

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01194 vom 22. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01194

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01194 du 22 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01194 del 22 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

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 Neuansmeldung 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes

Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichtes 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.5

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.6

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. 1.7.1

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

E. 1.7.2

Nach Art. 49 Abs. 1 IVV beurteilen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüf methoden können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV führen die RAD für die Beurteilung der medizinischen Vorausset zungen des Leistungsanspruchs nur „bei Bedarf“ selber ärztliche Untersuchun gen durch. In den übrigen Fällen stützen sie ihre Beurteilung auf die vorhande nen ärztlichen Unterlagen ab. Das Absehen von eigenen Untersuchungen

ist somit nicht an sich ein Grund, um einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2 mit Hinweisen; 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2; 9C_622/2007 vom 9. September 2008 E. 2.2; vgl. auch BGE 127 I 54 E. 2e und f). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 27. Oktober 2016 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihm eine Dreiviertelrente auszurichten; eventuell sei von Amtes wegen eine Oberbegutachtung anzuordnen, um seinen Arbeitsunfähigkeitsgrad festzustellen. Zudem ersuchte der Beschwerdeführer um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1; vgl. auch Urk. 3/1-6). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. November 2016 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Am 1. Februar 2017 erstreckte das Gericht die dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 1. November 2016 angesetzte Frist zur Einreichung des ausgefüllten Formulars zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit und der Belege zu seiner aktuellen finanziellen Situation letztmals bis am 2. März 2017 (Urk. 5 und Urk. 10). Am 10. März 2017 wurde dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11). Am 12. April 2017 reichte der Beschwerdeführer das ausgefüllte Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit inkl. Beilagen ein (Urk. 12-14). Mit Eingabe vom 20. November 2017 (Urk. 15) legte er zwei weitere Arztberichte vom 10. und vom 14. November 2017 (Urk. 16/1-2) ins Recht, welche der Beschwerdegegnerin am 21. November 2017 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 17).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung im Wesentlichen damit, dass die vonseiten des Medizinischen Zentrums A.____ im Bericht vom 11. November 2015 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar begründet worden sei. Die Berichte der B.____ vom 11. April 2016 und von Dr. E.____ vom 23. Mai 2016 würden sodann keine wesentlichen neuen Aspekte bzw. neuen medizinischen Sachverhalte enthalten. Die erwähnten Diagnosen seien bereits bekannt gewesen und im Gutachten von Dr. Y.____ und Dr. Z.____ vom 5. April 2012 ausführlich gewürdigt worden. Im Bericht der Klinik für Urologie des D.____ vom 22. Juli 2016 werde schliesslich keine Diagnose genannt, die eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Zusammenfassend handle es sich somit um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts, weshalb das neue Leistungsbegehren abgewiesen werde (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, dass es 2015 zu einer erheblichen Verschlechterung seines somatischen und psychischen Gesundheitszustands gekommen sei. Im Bericht der B.____ vom 21. Mai 2015 sei festgestellt worden, dass er unter anderem an einer mittelgradigen depressiven Episode und an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leide. Zudem sei er 2015 am Herz erkrankt und habe operiert werden müssen. An zwei Gefässen seien Stents implantiert worden. Das dritte Gefäss habe nicht operiert werden können und sei verstopft geblieben. Er habe grosse Ängste entwickelt, an einem Herzversagen sterben zu müssen. Dies habe seine Depressionen zusätzlich verstärkt und zu einer totalen Isolation geführt. Die behandelnden Ärzte, vor allem diejenigen

des Medizinischen Zentrums A.____, hätten die Verschlechterung des Gesundheitszustands in den Berichten vom 26. Oktober und vom 11. November 2015 sowie vom 27. Juli 2016 ausführlich dokumentiert. Seit der letzten medizinischen Abklärung seien ganze vier Jahre vergangen. Die Beschwerdegegnerin habe es versäumt, den medizinischen Sachverhalt hinreichend abzuklären (Urk. 1 S. 2 f.). 3.

E. 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. 3.1

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 23. November 2015 (Eingangsdatum; Urk. 8/285) eingetreten. Zu prüfen ist demnach, ob seit der mit Verfügung vom 18. März 2013 (Urk. 8/253) erfolgten Rentenaufhebung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. September 2016 (Urk. 2) eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist.

