

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01429 vom 16. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01429

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01429 du 16 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01429 del 16 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

0. April 2015 erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 7/111 , Urk. 7/113).
Seinem neuen Gesuch legte er den Bericht von Dr. B.____ , FMH Physikalische Medizin und
Rehabilitation, vom 16. März 2015 (Urk. 7/109) sowie das von der Krankentaggeldver
sicherung bei der C.____ in Auftrag gegebene Gutachten vom 24. Oktober 2014
(Urk. 7/110) bei . Nachdem der RAD

dazu am 28. April 2015 Stellung genommen hatte (Urk. 7/112/2), kündigte die IV-Stelle
dem Versicherten mit Vorbescheid vom 4. Mai 2015 an, dass sie auf sein neues
Leistungsbegehren nicht eintreten werde (Urk. 7/113/1). Dagegen erhob der Ver sicherte
am 3. Juni 2015 Einwand (Urk. 7/118). Daraufhin holte die IV-Stelle den Bericht von Dr.
B.____ vom 14. Juli 2015 (Urk. 7/124) und den Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr.
med. D.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH , welcher der IV-Stelle
am 30. September 2015 zu ging (Urk.

7/125), ein. Alsdann

veranlasste

sie das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. E.____ , Innere Medizin FMH, spez.
Rheumakrankungen, und Prof. Dr. med. F.____ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie
sowie Neurologie, vom

E. 1.1

Strittig und zu prüfen ist zunächst , ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invali
denrente hat.

E. 1.2

Mit angefochtener Verfügung vom 16. November 2016 erwog die Beschwerde gegnerin im
Wesentlichen , dass der Beschwerde führer aus rheumatologischer Sicht bereits seit 2011
arbeitsunfähig

sei . In einer angepassten Arbeitstätigkeit habe jedoch nie eine langandauernde
Arbeitsunfähigkeit bestanden. Es sei ihm daher ein Arbeitspensum von 100 % zumutbar.
Aus psychiatrischer Sicht habe eine kurzzeitige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit b
estanden. Wie aus dem Gutachten von

Prof. Dr. F.____ hervorgehe, hätten jedoch vor allem psychosoziale Belastungsfaktoren wie
die Krankheit der Tochter und der Ehefrau, finanzielle Probleme und die Arbeitslosigkeit
bestanden. Dabei handle es sich um invaliditätsfremde Faktoren, welche für einen
Leistungsanspruch nicht berücksichtigt werden könnten. Aus fachärztlich-psychiatrischer

Sicht sei der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gegenüber dem Zeitpunkt der Ablehnung im Juni 2013 weitgehend unverändert (Urk. 2 S. 2) .

E. 1.3

Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber im Wesentlichen vor, dass sich sein Gesundheitszustand im Vergleich zur Situation, welche Basis für die Verfügung vom 28. Juni 2013 gebildet habe, wesentlich verschlechtert habe (Urk. 1 S. 10). Das Gutachten von Dr. E.____ vom 29. März 2016 habe keinen Beweiswert (Urk. 1 S. 8-9).

Dr. E.____ habe

zwar ein

MRI des Schultergürtels in Auftrag gegeben, jedoch eines ohne Kontrastmittel , womit wesentliche Befunde nicht sichtbar geworden seien (Urk. 1 S. 8) . Sie habe zudem nicht erklärt, wes halb dieses MRI einen “guten postoperativen Befund“ zeigen und die von den Dres . G.____ und B.____ diagnostizierte so wie e auf dem Arthro-MRI vom 15. Oktober 2014 nachgewiesene Kapsulitis inzwischen verschwunden sein soll (Urk. 1 S. 8). Sodann habe die Gutachterin unberücksichtigt gelassen, dass sich der Befund am rechten Kniegelenk seit 2012 deutlich verschlechtert habe , weil nun auch eine medial betonte Gonarthrose vorliege und sich die Meniskus verletzung lateral am Hinterhorn verschlimmert habe (Urk. 1 S. 9).

Dr. E.____ habe sodann die Auswirkungen der veränderten Situation an der linken Schulter und dem rechten Knie auf die Arbeitsfähigkeit nicht umschrieben (Urk. 1 S.

12), weshalb diesbezüglich ergänzende Abklärungen nötig seien (Urk. 1 S. 9 , 12). In psychischer Hinsicht gelte Folgendes: Währenddem Dr.

