasse, bestätigt werden (Urk. 8/80/32-34).

Aus neurologischer Sicht habe sich in Folge des am 7. November 2003 erlittenen Schädelhirntraumas mit Comotio cerebri ein chronischer posttraumatischer Kopfschmerz im Sinne eines chronischen Spannungskopfschmerzes entwickelt und hätten sich die bereits zuvor bestehenden Attacken einer Migräne mit Aura gehäuft (Urk. 8/80/51). In Bezug auf die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als Sicherheitsangestellter ergebe sich aus dem posttraumatischen Kopfschmerz keine wesentliche Einschränkung. Relevante Hinweise auf Störungen der Kognition, Konzentration, Gedächtnis und Aufmerksamkeit hätten sich ebenfalls nicht ergeben (Urk. 8/80/55).

Die neuropsychologische Untersuchung ergab eine leichte bis mittlere neuropsychologische Funktionsstörung nach Schädelhirn trauma mit Comotio cerebri. Da die neuropsychologische Störung von schmerzbedingter und psychischer (ev. medikamentöser?) Leistungseinschränkung überlagert sei, könne deren Schwere grad derzeit nicht exakt festgelegt werden. Andere Ursachen als das fragliche Unfallereignis seien nicht

erueierbar (Urk. 8/59).

Zusammenfassend erachteten die Gutachter die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als Sicherheitsangestellter

seit dem Trauma vom 7. November 2003 als nicht mehr zumutbar. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit unter Vermeidung monotoner Körperhaltung und Überkopfarbeiten sei er

ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung, sprich ab Oktober 2005, indes zu 50 % arbeitsfähig. Dabei qualifizierten die Gutachter den aktuellen Zustand nicht als Endzustand. Vielmehr bestünden – jedenfalls betreffend die chronische Schmerzsituation - bei dem bisher noch nie stationär rehabilitiv behandelten Beschwerdeführer reale Erfolgsaussichten einer Rehabilitation. Hierzu empfahlen sie eine vierwöchige stationäre Rehabilitation mit Integration eines psychosomatischen Behandlungskonzepts

und anschliessender Neubeurteilung in ca. 12-18 Monaten (Urk. 8/80/39 ff.) . 3.3

Am 13. Juli 2006 erfolgte im C.____

eine mikrochirurgische Dekompression der Wurzeln L4 und L5 rechts. Nach unauffälligem postoperativem Verlauf konnte der Beschwerdeführer am 19. Juli 2006 nach Hause entlassen werden

(vgl. Bericht vom 18. Juli 2006, Urk. 8/88). 3.4

Am 17. Mai 2008 stürzte der Beschwerdeführer mit dem Fahrrad

und verdrehte sich das rechte Knie (Urk. 8/172/19). Gemäss Bericht des behandelnden

Hausarztes Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin,

vom

15. September 2008 (Urk. 8/157/9-10), habe der Sturz sicherlich zu einer Aktivierung der Gonarthrose geführt. Gleichzeitig sei es zu einer Symptomausdehnung und Aggravation sowie zu Überlagerungen mit anderen Leiden gekommen. Jedenfalls komme der Sturz für die vom Beschwerdeführer subjektiv beklagten, lange anhaltenden Beschwerden als Ursache kaum in Frage. 3.5

Vom 26. März bis 7. Mai 2009 hielt sich der Beschwerdeführer zur Vorbereitung auf eine berufliche oder schulische Reintegration in der Rehaklinik A.____ auf (Bericht vom 8. Mai 2009, Urk. 8/175). Deren Ärzte diagnostizierten (1) einen Status nach medialer Teilmeniscektomie beidseits,

(2) eine Gonarthrose beidseits, (3) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom sowie (4) chronische Kopfschmerzen (Urk. 8/175/1) und erklärten, aufgrund mässiger Symptomausweitung seien die Resultate der physischen Leistungstests nur teilweise verwertbar und es sei daher für die Beurteilung der Zumutbarkeit im Wesentlichen auf medizinisch-theoretische Überlegungen unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm abzustellen. Angesichts dessen bestehe für eine wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Arbeit, ohne Arbeiten auf den Knien oder in der Hocke, ohne Zwangspositionen für die Knie und mit einer Reduktion des Treppen- und Leitersteigens auf das erforderliche Minimum ab dem 8. Mai 2009

eine ganztägige Arbeitsfähigkeit. Eine psychische Störung mit Krankheitswert liege nicht vor (Urk. 8/175/2). 3.6