E. 3.2.1

Der rentenaufhebenden Verfügung vom

18. März 2013 (Urk. 8/253) lag im Wesentlichen das bidisziplinäre Gutachten der Dres. Y.____ und Z.____ vom 5. April 2012 (Urk. 8/232-234) zugrunde:

E. 3.2.2

Dr. Y.____ und Dr. Z.____ stellten in diesem Gutachten folgende Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/232/11): (1) unfallbedingte (13. November 1996) Folgeschäden im Bereich des rechten Beines: - antero-mediale Kniegelenksinstabilität rechts - Parese Unterschenkel rechts nach Muskelläsionen durch Überrolltrauma, Status nach Logensyndrom und Läsion des Nervus peroneus profundus rechts - weichteilbedingte Bewegungseinschränkung des oberen Sprunggelenks rechts für die Dorsalextension - leichtgradige Arthrose des oberen Sprunggelenks rechts (2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (3) eine rezidivierende depressive Störung, leichtgradige Episode (4) akzentuierte Persönlichkeitszüge (5) lange Phase von Arbeitsuntätigkeit, finanzielle Probleme, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. Z.____

Als Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten Dr. Y.____ und Dr. Z.____ (Urk. 8/232/11): (1) ein chronisches Schmerzsyndrom des rechten Unterschenkels - nicht ausreichend somatisch abstützbar - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Nervosität (2) ein Nikotinkonsum von ca. 30 pack years (3) eine Schwerhörigkeit beidseits (4) Senk- und Spreizfüsse (5) anamnestisch ein Reizmagen-Syndrom

Dr. Y.____ und Dr. Z.____ gaben in der interdisziplinären Beurteilung an, dass der Beschwerdeführer die vor dem Unfall ausgeübte berufliche Tätigkeit (als Mitarbeiter in einem Pneu-Lager) nicht mehr ausüben könne. Eine angepasste Verweistätigkeit erfahre eine 15%ige Einschränkung der Zumutbarkeit (Urk. 8/233/2).

E. 3.2.3

Das Sozialversicherungsgericht kam im Urteil IV.2013.00377 vom 29. September 2014 E. 3.6 zum Schluss, dass gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. Y.____ und Dr. Z.____ seit der letztmaligen Rentenrevision vom 26. Oktober 2007 eine erhebliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen sei. Die Beschwerdegegnerin habe den Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nach vollziehbarerweise zu 85 % arbeitsfähig erachtet (Urk. 8/269/13-14).

E. 3.3

.1

Im Rahmen der aktuellen Neuanmeldung sind im Wesentlichen folgende Arztberichte aktenkundig:

E. 3.3.2

Die Ärzte der B.____ nannten im an Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, gerichteten

Austrittsbericht vom 21. Mai 2015 folgende Diagnosen (Urk. 3/1): (1) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) (2) eine PTBS (ICD-10 F43.1) (3) eine ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) (4) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Die Ärzte der B.____ gaben an, dass der Beschwerdeführer vom 30. April bis zum 13. Mai 2015 in ihrer Klinik behandelt worden sei. Er sei von Dr. F.____ zur Krisenintervention bei verschlechterter depressiver Symptomatik wegen der IV-Rentenstreichung nach schwerem Arbeitsunfall mit Polytrauma 1996 zugewiesen worden. Nach Eintritt habe der Beschwerdeführer bereits eine spürbare Entlastung und nach Dosiserhöhung der antidepressiven Therapie auf 90 mg/d Duloxetin eine diskrete Zustandsverbesserung geschildert (Urk. 3/1).

E. 3.3.3

G.____, Assistenzärztin des Departements Medizin des D.____, hielt im an Dr. med. H.____, FMH Innere Medizin, gerichteten Kurzaustrittsbericht vom 1. September 2015 folgende kardiologischen/angiologischen Diagnosen fest (Urk. 3/3): (1) ein ST-Elevationmyokardinfarkt (STEMI) Vorderwand bei koronarer 2-Gefäss-erkrankung am 27. August 2015 - Koronarangiographie vom 27. August 2015: komplexe Trifurkationsstenose der RIVA 95 %, med. RCX 50 %. Erhaltene LV-EF. Keine Intervention. - Koronarangiographie vom 28. August 2015: PCI Bifurkationsstenting mit Kissing Ballon (Crush-Technik) RIVA Rd 2. Perinterventionell Verschluss eines Seitenastes des Rd2 - Echokardiographie vom 1. September 2015: LVEF 64 %, keine Wandbewegungsstörung, keine Vitien - cvRF : pos. FA, persistierender Zigarettenkonsum (20 py), Dyslipidämie (2) eine AV-Fistel radial links (Punktionsstelle), Erstdiagnose 31. August 2015 - ultraschallgesteuerter Verschluss am 31. August 2015