A.____ in seinem Bericht vom 18. Februar 2013 noch eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert habe, habe Prof. Dr. F.____

neu eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradig festgestellt und deswegen eine seit 2014 bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % bis 50 % attestiert (Urk. 1 S. 9-10). 2.

E. 2

Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer berufliche Massnahmen zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MWSt) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten [Urk. 7/1-160]), was dem Beschwerdeführer am 7. Februar 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts , ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht

kommen den 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. 2.2

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. 2.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 2.3.1

f., E. 3.2.4.1 ; Urteil des Bundesgerichts 9C_512/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 3),
worauf

Prof. Dr. F.____ in seiner Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit, wie schon festgestellt (E. 4.2), denn auch hinwies. Eine schwere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde ist damit zu verneinen. Bezüglich des Indikators "Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz" ist darauf hinzuweisen, dass Gutachter Prof. Dr. F.____ die bis herige Therapie - welche aus einer ambulanten psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlung mit einer Konsultation pro Monat und Psychopharmaka bestand (Urk. 7/125/3) - aus psychiatrischer Sicht als unzureichend bezeichnete (Urk.

7/138/25) . Aus seiner Sicht sollten insbesondere psychotherapeutische Massnahmen zur Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung und des Selbstwertes erfolgen, um die ängstlichen selbstlimitierenden und damit maladaptiven Kognitionen des Beschwerdeführers abzubauen. Eine solche Behandlung sollte in einer multimodalen Schmerzklinik erfolgen (Urk.

7/138/27) . Der behandelnde Psychiater Dr. D.____ sprach dem gegenüber davon, dass die depressive Störung chronifiziert sei (Urk. 7/125/2). Dr. D.____ hielt ausserdem fest, dass die Motivation des Beschwerdeführers für die vom Gutachter vorgeschlagene Therapie noch nicht abgeklärt worden sei. Zudem sei eine solche Therapie während eines Rentenverfahrens, in dem es um Kompensationssprüche gehe, ausgeschlossen (Urk. 7/143/5). Fehlende Therapiemotivation kann aber nicht

mit einer krankheitsbedingt fehlenden Therapiefähigkeit und -einsicht gleichgesetzt werden. Für das Bestehen einer solchen Stellungnahme von Dr. D.____ vom 20. Juni 2016 (Urk. 7/143) keine Hinweise zu entnehmen. Des Weiteren berichtete der Beschwerdeführer Prof. Dr. F.____, dass ihn das RAV vor ca. eineinhalb Jahren in ein Arbeitsprogramm integriert habe. Er habe diese Tätigkeit aber aus gesundheitlichen Gründen abbrechen müssen (Urk. 7/138/9). Gestützt auf die Ausführungen von Prof. Dr. F.____ ist nicht von einer Therapieresistenz auszugehen, was ebenso auf einen geringen Schweregrad hinweist.

Bezüglich des Indikators "Komorbiditäten" ist zu berücksichtigen, dass Prof. Dr. F.____

auch psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andersorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54) diagnostizierte,

diesen aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu schrieb. Zu den ebenfalls diagnostizierten multiplen psychosozialen Faktoren mit/bei Problemen in Verbindung mit Arbeitslosigkeit (ICD-10: Z56), sonstigen Problemen mit der sozialen Umgebung (ICD-10: Z60.8) und sonstigen belastenden Lebensumständen, die Familie und Haushalt negativ beeinflussen (ICD-10: Z63.7) ist festzuhalten, dass Z-Diagnosen keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden darstellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 4.1). Körperliche Komorbiditäten

sind aufgrund der Einschätzungen von Dr. E._____

zwar gegeben; indes vermögen diese Befunde die Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit nicht einzuschränken.

Zur "Persönlichkeit" ist festzuhalten, dass

gemäss dem Gutachter

Prof. Dr. F._____

beim Beschwerdeführer

die "Ich-Funktionen" nicht gestört sind.

Es würden sich keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder andere Faktoren ergeben, welche Einfluss auf seine Realitätswahrnehmung, die Selbstbeurteilung und seine Urteilsbildung sowie seine Affektivität und Impulsivität nehmen könnten (Urk. 7/138/24). Der Beschwerdeführer spreche die deutsche Sprache überdurchschnittlich gut und habe einen Beruf erlernt (Urk. 7/138/13, 24).