Mit Schreiben vom 23. Juni 2009 (Urk. 8/186/3) erklärte Dr. F.____ erneut, die mittels MRI visualisierte aktivierte Arthrose in den Kniegelenken könne die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden eigentlich nicht erklären. Im September 2009 teilte der Beschwerdeführer der IV-Stelle mit, nach erfolgreicher

Bandscheibenoperation sei er nun fast schmerzfrei

(Urk. 8/192/2 , Urk. 8/198) . Im Oktober 2009 gab er an, mit seinem Rücken sei nunmehr wieder alles in Ordnung

(Urk. 8/202/3) .

3.7

Am 6. April 2010 kippte der Beschwerdeführer vom Bürostuhl nach hinten auf den Kopf und Rücken

(vgl. Unfallmeldung, Urk. 8/229) , welches Ereignis den medizinischen Abklärungen zufolge keine relevanten

fassbaren Residuen zeitigte und insbesondere ohne Nachweis einer akuten traumatischen Veränderung ,

namentlich Wirbelgleiten oder anderweitige pathologische Beweglichkeit der HWS

verblieb (vgl. Urk. 8/242/19 , Urk. 8/242/7 , Urk. 8/248/6-8). Dr. F.____ hielt am 11. August 2010 fest, kurzfristig könne die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Beschwerdeexazerbation tatsächlich auf das im April 2010 stattgefundenere Unfallereignis zurückgeführt werden. Die anhaltende Arbeitsunfähigkeit im Z.____ -Programm sei aber nach wie vor nicht nachvollziehbar. Jedenfalls seien die im Rahmen seiner Untersuchungen visualisierten Veränderungen an der HWS seit Jahren radiologisch vorbestehend . Er, Dr. F.____ , habe dem Beschwerdeführer auch mitgeteilt, er solle ihn erst dann wieder aufsuchen, wenn er tatsächlich gewillt sei, ein Eingliederungsprogramm durchzuführen. Langsam komme er jedoch zur Erkenntnis, dass dies Zeit- und Geldverschwendung sei. Bevor sich diesbezüglich nichts geändert habe, sei er nicht mehr bereit, zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers Stellung zu beziehen

(Urk. 8/245/7-8) . 3.8

Bei dieser medizinischen Aktenlage sprach die IV-Stelle

dem Beschwerdeführer mit gerichtlich bestätigten Rentenverfügungen vom 19. Mai 2011 (Urk. 8/263, Urk. 8/275/1-6 , Urk. 8/288/1-19) gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 %

eine vom 1. November 2004 bis 31. Dezember 2005 befristete ganze Rente so wie gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 %

eine vom 1. Januar 2006 bis 31. August 2009 befristete halbe Rente zu . 4. 4 . 1

Im Rahmen der Neuanmeldung

stellt sich die Aktenlage im Wesentlichen wie folgt dar : 4.2

Ein am 6. Januar 2015 im C.____ durchgeführte s Wirbelsäulen- CT der LWS
ergab im Vergleich

zur CT-Voruntersuchung vom 26. Juni 2009

die nachfolgende

Beurteilung (vgl. Konsiliarbericht zuhanden Dr. F.____ vom 6. Januar 2015, Urk. 8/352/
11- 13) : - Status nach M. Scheuermann - Unverändert kongenital eng angelegter Spinalka-
nal mit eng angelegten Foramina

intervertebralia lumbal

- Status nach Operation L1-L2 links (Hemilaminektomie); keine Rezidivhernie - Status
nach PLIF L4-L5, Bandscheibenfach weiterhin nur partiell ossär durchbaut, keine
Schraubenlockerung, kein Osteosynthesematerialbruch - Narbige Umscheidung der Wurzel
L5 recessal rechts und der Wurzel L4 foramina rechts auf Niveau L4-L5, -
Spondylarthrose L5-S1 beidseits