Assistenzärztin G.____ erklärte, dass der Beschwerdeführer vom 26. August bis zum 2. September 2015 hospitalisiert gewesen sei. Es erfolge eine Anbindung bei ihnen im Hause zur ambulanten Kardio-Reha. In ca. zwei Monaten werde der Beschwerdeführer zur angiologischen Kontrolle der AV-Fistel ein Aufgebot erhalten. Bis dahin sollte das Heben von schweren Lasten vermieden werden (Urk. 3/3).

E. 3.3.4

Dr. med. I.____, Oberärztin der B.____, stellte im an das Medizinische Zentrum A.____ gerichteten Abschlussbericht vom 19. Oktober 2015 (Urk. 8/302/2-4) im Wesentlichen dieselben psychiatrischen Diagnosen, die bereits im Bericht der B.____ vom 21. Mai 2015 (Urk. 3/1) genannt worden waren, wobei sie anstelle der mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) nun allerdings eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) diagnostizierte. Dr. I.____ gab an, dass der Beschwerdeführer vom 15. Juni bis zum 10. September 2015 in ihrem ambulanten Angebot behandelt worden sei. Die vereinbarte 50%ige Teilnahme am tagesklinischen Programm sei durch die schnelle Erschöpfbarkeit und geringe Belastbarkeit begründet gewesen. Bereits zu Beginn der Behandlung sei wegen der Schwere der Erkrankung und der belastenden psychosozialen Situation eine stationäre Behandlung in Erwägung gezogen worden. Da das familiäre Umfeld des Beschwerdeführers aber eine wichtige Ressource darstelle, sei gemeinsam mit der Familie die Entscheidung getroffen worden, die Behandlung im teilstationären Setting fortzuführen.

E. 3.3.5

Die Ärzte des Medizinischen Zentrums J.____ hielten im an Dr. H.____ gerichteten Bericht vom 26. Oktober 2015 folgende Diagnosen fest (Urk. 8/283/6): (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) (2) eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.26) (3) eine Störung durch Tabak (ICD-10 F17.25) (4) ein chronisches Schmerzsyndrom Unterschenkel rechts (5) Schmerzen Schultern beidseits (6) Schmerzen Hüfte beidseits

Die Ärzte des Medizinischen Zentrums J.____ erklärten, dass der Beschwerdeführer aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht zu 70 % arbeitsunfähig sei. Aus psychiatrischer Sicht sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Dies gelte auch für angepasste Tätigkeiten. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe seit 1996 bis heute (Urk. 8/283/11).

E. 3.3.6

Dr. med. K.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. L.____, klinischer Psychologe und Supervisor, vom Medizinischen Zentrum A.____ stellten im Bericht vom 11. November 2015 (Urk. 8/283/1-4) im Wesentlichen dieselben psychiatrischen Diagnosen wie die Ärzte des Medizinischen Zentrums J.____ im Bericht vom 26. Oktober 2015 (Urk. 8/283/5-11), wobei sie aber von einem Status nach Alkoholabhängigkeit und einem Status nach Störung durch Tabak sprachen. Dr. K.____ und Dr. L.____ erklärten, dass der Beschwerdeführer auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig sei. Insgesamt sei es seit 2012 zu einer deutlichen Zunahme der Schmerzen, der Depression sowie der Ängste nach dem Herzinfarkt 2015 gekommen.

E. 3.3.7

Dr. E.____ nannte im Bericht vom 23. Mai 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/306/1): (1) eine chronische mittelgradige depressive Störung seit Unfall 1996 mit Tendenz zur Progredienz - bei chronischen Unterschenkel-Schmerzen rechts, Fusschmerzen rechts und links und Hüfte beidseits mit deutlicher Belastungseinschränkung - mit Lust- und Interesselosigkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen, Müdigkeit, Rückzug, Arbeitsunfähigkeit (2) ein chronisches Schmerzsyndrom Unterschenkel rechts

Hinsichtlich der Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verwies Dr. E.____ auf den Abschlussbericht der B.____ vom 19. Oktober 2015 (vgl. Urk. 8/302/2-4) und den Bericht des Medizinischen Zentrums J.____ vom 26. Oktober 2015 (vgl. Urk. 8/283/5-11). Sie gab an, dass der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig sei (Urk. 8/306/2).