Auch

Dr. D._____ hielt dafür,

dass beim Beschwerdeführer keine Hinweise auf eine relevante Persönlichkeitsproblematik bestehen (Urk. 7/143/4).

Beim "sozialen Kontext" ist zu berücksichtigen, dass soziale Belastungen nach wie vor ausgeklammert bleiben, sofern sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen. Andererseits sind positive Lebensumstände, welche (mobilisierende) Ressourcen darstellen, einzubeziehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.3). Diesbezüglich gab der Beschwerdeführer an, dass er sich zwar sozial zurückziehe, weil er sich wegen seiner gesundheitlichen und sozialen Situation schäme. Er gab jedoch auch an, dass er ein gutes soziales Netzwerk pflege und zahlreiche Freunde und Kollegen habe (Urk. 7/138/8). Ein Kollege hat ihn zur Untersuchung bei

Dr. E._____ und Prof. Dr. F._____ gefahren (Urk. 7/136/77, Urk. 7/138/5, 15). Zudem bestehen intakte Familienverhältnisse und unternimmt der Beschwerdeführer tägliche Spaziergänge mit seiner Ehefrau (Urk. 7/138/12). Beim Beschwerdeführer sind mithin zahlreiche Ressourcen im Bereich Persönlichkeit und sozialer Kontakt vorhanden.

Alsdann ist den Akten zur Kategorie "Konsistenz" bezüglich des Indikators "gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer für die Ehefrau und die

Tochter das Mittag- und Nachtessen zubereitet und die Küche aufräumt (Urk. 7/136/77, Urk. 7/138/12-13). Zudem hilft er der Tochter “etwas“ im Haus halt (Urk. 7/138/13). Er fährt selber kurze Strecken mit dem Auto, zum Beispiel zum Einkaufen mit seiner Ehefrau (Urk. 7/136/78). Der Beschwerdeführer geht täglich zweimal spazieren (Urk. 7/136/77, Urk. 7/138/12-13) und macht bei sich zu Hause gymnastische Übungen, wofür er sich in seinem Keller eingerichtet habe (Urk. 7/136/77). Aufgrund dessen ist eine erhebliche funktionelle Einschränkung zu verneinen (Urteil des Bundesgerichts 8C_559/2016 vom 13. Dezember 2016 E. 3.2). Zum Indikator “ behandlungs- und eingliederungs an amnestisch ausgewiesener Leidensdruck “ ist festzuhalten, dass der Beschwer deführer zwar Psycho pharmaka einnimmt und sich einmal pro Monat zu Dr. D.____ begibt (Urk. 7/125/3) ; g emäss Prof. Dr. F.____ ist die bisherige Therapie jedoch unzureichend (Urk. 7/138/25).

E. 2.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen 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 revidierbar, 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 Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 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 Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund 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 Einspracheentscheid, 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. 2.5

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).

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 (BGE

130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fach ärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; BGE 143 V 409 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanpassungswilligkeit - Druck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hindernder 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; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). 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. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

E. 2.6

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These

abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 3

1.2

RAD-Arzt Dr. A.____

führte im Untersuchungsbericht vom 18. Februar 2013 als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) an

(Urk. 7/80/6).

In seiner Beurteilung hielt Dr. A.____ fest, unter Berücksichtigung der Aktenlage sei ab Beginn der ambulanten fachpsychiatrischen Behandlung bei Dr. D.____ vom 2. April 2012 bis auf weiteres in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit mit folgendem Ressourcen- und Belastungsprofil ausgewiesen: Rückenadaptierte, behinderungsgerechte Arbeitseinstellungen bei zeitlich flexiblen Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen, in wohlwollender und konfliktarmer Arbeitsatmosphäre. Bei Adaptierung am Arbeitsplatz sei innerhalb eines Vierteljahres ein Vollpensum erreichbar (Urk. 7/80/8).