- Aktuell keine Diskushernie 4.3

Im Konsiliarbericht vom 24. März 2015 betreffend Beurteilung und Evaluation einer
allfälligen Operationsindikation der festgestellten narbigen Umscheidung der Wurzel L5
(vgl. E. 4.2) hielten die beurteilenden Fachärzte des C.____ fest, die Ende Januar 2015
durchgeführte Infiltration (vgl. Urk. 8/352/18) habe zu einer diskreten, allerdings
vorübergehenden, Besserung der Schmerzsymptomatik geführt. Klinisch neurologisch
zeige sich eine sehr diskrete Schonhaltung. Senso motorische Ausfälle lägen nicht vor. Das
Lasègue -Zeichen

sei rechts bei 30° positiv. Die Schmerzen seien nur im Liegen nicht vorhanden, ansonsten
immer präsent und nach Belastung deutlich zunehmend. Längeres Sitzen, Gehen oder
Stehen sei derzeit nicht möglich. Auf Grund der anamnestischen, klinischen und
neuroradiologischen Befunde sei derzeit eine konservative Therapie sowie ge-
wichtsreduzierende Massnahmen indiziert (Urk. 8/352/15 f.). 4.4

Mit Verlaufsbericht

zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 27. Mai 2015 hielt Dr. F.____ keine neuen
Diagnosen fest und notierte er im Rahmen der Krankheitsanamnese „nichts neues“.
Persönlich glaube er nicht mehr daran, dass der Beschwerdeführer an einer Reintegration
ins Berufsleben interessiert sei. Die Prognose sei schlecht. Wo kein Wille sei, sei auch kein
Weg. Aus der Krankengeschichte zitierte Dr. F.____ unter anderem den Eintrag vom 25.
November 2014, wonach er den Beschwerdeführer ausserhalb der Praxis gesehen und sich
dieser ausserhalb der Praxis deutlich schneller bewegt habe. Schliesslich wünschte er, Dr.
F.____, von weiteren Anfragen der IV verschont zu bleiben. Er kündigte an, nie mehr bereit
zu sein, den Beschwerdeführer betreffend seine theoretische Arbeitsunfähigkeit zu
beurteilen. Letzteres ganz einfach deshalb, weil es zwecklos sei (Urk. 8/352/5 ff.). 4.5

Auf Zuweisung des

C.____ hielt sich der Beschwerdeführer vom 12. Oktober 2015 bis 4. November 2015 zur
stationären Rehabilitation der beklagten chronischen lumbospondylogenen bis
intermittierend lumboradikulären Schmerzen in der Rehabilitationsklinik G.____ auf. Deren
Assistenzärztin hielt im Austrittsbericht vom 4. November 2015

- nebst den bereits vorbestehenden und akuten

Diagnosen -

(1) eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), (2) ein Schlafapnoesyndrom (nächtliche ASV Beatmung) sowie (3) eine chronische Bronchitis fest (Urk. 8/364/2 f.). Die Schmerzen hätten im gesamten Rehabilitationsverlauf

nur geringfügig beeinflusst werden können. Zur Beurteilung der aktuellen Leistungsfähigkeit sei ein abgewandelter Hebestest durchgeführt worden. Da jedoch längeres Sitzen dem Beschwerdeführer Probleme im Rücken bereitet hätten und die Beschwerden in beiden Kniegelenken bei längerem Stehen limitierend gewesen seien, sei ein Arbeitsbeginn nur in einer wechselbelastenden Tätigkeit realistisch. Aufgrund der langjährigen Abwesenheit in einer kaufmännischen Tätigkeit sei ein stufenweiser Einstieg empfehlenswert. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit betrage 60%, wobei mit einem Pensum von 30% verteilt auf fünf Tage/Woche einzusteigen sei. Nach sechs Wochen sei eine Steigerung auf 40-50% möglich, gleichmässig verteilt. Bei gutem Verlauf sei schliesslich eine Steigerung auf 60% möglich. Für eine weitere Steigerung müsse die Situation nochmals beurteilt werden. Zur weiteren Behandlung

sei eine zwei Mal wöchentlich durchzuführende ambulante Physiotherapie indiziert (Urk. 8/363/3 f.). 4.6