E. 3.3.8

Dr. med. M.____, Assistenzärztin der Klinik für Urologie des D.____, nannte im Bericht vom 22. Juli 2016 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte sie (1) ein Prostataobstruktionssyndrom (März 2016) und (2) einen Status nach STEMI (August 2015). Dr. M.____ berichtete, dass der Beschwerdeführer vom 18. bis zum 23. März 2016 stationär behandelt worden sei. Der Verlauf sei komplikationslos gewesen. Geplant sei nur noch eine Nachkontrolle. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei er vom 18. bis zum 30. März 2016 arbeitsunfähig gewesen. Vonseiten der Urologie sei keine weitere Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden (Urk. 8/314/1-2).

E. 3.3.9

Dr. K.____ und Dr. L.____ vom Medizinischen Zentrum A.____ stellten im Bericht vom 27. Juli 2016 zuhanden des damaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 3/6) dieselben Diagnosen wie die Ärzte des Medizinischen Zentrums J.____ im Bericht vom 26. Oktober 2015 (Urk. 8/283/5-11). Sie erklärten erneut, dass der Beschwerdeführer auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig sei. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 29. September 2016 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht auf die Stellungnahmen von RAD-Ärztin med. pract. O.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 17. Dezember 2015 (Urk. 8/292/2-3) und vom 26. Mai 2016 (Urk. 8/323/2-3). 4.2 4.2.1

RAD-Ärztin O.____ legte in der Stellungnahme vom 17. Dezember 2015 im Wesentlichen dar, dass Dr. K.____

vom Medizinischen Zentrum A.____

am 11. November 2015 über anhaltende Schmerzen nach dem Unfall von 1996 berichtet. Diese Schmerzen seien bekannt und im Gutachten von Dr. Y.____ und Dr. Z.____ von 2012 berücksichtigt worden. Weiter berichtete Dr. K.____, dass die neuropsychologische Abklärung eine schwere Depression mit paranoiden Zügen ergeben habe. Hierzu sei festzustellen, dass ein Test immer von der Kooperationsbereitschaft abhängig sei. Die klinischen Befunde würden das Ergebnis des Tests nicht stützen. Auch Dr. K.____ selbst komme nicht zur Diagnose einer paranoiden Depression. Die von Dr. K.____ mitgeteilten psychopathologischen Befunde würden im Wesentlichen den Befunden entsprechen, die auch zum Zeitpunkt des Gutachtens von 2012 erhoben worden seien.

Auch das Aktivitätsniveau sei offenbar unverändert. Wie der Fremdanamnese (Ehefrau) zu entnehmen sei, reise der Beschwerdeführer weiterhin nach Mazedonien, könne Autofahren, leichte Einkäufe erledigen und spazieren gehen. Zudem falle auf, dass der Bericht des Medizinischen Zentrums A.____ vom 11. November 2015 keine Angaben über die Therapie und die Prognose enthalte. Dem Bericht des Medizinischen Zentrums J.____ vom 26. Oktober 2015 sei zu entnehmen, dass 2014 acht Wochen Therapie und 2015 drei Monate Therapie stattgefunden hätten.

Ambulant behandelt werde der Beschwerdeführer seit 2000 bei Dr. F.____. Nähere Einzelheiten würden nicht mitgeteilt. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei daher nicht nachvollziehbar begründet. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei keine wesentliche Veränderung ausgewiesen (Urk. 8/292/2-3).

In der Stellungnahme vom 26. Mai 2016 (Urk. 8/323/2-3) hielt RAD-Ärztin O.____ ergänzend fest, dass seit der letzten RAD-Stellungnahme neu ein Bericht des D.____ vom 11. April 2016 (vgl. Urk. 8/314/8-9) vorgelegt werde.