E. 3.1.1

RAD-Arzt Dr. Z.____ stellte im Untersuchungsbericht vom 18. Februar 2013 die folgenden Diagnosen (Urk. 7/79/5-6): - Schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule (LWS) bei - chronisch rezidivierendem lumbovertebralem Schmerzsyndrom (seit 2001) - erosiver

Osteochondrose L5/S1 mit diskreter Listhese (2010) - Diskushernie L4/5 mit stattgehabter foraminärer Kompression der Nervenwurzel L4 rechts (2005) - Schmerzhafte Belastungseinschränkung des rechten Kniegelenks bei medialer und lateraler Meniskusläsion (Dezember 2011) - Schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung des linken Hüftgelenks (seit 2009) - Verdacht auf aktivierte Acromioclaviculär (AC)-Gelenksarthrose links (Dezember 2012)

Dr. Z.____ führte in seiner Beurteilung aus, dass anhand der vorliegenden medizinischen Berichte und der körperlichen Untersuchung vom 20. Dezember 2012 ein somatischer Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, ausgewiesen sei (Urk. 7/79/6).

In der bisherigen Tätigkeit als Schreiner sei der Beschwerdeführer seit 3. März 2011 und weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit (mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige die LWS, die Hüftgelenke, das rechte Kniegelenk und die linke Schulter belastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten [Bücken, Hocken, Knien, Überkopfarbeit] und ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände) bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/79/6).

E. 3.1.3

Dr. med. H.____, Oberarzt Rheumatologie,

I.____, diagnostizierte am 31. Mai 2013 chronisch-rezidivierende lumbospondylogene Schmerzen, eine medial betonte Gonarthrose rechts, ein femoroacetabuläres

Impingement beidseits sowie vermehrt belastungsabhängige Schultergelenksschmerzen links (Urk. 7/89/1). Er hielt weiter fest, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers im Bereich des Bewegungsapparates zuletzt wieder zugenommen hätten. Im Vordergrund stünden die Schmerzen im Bereich der Hüfte links. Die neu aufgetretenen Schmerzen im Bereich der Schulter links seien im Sinne einer Impingementsymptomatik und auch einer möglichen symptomatischen AC-Gelenksarthrose zu interpretieren (Urk. 7/89/2).

E. 3.1.4

Dr. D.____ stellte am 6. März 2013 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, Teilremission einer schweren Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) [Urk. 7/91/1]. Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht für die bisherige Tätigkeit zumindest seit Behandlungsbeginn und weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/91/2).

E. 3.2

6

Prof.

Dr. F.____

fürte die folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an (Urk. 7/138/26): Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradig im Verlauf (ICD-10: F33.01/ F33.11). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (Urk. 7/138/26): Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54) sowie multiple psychosoziale Faktoren mit/bei Problemen in Verbindung mit Arbeitslosigkeit (ICD-10: Z56), sonstigen Problemen mit der sozialen Umgebung (ICD-10: Z60.8) und sonstigen belastenden Lebensumständen, die Familie und Haushalt negativ beeinflussen (ICD-10: Z63.7).

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielt Prof.

Dr. F.____ fest, dass eine multimodale Schmerztherapie und adäquate, leitliniengerechte medikamentöse Schmerztherapie nach dem WHO-Stufenschema mit hoher Wahrscheinlichkeit innerhalb von sechs Monaten zu einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes mit signifikanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Wiederherstellung) führen könne (Urk. 7/138/26). Aufgrund der rezidivierenden Depression habe seit der Antragstellung (Antrag auf IV-Leistungen) infolge der verminderten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit seither eine vorübergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten und in einer somatisch adaptierten Tätigkeit in der Höhe von 40 bis 50 % vor gelegen . Hiervon seien die “ IV-fremden Anteile “ abzuziehen (Urk. 7/138/27).

E. 3.2.1

Nachdem beim Beschwerdeführer eine SLAP III Läsion Schulter links sowie eine symptomatische AC-Gelenksarthrose Schulter links diagnostiziert worden waren , wurden bei der Operation in der I.____ vom 19. Juni 2014 eine therapeutische Schulterarthroskopie links, eine Bizepsstenotomie /- tenodese , eine sparsame Bursektomie und eine arthroskopische AC-Gelenksresektion links durchgeführt (vgl. Urk. 7/110/5 , Urk. 3/3).