Nach der erfolglosen konservativen, multimodalen Therapie begab sich der Beschwerdeführer Anfangs Januar 2016 abermals zur klinischen Evaluation der beklagten Rücken- und Knieschmerzen ins C.____. Im Konsiliarbericht vom 6. Januar 2016 diagnostizierte der beurteilende Oberarzt im Wesentlichen chronische Lumboischialgien. Der Beschwerdeführer leide an einer seit Jahren bestehenden Schmerzsymptomatik im Rücken gluteal rechts mit Ausstrahlung ins rechte Bein, eher Dermatome L5 entsprechend (Urk. 8/366/10, vgl. auch Urk. 8/366/1

ff.). Zur Prüfung einer chirurgischen Indikation wurde

am 14. Januar 2016 ein

MRI

der LWS erstellt. Ein

Vergleich zur MRI-Vorkontrolle vom 5. März 2007 ergab die nachfolgende Beurteilung (Bericht vom 14. Januar 2016, Urk. 8/366/12-13): - Status nach Spondylodese und Cage-Implantation L4/L5

- Unverändert

narbig bedingt Umscheidung der Wurzel L4

foraminal

rechts und der Wurzel L5 rezessal rechts. Die Wurzel L4 foraminal rechts ist im Seitenvergleich gering aufgetrieben; dies als morphologisches Korrelat für eine Neuropathie

- Eine Kompression dieser Nervenwurzeln L4 und L5

rechts liegt

weiterhin nicht vor - Progrediente Osteochondrose Typ Modic I und II auf Niveaus L1-L2 und L2-L3 4.7

Die Beschwerdeführerin unterbreitete die medizinischen

Unterlagen ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur internen Stellungnahme. Am 24. März 2016 kam Dr. med. D.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, zum Schluss, dem Bericht

des C.____ vom 24. März 2015 (vgl. E.

4.3) seien im Wesentlichen blande Untersuchungsergebnisse zu entnehmen. Am 6. Januar 2016 (vgl. E. 4.6) sei in Ermangelung fassbarer klinischer Befunde eine MRI-Untersuchung angeordnet worden, anlässlich welcher eine foraminal gering aufgetriebene Nervenwurzel L4 rechts festgestellt worden sei. Die Schlussfolgerung

der beurteilenden Radiologin, wonach aufgrund dieses Befundes ein Korrelat einer Neuropathie vorliege, sei unzulässig, da sie lediglich die Bilder befunde, ohne eine klinische Untersuchung durchgeführt zu haben. Die im Bericht vom 6. Januar 2016 dargelegten Untersuchungsbefunde liessen die Diagnose einer Neuropathie allerdings nicht zu. Ausserdem würde eine Neuropathie ggf.

das Dermatom L4 betreffen und daher nicht, wie im Arztbericht vom 1. Juni (recte: 6. Januar) 2016 notiert, im Dermatom L5 Beschwerden auslösen. Im Übrigen

komme der an sich plausiblen Feststellung, wonach die Osteochondrose der Segmente L1/2 und L2/3 im Vergleich zu 2007 progredient sei, keine Krankheitswert zu. Vielmehr sei

es nicht erstaunlich, dass

Verschleisszeichen am menschlichen Skelett innerhalb von fast zehn Jahren zunehmen würden. Die im Arztbericht vom 1. Juni (recte: Januar) 2016 angeführten Untersuchungsbefunde deuteten nicht auf klinisch relevante Einschränkungen dieses Bereichs hin. Insgesamt sei aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage keine wesentliche Änderung des medizinischen Sachverhaltes ausgewiesen (Urk. 8/378/3). 4.8

Im April 2016 teilte der Beschwerdeführer der IV-Stelle mit, er sei ausgerutscht und habe sich dabei Verletzungen an der rechten Schulter sowie einen Bruch am Fuss

zugezogen. Die Schulter sei im C.____ operiert worden. Betreffend den verletzten Fuss sei er bei Dr. F.____ in Behandlung (vgl. Urk. 8/369/1, Urk. 8/370). 4.9