Der Beschwerdeführer sei dort aufgrund einer akuten Sepsis, die vom Harntrakt ausgegangen sei, hospitalisiert gewesen. Nach entsprechender Therapie habe er am 22. März 2016 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Der Bericht von Dr. E.____ vom 23. Mai 2016 enthalte keine neuen medizinischen Sachverhalte. Der Bericht der B.____ vom 19. Oktober 2015 sei von Dr. K.____ bereits erwähnt worden und enthalte ebenfalls keine wesentlichen neuen Aspekte. Es würden eine mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.1), eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3) sowie eine chronische Schmerzstörung (ICD-10 F54.41) mitgeteilt. Diese Diagnosen seien bereits bekannt und im Gutachten von Dr. Y.____ und Dr. Z.____ von 2012 ausführlich gewürdigt worden. Zusammenfassend könne an den bisherigen RAD-Stellungnahmen festgehalten werden.

4.2.2

Diese Beurteilung von RAD-Ärztin O.____, welche auf einer sorgfältigen Würdigung der vorhandenen Arztberichte beruht, ist grundsätzlich einleuchtend und plausibel.

4.3

4.3.1

Was den Ende August 2015 festgestellten STEMI Vorderwand bei koronarer 2-Gefässekrankung und die AV-Fistel radial links betrifft, wurden dem Beschwerdeführer im Rahmen seiner Hospitalisation vom 26. August bis zum 2. September 2015 im D.____ zwei Stents gesetzt (Urk. 3/3). Dass es im Anschluss an diese Stentimplantationen zu Komplikationen gekommen wäre, ist nicht aktenkundig. Überdies war der Beschwerdeführer bereits bei Austritt aus dem D.____ einzig darauf hingewiesen worden, dass er bis zur angiologischen Kontrolle in ca. zwei Monaten das Heben von schweren Lasten vermeiden solle (Urk. 3/3). Diese neu aufgetretenen kardiologischen bzw. angiologischen Beschwerden haben somit nicht zu einer länger andauernden Arbeitsunfähigkeit geführt. Dr. M.____ von der Klinik für Urologie des D.____ listete den Status nach STEMI im Bericht vom 22. Juli 2016 im Übrigen auch unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 8/314/1).

Ebenfalls keine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit begründete das im März 2016 aufgetretene Prostataobstruktionssyndrom, aufgrund dessen der Beschwerdeführer vom 18. bis zum 23. März 2016 im D.____ behandelt wurde. So ist dem Bericht von Dr. M.____ von der Klinik für Urologie des D.____ vom 22. Juli 2016 zu entnehmen, dass der Verlauf komplikationslos gewesen und die Prognose gut sei. Nachvollziehbarerweise attestierte Dr. M.____ dem Beschwerdeführer diesbezüglich denn auch lediglich eine vom 18. bis zum 30. März 2016 befristete Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/314/1-2).

4.3.2

Die im Beschwerdeverfahren nachgereichten Berichte des Departements Medizin des D.____ vom 14. November 2017 (Urk. 16/1) und von P.____, FMH Allgemeine Innere

Medizin, vom 10. November 2017 (Urk. 16/2) haben sodann eine erst im November 2017 erfolgte kardiologische Behandlung zum Gegenstand. Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung ist für das Sozialversicherungsgericht jedoch derjenige Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes - das heisst am 29. September 2016 - gegeben war (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Im Rahmen des vorliegenden Verfahrens ist diese allfällige Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands deshalb unbeachtlich. 4.4