Nach der

Verlaufs- Arthro - MRI der linken Schulter im J.____

vom 15. Oktober 2014 gab Dr. med. K.____ folgende Beurteilung ab : “ Regelrechter knöcherner Untersuchungsbefund abgesehen von der vorbekannten Glenoidzyste . Zustand nach Labrumrefixation ohne Hinweis für eine Rezidivpathologie , soweit ohne Kenntnisse der Operationsausdehnung beurteilbar. Intakte Rotatorenhöhle bei Zustand nach Bizepsstenodese . Allenfalls diskret oberflächlicher gelenksseitiger

Anriss der posterioren

Supraspinatussehne , welche die Beschwerdesymptomatik nicht erklärt . Deutliche narbig-entzündliche Veränderungen der superioren Kapselabschnitte, Zustand nach Bursektomie ? Die entzündlichen Veränderungen reichen hierbei subacromial bis zum AC-Gelenk mit betonter Flüssigkeit im Bereich der AC- Articulation , vereinbar mit einer Kapsulitis “ (Urk. 3/5 S. 2).

E. 3.2.2

Der C.____ -Gutachter, Dr. med. L.____ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, stellte im Gutachten vom 24. Oktober 2014 die folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/110/11 -12): - Persistierende Schulterarthralgie links mit/bei - Status nach operativem Behandlungsversuch vom 19. Juni 2014 mit Bizepsstenotomie / Tenodese , Bursektomie und arthroskopischer

AC-Gelenkresektion links - im aktuellen Verlaufs- Arthro - MRI der linken Schulter (15. Oktober 2014) im Vordergrund beschriebene narbig-entzündliche Veränderungen der superioren Kapselabschnitte mit Flüssigkeitskolektion im Bereich der AC- Articulation , vereinbar mit einer Kapsulitis - aktuell klinisch funktionell trotz nur wenig korrelierendem

Arthro - MRI -Befund Verdacht einer Supraspinatus -/ Infrapinatustendinopathie , assoziiertes Impingement , insgesamt unklarer klinisch-funktioneller Schulterbefund - gegebenenfalls erneut operativ abklärungs- und therapiebedürftig - CAM- Impingement der linken Hüfte mit/bei - massigen Bewegungs- und Belastungsbeschwerden - insbesondere

beim Bergaufgehen - im MRI vom 22. August 2014 beschriebene m
antero-superiore m

Labrumriss bei Offset-Störung mit abgeflachter Schenkelhalstabilisierung. Kein Anhalt für einen diffusen oder lokalen Knorpelschaden

E. 3.2.3

Dem Bericht von Dr. B. ___ vom 14. Juli 2015 ist zum Befund folgendes zu entnehmen: Skoliotische Fehllage der Wirbelsäule mit ausgedehnten muskulären Verspannungen cervical und lumbal beidseits mit endgradig eingeschränkter Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS). Ausgeprägte Druckdolenz subakromial links mit stark eingeschränkter Beweglichkeit der linken Schulter. Elevation nach vorne und seitlich knapp 90 Grad möglich mit Phasenschmerzen. Ausgeprägte Druckdolenz im Bereich des medialen Kompartiments des rechten Kniees mit Meniskuszeichen medial, weniger auch lateral. Neurologisch unauffällig (Urk. 7/124/2). Weiter hielt Dr. B. ___ fest, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei (Urk. 7/124/3). Eine wechselbelastende Tätigkeit wäre ihm jedoch zu 50 % möglich (Urk. 7/124/5).

E. 4

In seinem bei der Beschwerdegegnerin am 30. September 2015 eingegangenen Bericht stellte Dr. D. ___ die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige, chronifizierte depressive Episode und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F33.1, F45.41; Urk. 7/125/2, Aktenverzeichnis zu Urk. 7/1-160).

E. 4.1

Mit Verfügung vom 28. Juni 2013 verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente (Urk. 7/94). Das Sozialversicherungsgericht wies die dagegen vom Beschwerdeführer am 31. August 2013 erhobene Beschwerde (Urk. 7/97/3-6) mit rechtskräftigem Urteil vom 10. Dezember 2014 ab (Urk. 7/104). In der Folge trat die Beschwerdegegnerin auf das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 10. April 2015 (Urk. 7/111, Urk. 7/113) ein, wies sein Leistungsbegehren nach durchgeführten Abklärungen mit Verfügung vom 16. November 2016 (Urk. 2) indes wiederum ab.