Mit Schreiben vom 21. April 2016 ersuchte die IV-Stelle den Beschwerdeführer unter Hinweis auf den Arztbericht von Dr. F.____ vom 27. Mai 2015, worin dieser kundtat, er werde zuhanden der IV keine Arztberichte mehr ausstellen, weitere medizinischer Unterlagen

betreffend das neuerliche Unfallereignis einzureichen, namentlich einen Hausarztbericht sowie einen Bericht des C.____. Ausserdem forderte die IV-Stelle den Beschwerdeführer auf, die

einschlägige Referenznummer

der Unfallversicherung

bekanntzugeben (Urk. 8/369/1). Darauf hin

reichte der Beschwerdeführer den Austrittsbericht des C.____ vom 19. April 2016 betreffend die Hospitalisation vom 18. bis 21. April

2016, inkl. Arbeitsunfähigkeitszeugnis für den Zeitraum vom 18. April bis 27. Mai 2016 zu den Akten (Urk. 8/372/1-3). Daraus erhellt im Wesentlichen, der Beschwerdeführer habe sich anlässlich eines Sturzes am 29. Dezember 2015 eine Sehnenruptur der rechten Schulter zugezogen. Diese sei am 18. April 2016 arthroskopisch saniert worden. Als Nebendiagnosen werden chronische Lumboschmerzen rechtsbetont mit Status nach Dekompression L4/L5 und Fusion 2006 sowie Status nach Dekompression TH12/L1 und L1/L2 2009 genannt (Urk. 8/372/2). 4.10

Am 31. Mai 2016 (Urk. 8/373)

wiederholte die Beschwerdegegnerin ihre Aufforderung gemäss Schreiben vom 21. April 2016

(vgl. E. 4.9, Urk. 8/369/1), woraufhin der Beschwerdeführer mit E-Mail vom 9. Juni 2016 die Referenz- und Policennummer

seiner Unfallversicherung betreffend das Unfallereignis vom 7. November 2003 zu den Akten gab

(Urk. 8/374). 4.11

Unter Hinweis darauf, dass die Unfallkoordinaten der aktuellen resp. im April 2016 aktenkundig gemachten Unfallereignisse benötigt würden und

der angeforderte Hausarztbericht immer noch ausstehend sei,

sowie unter zusätzlichem

Hinweis auf die gesetzliche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten resp. deren Säumnisfolgen (Art. 43 ATSG), forderte die IV-Stelle den Beschwerdeführer unter Fristansetzung letztmalig auf, die verlangten Unterlagen und Informationen einzureichen

(Urk. 8/375). Mit E-Mail vom 15. Juni 2016 wiederholte der Beschwerdeführer seine Angaben gemäss E-Mail vom 9. Juni 2016. Ausserdem tat er unter Hinweis auf die Untersuchungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG kund, Arztberichte würden bekanntlich nicht von den Versicherten verfasst. Weshalb Dr. F.____ eine Zusammenarbeit mit der IV verweigere, entziehe sich seinen Kenntnissen. Jedenfalls könne dieser Umstand ihm, dem Beschwerdeführer, nicht angelastet werden (Urk. 8/377/1).

5.

5.1

Gemäss Feststellungsblatt zum Beschluss stützte

die IV-Stelle

ihnen ablehnen die Entscheidung vom 21. Juni 2016 (Urk. 2) zunächst auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. D.____

vom 24. März 2016 ab (Urk. 8/378/3). 5.2

Die 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 Prüfmethoden können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1).

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).

5.3

Bei

Dr. D.____

handelt es sich um einen Facharzt

für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, womit er über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Seine Beurteilung ist schlüssig und nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei. Indizien gegen die Zuverlässigkeit seiner Einschätzung liegen keine vor, womit seine r

Stellungnahme

Beweiswert zukommt (vgl. 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).