4.4.1

Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers anbelangt, ist gestützt auf die Berichte der B.____ vom 21. Mai 2015 (Urk. 3/1) und vom 19. Oktober 2015 (Urk. 8/302) zwar eine vorübergehende Verschlechterung - insbesondere der depressiven Symptomatik - Ende April/anfangs Mai 2015 und von Mitte Juni bis anfangs September 2015 plausibel. Eine länger andauernde Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands ist indes nicht ausgewiesen. Dr. K.____ und Dr. L.____ vom Medizinischen Zentrum A.____ stellen im Bericht vom 11. November 2015 (Urk. 8/283/3-4) dieselben Diagnosen wie schon in ihrer Stellungnahme vom 8. Januar 2014 (Urk. 8/266/10), welche vom Gericht bereits mit Urteil IV.2013.00377 vom 29. September 2014 E. 3.4 gewürdigt wurde. Inwiefern es seither zu einer Befundverschlechterung gekommen sein soll, haben Dr. K.____ und Dr. L.____ nicht nachvollziehbar begründet (Urk. 8/283/2-3). Sie waren denn auch schon im Januar 2014 der Auffassung, dass der Beschwerdeführer selbst in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 8/266/11). Was die angebliche Veränderung des Tagesablaufs betrifft, gaben Dr. K.____ und Dr. L.____ sodann lediglich an, dass der Beschwerdeführer inzwischen nachts zwei bis drei Mal aufstehe, währenddessen der Durchschlaf 2012 noch verzögert möglich gewesen sei (Urk. 8/283/2). RAD-Ärztin O.____ bemerkte in diesem Zusammenhang jedoch zu Recht, dass das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers offenbar weitgehend unverändert ist (Urk. 8/292/2). So geht aus den Berichten der Medizinischen Zentren J.____ und A.____ vom 26. Oktober und vom 11. November 2015 auch hervor, dass der Beschwerdeführer etwa nach wie vor nach Mazedonien in die Ferien reist, kürzere Strecken mit dem Auto fährt, leichte Einkäufe erledigt und spazieren geht (Urk. 8/283/2 und Urk. 8/283/10).

Hinsichtlich der Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers der Medizinischen Zentren A.____ und J.____ (Urk. 8/283 und Urk. 3/6) sowie auch von Dr. E.____ (Urk. 8/306) ist zudem auch auf die Erfahrungstatsache

hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte und medizinische Fachpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc).

4.4.2

Der Beschwerdeführer war 2014 acht Wochen in tagesklinischer Behandlung im Medizinischen Zentrum A.____ (Urk. 8/283/8). Im April/Mai 2015 war er zwei Wochen und zwischen Juni und September 2015 knapp drei Monate in der B.____ in psychotherapeutischer/tagesklinischer Behandlung (Urk. 3/1 und Urk. 8/302). Die Zuweisung in die B.____ am 30. April 2015 war dabei bei verschlechterter depressiver Symptomatik wegen der IV-Rentenaufhebung erfolgt (Urk. 3/1), mithin also ausgelöst

durch einen psychosozialen (invaliditätsfremden) Faktor. Im Weiteren finden sich in den beiden Berichten des Medizinischen Zentrums A.____ vom 11. November 2015 (Urk. 8/283/1-4) und vom 27. Juli 2016 (Urk. 3/6) sowie im Bericht des Medizinischen Zentrums J.____ vom 25. Oktober 2015 (Urk. 8/283/5-11) keine Angaben dazu, in welchen Zeitabständen die dortigen psychotherapeutischen Therapiesitzungen jeweils stattfanden. Im Bericht des Medizinischen Zentrums J.____ vom 26. Oktober 2015 wurde überdies erwähnt, dass der Beschwerdeführer bis heute regelmässig vom Psychiater Dr. F.____ behandelt werde, auch hier allerdings ohne jegliche Angaben zur Behandlungsfrequenz (Urk. 8/283/10). Im Rahmen seiner Neuankündigung zum Leistungsbezug vom 23. November 2015 (Urk. 8/285) hat der Beschwerdeführer dabei keinen Bericht von Dr. F.____ eingereicht. Zudem hat sein damaliger Rechtsvertreter im vorangegangenen Verwaltungsverfahren zwar mehrfach ausführlich zum medizinischen Sachverhalt Stellung genommen und insbesondere auch den Bezug weiterer Arztberichte der B.____, des D.____ und von Dr. E.____ verlangt (vgl. Urk. 8/298, Urk. 8/301 und Urk. 8/313). Um den Bezug eines Berichtes von Dr. F.____ hat er indes nie ersucht. Unter diesen Umständen muss davon ausgegangen werden, dass bei Dr. F.____ zwischenzeitlich keine regelmässige Behandlung mehr stattfindet. 4.4.3

Invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant ist sodann die einzig von den Ärzten der B.____ in den Berichten vom 21. Mai und vom 19. Oktober 2015 gestellte – und nicht nachvollziehbar hergeleitete – Diagnose einer PTBS.