Zu prüfen ist, ob sich seit der Verfügung vom 28. Juni 2013 (Urk. 7/94) und der jetzt angefochtenen Verfügung vom 16. November 2016 (Urk. 2) der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und/oder dessen erwerbliche Auswirkungen derart wesentlich verändert haben, dass er nunmehr Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stellte mit angefochtener Verfügung vom 16. November 2016 (Urk. 2) im Wesentlichen auf die Gutachten von Dr. E. ___ und Prof. Dr. F. ___ vom 29. März/1. April 2016 (Urk. 7/136-138) ab (Urk. 7/154). Dr. E. ___ und Prof. Dr. F. ___ erstellten ihre Gutachten in Kenntnis der

Vorakten

(vgl. Urk. 7/136/7-76, Urk.

7/138/4) und nahmen zu die sen Akten Stellung (vgl. Urk. 7/136/94, Urk. 7/138/21-22) . Sie untersuchten den Beschwerdeführer (vgl. Urk. 7/136/79-84, Urk. 7/138/4)

und befragten ihn zu seinen Beschwerden (vgl. Urk. 7/136/77-78, Urk. 7/138/9-13).
Zusätzlich veran lassten die Gutachter Laboruntersuchungen (vgl. Urk. 7/136/85-87, Urk. 7/138/17).

E. 4.3

.1

Der Beschwerdeführer bringt vor, dass das interni sti sch-rheumatologische Gut achten von Dr. E.____ vom 29. März 2016 (Urk. 7/136) nicht beweis kräftig sei (Urk. 1 S. 6 ff.).

Entgegen der Beurteilung von Dr. E.____ sei es aus soma tischer Sicht zu eine r Verschlechterung des Gesundheitszustandes ge kom men (Urk. 1 S. 10).

Diesbezüglich macht e r geltend , dass aufgrund der Unter suchungsbefunde von Dr. L.____ eine deutliche Verschlechterung der Situa tion an der linken Schulter nachgewiesen sei (Urk. 1 S. 6-7, Urk. 7/118/3).

Dr. L.____ führte im Gutachten vom 2 4. Oktober 2014

aus, dass nach der Operation vom 19. Juni 2014 immer noch eine objektivier bare erhebliche schmerzhaft e Funktionseinschränkung der linken Schulter

bestehe . Die links seitigen Schulterbeschwerden und der aktuell dokumentierte Funktions befund würden durch den aktuellen Verlaufs- Arthro - MRI -Befund (vom 1 5. Oktober 2014, Urk. 7/110/11) der linken Schulter mit einer vordergründigen Kapsulitis mit narbig-entzündlichen Verän derungen der superioren Kapselabschnitte und einer bis zum AC-Gelenk reichenden Flüssigkeitskollektion zumindest teilweise bestätigt (Urk. 7/110/12) . Auch der behandelnde Arzt,

Dr. med. H. G.____ , Oberarzt Orthopädie Obere Extremitäten, I.____ , hielt im Bericht zur Untersuchung vom 2 0. Oktober 2014 fest, dass beim Beschwerde füh rer nach der Operation vom 1 9. Juni 2014 eine postoperative Capsulitis bestehe. Er empfahl die Fortführung der therapeutischen Massnahmen zur weiteren Mobilisation (Urk. 7/136/132) und attestierte dem Beschwerdefüh rer eine 100%ige Arbeitsun fähigkeit (Urk. 7/136/133). Alsdann hielt Dr. G.____ in seinen Bericht en vom 2 2. Januar 2015 und 2 1. April 2015 fest , dass sich die Beweglichkeit der linken Schulter leicht verbessert habe und sich ein zufriedenstellender Verlauf zeige (Urk. 7/136/130-131).

Dr. E.____

schrieb in ihrer Beurteilung sodann , dass

die von ihr veran lasste MRI-Untersuchung vom März 2016 einen guten post o p erativen Befund mit intakter Rotatorenmanschette beidseits ohne Atrophie und unauffälli ger übriger Muskulatur ohne Kap s u litis gezeigt habe (Urk. 7/136/90).

Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 8) begründet Dr. E.____ ihre Beurteilung zur Einsatzfähigkeit der linken Schulter aber nicht einzig mit dem Befund der von ihr veran lassten MRI-Untersuchung vom März 2016, son dern auch mit der verbesserten Schulter funktion . Bezugnehmend auf die Ein schätzung von Dr. L.____ hielt sie

nämlich fest, dass diese einem lang samen Verlauf knapp vier Monate nach der Schulterarthroskopie vom 19. Juni 2014

entsprochen habe. Unterdessen habe sich die Funktion seines linken Schultergelenks deutlich gebessert, weshalb die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers höher einzuschätzen sei (Urk. 7/136/94). Bezüglich Schulterfunktion wies

Dr. E.____

darauf hin, dass der Beschwerdeführer bei der Prüfung der Beweglichkeit des linken Schultergelenks zwar deutliche Einschränkungen

zeigt habe. Unter Ablenkung habe sich das linke Schultergelenk jedoch wesentlich besser

bewegt. Des Weiteren seien die maximalen und die minimalen Vorderarmumfänge seitengleich. Eine lang andauernde Schonung des linken Armes gegenüber dem rechten Arm könne daraus nicht abgeleitet werden (Urk. 7/136/89). Anzuführen ist, dass bereits Dr. L.____ festhalten hatte, dass der auffällige klinische Funktionsbefund mit schmerzhaft und deutlich eingeschränkter Schulterbeweglichkeit, Supra- und Infraspinatustendinopathie sowie einem positiven Impingementzeichen nach Hawkins nur teilweise mit den Ergebnissen der aktuellen Arthro-MRI-Abklärung korreliere (Urk. 7/110/12). Demnach erklärte Dr. E.____ in ihrem Gutachten nachvollziehbar, weshalb sie von der Beurteilung von Dr. L.____ abgewichen ist.

E. 4.3.2

Der Beschwerdeführer bringt ferner vor, dass die Abklärungen in der I.____ auch eine medial betonte Gonarthrose rechts ergäben hätten (Urk. 1 S. 9). Er bezieht sich dabei auf zwei Berichte der I.____. Diesen ist zu entnehmen, dass im Bericht

zur diagnostisch-therapeutischen Hüftgelenksinfiltration links vom 26. Mai 2016 sowie im Bericht zur Untersuchung der Hüfte

die Diagnose "medial betonte Gonarthrose rechts" jeweils als Neben diagnose genannt wurde (Urk. 3/7 -8, jeweils S. 1).

Es findet sich aber kein Hinweis darauf, dass sich die damaligen Untersuchungen auch auf das rechte Knie des Beschwerdeführers bezogen hätten.

Zudem erschliesst sich aus dem Bericht vom 21. Juni 2016 (Urk. 3/8), dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich ohne Probleme auf geraden Ebenen gehen kann, wobei die Laufdauer bei gut einer Stunde liege. Einzig das bergab- und bergauf Laufen würde noch zu etwas Schmerzen im Bereich der linken Hälfte führen. Von Schmerzen oder Einschränkungen in den Kniegelenken ist keine Rede. Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, dass sich die Meniskusverletzung verschlimmert haben müsse, da im Bericht zur von Dr. E.____ veranlassenen MRI-Untersuchung vom 21. März 2016 neu von einem komplexen Riss die Rede sei (Urk. 1 S. 9). Dazu hielt Dr. E.____ fest, dass die MRI-Untersuchung des rechten Knies vom 21. März 2016 unverändert zur Voruntersuchung vom Januar 2012 Risse im Hinterhorn des medialen und lateralen Meniskus hinterhorn sowie eine kleine Baker-Zyste ohne Ruptur zeigt

haben. Die Knorpelflächen wie auch die Kreuz- und Seitenbänder seien intakt gewesen. Die Kniemuskulatur habe in der MRI-Untersuchung normal aus gesehen (Urk. 7/136/90). Dr.

E.____ bezeichnete die Befunde im Bereich des rechten Knies als nicht gravierend (Urk. 7/136/90) und wies darauf hin, dass bei den Beinen die Umfangmessungen keine pathologischen Differenzen aufweisen würden und eine grosse Muskelmasse bestehe. Eine lang andauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden (Urk. 7/136/89).

Diese Beurteilung überzeugt, weil eine wesentliche Verschlimmerung der Befunde des rechten Knies auch eine Schonung des rechten Beins zur Folge gehabt haben dürfte. Hinzuweisen ist schliesslich darauf, dass der Beschwerdeführer nach der Infiltration des rechten Knies in der I.____ vom April 2015 über eine Besserung der Beschwerden berichtete. Die Behandlung des rechten Knies in der I.____ wurde nach der Untersuchung vom 16. Juni 2015 abgebrochen und aufgrund des reduzierten Leidensdrucks die Fortführung der konservativen Therapie empfohlen (Urk. 7/122/1).