Insbesondere hat Dr. D.____ entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers anlässlich der Hauptverhandlung (Urk. 16 S. 2) keine neue Beurteilung der MRI-Befunde vom 14. Januar 2016 vorgenommen. Vielmehr wies er einzig darauf hin, die hinreichende Diagnose einer Neuropathie der Nervenwurzel L4 rechts bedürfe – nebst der bildgebenden – auch einer klinischen Untersuchung (Urk. 8/378/3) S. 4.

Im April 2016 machte der Beschwerdeführer eine Verletzung an der rechten Schulter sowie einen Bruch am Fuss aktenkundig (vgl. E. 4.8,

Urk. 8/369/1, Urk. 8/370) S. 4.1

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung lagen der Beschwerdegegnerin diesbezüglich einzig die Berichte des C.____ vom 6. Januar 2016 und 19. April 2016 vor.

Im Bericht des C.____

vom 6. Januar 2016 betreffend die Sprechstunde vom 5. Januar 2016 wurde neu ein Status nach Sturz vor einigen Tagen mit Prellung der rechten Schulter festgehalten. Gleichzeitig wurden diesbezüglich weder in der Anamnese noch in der Beurteilung Befunde und/oder Beschwerden dokumentiert (vgl. Urk. 8/366/10). Weiter ergab sich aus dem Austrittsbericht vom 19. April 2016 ein komplikationsloser postoperativer Verlauf (Urk. 6/372/2) und ist die postoperativ bedingte Rekonvaleszenz (vgl. Arbeitsunfähigkeitszeugnis, Urk.

6/372/1)

mangels Dauerhaftigkeit nicht geeignet, die aus anderen Gründen befristet zugesprochene Rente wieder aufleben zu lassen. Mithin ergaben sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen einer wesentlichen, anhaltenden Veränderung in den Verhältnissen des Beschwerdeführers. 5.4.2

Freilich ist das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht und hatte die Verwaltung,

nachdem sie auf die Neuanmeldung eingetreten war, von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhaltes zu sorgen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, vgl. BGE 130 I 180 E.

3.2).

Mithin tragen die Parteien im Sozialversicherungsprozess insofern eine Beweislast, als dass im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesengebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte.

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).

Vorliegend hat der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin im Zusammenhang mit den zuletzt aktenkundig gemachten Verletzungen an der rechten Schulter sowie am Fuss als behandelnde Ärzte/Institutionen einzig das C.____ sowie Dr. F.____ bekannt gegeben (Urk. 8/370). Daraufhin hat ihn die

IV-Stelle

unter Hinweis auf den Bericht von Dr. F.____

vom 27. Mai 2015, worin dieser kundtat, keine weiteren Arztberichte zuhanden der IV mehr auszustellen

(Urk. 8/352/5, Urk. 8/352/9), dreifach (vgl. Urk. 8/369/1, Urk. 8/373/1, Urk. 8/375) – zuletzt mittels Einschreiben

und unter Rechtsbelehrung sowie

An drohung von Säumnisfolgen (vgl. Urk. 8/375) – angehalten, an der Erhebung der im Zusammenhang mit dem im April 2016 gemeldeten Unfallereignis wesentlichen Beweismittel mitzuwirken. Diese Vorgehensweise ist

unter den gegebenen Umständen nicht zu beanstanden und war dem – anwaltlich vertretenen –

Beschwerdeführer denn auch durchaus zuzumuten. Weshalb

letzterer mit Ausnahme des Austrittsberichts des C.____ vom 19. April 2016

(Urk. 8/372/2 f.) davon absah, weitere Unterlagen aktenkundig zu machen, liess der Beschwerdeführer unbegründet.

Indem er es ausserdem unterliess, die Beschwerdegegnerin

über die weiteren behandelnden Ärzte (so etwa Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Sportmedizin, und

I.____, Facharzt FMH für Radiologie, vgl. Urk. 11/2) in Kenntnis zu setzen, war es letzterer auch nicht möglich, bei diesen zusätzliche Unterlagen einzufordern.