(Urk. 3/1 und Urk. 8/302). 4.4.4

Ferner

ist auch in Anwendung der seit dem 3. Juni 2015 geltenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung

zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. E. 1.3) eine invalidisierende Wirkung der von den Ärzten der B.____ diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; Urk. 3/1 und Urk. 8/302/2) respektive des von den Medizinischen Zentren A.____ und J.____ (Urk. 8/283/3, Urk. 3/6 und Urk. 8/283/6) und Dr. E.____ (Urk. 8/306/1) erwähnten chronischen Schmerzsyndroms des Unterschenkels rechts zu verneinen.

Was die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde betrifft, ist festzuhalten, dass die von den genannten Ärzten und medizinischen Fachpersonen diesbezüglich erhobenen Befunde eher unauffällig waren. Auch die – bereits unter E. 4.4.2

aufgezeigten – psychiatrischen Behandlungsbemühungen sprechen nicht für einen hohen Schweregrad der Störung. Im Weiteren ist aufgrund der leichten bis höchstens vorübergehend mittelgradigen depressiven Symptomatik das Vorliegen einer psychischen Komorbidität, welche eine erhebliche, dauernde Erwerbsunfähigkeit zu bewirken vermöchte, zu verneinen. Eine körperliche Komorbidität ist aufgrund der unfallbedingten Folgeschäden im Bereich des rechten Beines gegeben (Urk. 8/232/11). Diese stand der vollzeitlichen Ausübung einer angepassten Tätigkeit im Zeitpunkt der Begutachtung bei Dr. Y.____ und Dr. Z.____ im Frühjahr 2012 aber nicht entgegen (Urk. 8/233/1), und Anhaltspunkte dafür, dass sich dieses Leiden in seiner Intensität zwischenzeitlich erheblich verschlechtert haben könnte, sind nicht vorhanden. Ebenso wenig sind Anhaltspunkte dafür gegeben, dass die Persönlichkeit des Beschwerdeführers ein Leistungsvermögen

ausschliessen könnte. Wie das Gericht bereits im Urteil IV.2013.00377 vom 29. September 2014 E. 4.3 dargelegt hat, kann viel mehr

davon ausgegangen werden, dass es sich beim Beschwerdeführer grundsätzlich um eine agile und gewandte Person handelt. Ressourcen sind mit dem intakten familiären Umfeld - der Beschwerdeführer ist seit 2005 wieder verheiratet und in der Folge Vater dreier Kinder geworden, die aktuell im Primar schulalter sind (vgl. Urk. 8/234/3) - durchaus vorhanden (vgl. dazu insbesondere auch die Berichte der B.____ vom 21. Mai und vom 19. Oktober 2015, in denen explizit darauf hingewiesen wurde, dass die Beziehung zu den Kindern bzw. das familiäre Umfeld eine wichtige Ressource darstelle; Urk. 3/1 und Urk. 8/302/3). Hinweise darauf, dass sich das Aktivitätenniveau wesentlich verändert haben könnte, liegen - wie unter E. 4.4.1

dargetan wurde - nicht vor. Schliesslich ist auch das Vorliegen eines ausgeprägten psychischen Leidensdruckes im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu verneinen. 4.5

Eine mehr als 15%ige Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit - wovon Dr. Y.____ und Dr. Z.____ im Gutachten vom 5. April 2012 ausgegangen waren (Urk. 8/233/2) - ist somit nach wie vor nicht ausgewiesen. Eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist damit zu verneinen.

Die vom Beschwerdeführer beantragte Begutachtung ist nicht erforderlich (Urk. 1 S. 1; antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d). 5.

Die angefochtene Verfügung vom 29. September 2016 (Urk. 2), mit der ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung - insbesondere auf eine Rente - verneint wurde, erweist sich demnach als rechtmässig. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen. 6.

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1). 1. 4

1.4.1

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar

seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E. 7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). 1.4.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung auf gegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichtes 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichtes 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2). 1.4.3

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichtes 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 7 00.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

E. 6.2

Da der Beschwerdeführer das ausgefüllte Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit inkl. Belege (Urk. 12-14) erst nach Ablauf der vom Gericht bis zum 2. März

2017 letztmals erstreckten Frist, mithin also verspätet, eingebracht hat (vgl. Sachverhalt E. 2), ist androhungsgemäss davon auszugehen, dass keine prozessuale Bedürftigkeit besteht. Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung ist daher abzuweisen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung wird abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 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 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 Der Gerichtsschreiber Hurst Kreyenbühl

E. 8

ATSG) sind.

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).

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