E. 4.3.3

Insgesamt erweist sich die Beurteilung

Dr. E.____, wonach es seit der Untersuchung durch RAD-Arzt Dr. Z.____ vom 20. Dezember 2012 nicht zu einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gekommen sei (Urk. 7/136/101), als schlüssig und überzeugend (Urk. 7/136/101).

E. 4.4

5

Demzufolge sind unter Berücksichtigung der massgeblichen Standardindikatoren (insbesondere nicht erheblicher funktioneller Schweregrad der diagnostizierten Gesundheitsschädigung bei Vorliegen zahlreicher Ressourcen sowie eher auffällige Indikatoren in der Kategorie Konsistenz) mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine erheblichen funktionellen Auswirkungen der rezidivierenden leichten bis mittelgradigen depressiven Störung erstellt. Somit liegt kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor. Dass Prof. Dr. F.____ in seinem Gutachten vom 1. April 2016 von einer vorübergehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten und in einer somatisch adaptierten Tätigkeit in der Höhe von 40 bis 50 % ausging (Urk. 7/138/27), ändert daran nichts. Ein Abweichen von den durch die Ärzte gezogenen Schlussfolgerungen ist möglich, wenn sich aus rechtlicher Sicht eine andere Einschätzung ergibt (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2 sowie 130 V 352 E).

3.3). Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht kann vorliegend nicht auf die von Prof. Dr. F.____

vorgenommene Einschätzung

abgestellt werden.

E. 4.4.2

Der Beschwerdeführer kann daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Entscheidend ist nämlich, dass

der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit gemäss

Prof. Dr. F.____

seit dem Zeitpunkt der RAD-Untersuchung vom 20. Dezember 2012 aus psychiatrischer Sicht weitgehend unverändert sind

(Urk. 7/138/27), womit es bereits aus dieser Sicht an einem Revisionsgrund mangelt.

Es kommt hinzu, dass Prof. Dr. F.____

dem Beschwerdeführer zwar auch in einer somatisch adaptierten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % bis 50 % attestiert, dazu aber gleichzeitig festhielt, dass die IV-fremden Anteile

auszuscheiden seien (Urk. 7/138/27).

E. 4.4.3

Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bestimmt sich daher aufgrund eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.5).

Die vorliegenden Akten, insbesondere das Gutachten von Prof. Dr. F.____ vom 1. April 2016 (Urk. 7/138), erlauben eine solche Beurteilung. Weitere Abklärungen erübrigen sich daher.

E. 4.5

Demnach ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Arbeitsfähigkeit seit der leistungsablehnenden Verfügung vom 28. Juni 2013 (Urk.

7/94) nicht wesentlich verschlechtert hat. Die Beschwerdegegnerin hat sein neues Leistungsbegehren vom 10. April 2015 (Urk. 7/111) daher zu Recht abgelehnt.

5.

E. 5

Dr. E.____ nannte im internistischen-rheumatologischen Gutachten vom 29. März 2016 die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/136/88): - Verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der HWS bei - degenerativen Veränderungen mit Osteochondrosen C4 bis C6 mit Kontakt zur Nervenwurzel C5 ohne Kompression rechts und mässige bis deutliche Foraminalstenose C6/C

E. 5.1

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids

- Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteils Voraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

5. 2

Mit Verfügung vom 16. November 2016 (Urk. 2) ging die Beschwerdegegnerin mit keinem Wort auf das Gesuch des Beschwerdeführers vom 2. Juni 2016 um Gewährung von beruflichen beruflichen Massnahmen ein (Urk. 7/140), obwohl sie noch mit Schreiben vom 21. Juni 2016 (Urk. 7/141) angezeigt hatte, sie werde den Antrag des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen zu einem späteren Zeitpunkt prüfen. Die vom Beschwerdeführer ebenfalls beantragten beruflichen Massnahmen sind daher nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung vom 16. November 2016. Insoweit ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

6.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist.

E. 7

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensweg und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 1'000.-- dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung 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
Hübscher

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