Schliesslich

lieferte der Beschwerdeführer trotz wiederholter Aufforderung keine gültigen Angaben zu den Koordinaten des Leistungserbringers

(vgl. Urk. 8/374, Urk. 8/377) und gingen entsprechende Abklärungsbemühungen der Beschwerdegegnerin

in folgedessen ins Leere (vgl. Urk. 8/374). 5.5

Vor diesem Hintergrund ist unter Hinweis auf die beweiskräftige Einschätzung von Dr. D.____ vom 24. März 2015 (vgl. E. 4.7, Urk. 8/378/3) und die vorhandenen Arztberichte (vgl. E. 5.4.1) sowie auf die unter E. 5.4.2 erläuterte Beweisregel festzuhalten, dass eine wesentliche, anspruchsrelevante Veränderung in den Verhältnissen des Beschwerdeführers seit den Verfügungen vom 19. Mai 2011, mittels welchen ihm vom 1. November 2004 bis zum 31. Dezember 2005 eine befristete ganze Rente und vom 1. Januar 2006 bis zum 31. August 2009 eine befristete halbe Rente zugesprochen wurde, bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 21. Juni 2016 (Urk. 2) nicht mit der im Sozialversicherungsrecht massgeblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist. 5.6

Daran vermögen auch die

im Rahmen des Beschwerdeverfahrens neu zu den Akten gegebenen Unterlagen

nichts zu ändern. 5.6.1

Selbstredend qualifiziert

weder die Indikation für orthopädische Spezialschuhe (vgl. Urk. 3/5) noch eine ärztlich verordnete Physiotherapie (vgl. Urk. 3/7) als wesentliche Änderung, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu beeinflussen. 5.6.2

Sodann ergibt sich aus dem (offensichtlich unvollständig eingereichten) Konsiliarbericht unbekannter Urheberschaft vom 2. Juni 2016, dass es sich bei der aktenkundig gemachten Verletzung des Fusses um ein sich im Februar 2016 zugetragenes Bagatelltrauma in Form einer isolierten Fraktur des III. rechten Mittelfussknochens handelte. Dank konsequenter Anwendung einer Carbon Sohle sowie Physiotherapie habe sich ein guter Verlauf mit radiologisch dokumentierter Frakturheilung abgezeichnet.

Die beklagten Vorfuss schmerzen/Belegungsschmerzen (bei gleichzeitig anhaltendem Übergewicht) wurden

mit

Panadol

behandelt

(vgl. Urk. 11/1) . 5.6.3

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte , er leide nach zweistündiger Arbeit im Sitzen an Kopfschmerzen resp. Migräne (Prot. S. 5 f.), so ist nicht ersichtlich inwiefern dieser Umstand das seit Mai 2009 geltende medizinische Belastungsprofil (vgl. E.

3.5, Urk. 8/175/2) zusätzlich einzuschränken vermöchte . So wurden dem Beschwerdeführer in medizinischer Sicht lediglich wechselbelastende Tätigkeiten zugemutet und nicht etwa über mehrere Stunden ausschliesslich sitzende Tätigkeiten (vgl. E. 3.5, Urk. 8/175/2) . Mit entsprechender Einrichtung am Arbeitsplatz (Stehpult) könne n

wechselbelastende Tätigkeiten gemäss medizinischem Belastungsprofil

denn auch ohne weiteres im Rahmen kaufmännisch-administrativer Tätigkeiten ausgeübt werden. 5. 6 .4

Die übrigen medizinischen Eingaben (Urk. 3/4, Urk. 3/6, Urk. 11/4-8, Urk. 19-23) beziehen sich auf Sachverhalte, die sich nach Erlass der angefochtenen Verfügung ereigneten. Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids demgegenüber in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E.

1b). Ganz abgesehen davon, dass die eingereichten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse sowie Einladungen zu ärztlichen Sprechstunden resp. radiologischen Untersuchungen auch nicht dazu geeignet wären , für sich allein genommen eine wesentliche Veränderung auszuweisen.

6 .

Da es nach dem Gesagten an einem Revisionsgrund fehlt, bleibt kein Raum für eine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassende Prüfung eines wie auch immer gearteten Leistungsanspruchs.

Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtens und die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen. 7 .

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Bachmann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilagen je einer Kopie bzw. der Doppel von Urk. 10, Urk. 11/1-9, Urk. 16 und Urk. 17-23 - 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
HurstHediger

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