

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00866 vom 25. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00866

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00866 du 25 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00866 del 25 settembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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.

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 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art.

E. 1.5

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE 143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Renten revision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit . f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

Ist ein Revisionsgrund gegeben, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (Urteil des Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.6

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). 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 (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 1.7

) aus Gründen der Verhältnismässigkeit von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden. 9.

E. 1.8

).

E. 1.9

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 Vorakten

(Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157). 2.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2017 (Urk. 10/221) davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der ursprünglichen anspruchsverneinenden Verfügung vom 17. Dezember 2014 insofern verändert habe, als dass die strukturellen Veränderungen am Bewegungsapparat leicht zugenommen hätten, dass diese gesundheitliche Veränderung indes keine Auswirkung auf die Belastungs- und Arbeitsfähigkeit habe (S. 1), weshalb weiterhin unverändert eine Arbeitsfähigkeit von 90% und ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 26% bestehe (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer bringt hiegegen vor, dass sich sein Gesundheitszustand in körperlicher und psychischer Hinsicht verschlechtert habe (Urk. 1), dass eine psychiatrische Hospitalisation erforderlich sei, weshalb ein Invaliditätsgrad im Umfang von über 40% ausgewiesen sei (Urk. 6). 3. 3.1

Nach Erlass der rentenverneinenden Verfügung vom 17. Dezember

2014 (Urk. 10/141) meldete sich der Beschwerdeführer am 29. Januar

2016 (Urk. 10/163) erneut zum Leistungsbezug an. Die Beschwerdegegnerin prüfte den Rentenanspruch des Beschwerdeführers in materieller Hinsicht neu und verneinte mit Verfügung vom 18. Juli 2017 (Urk. 10/221) erneut einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente. 3.2

Streitig und zu prüfen ist daher, ob sich der anspruchsrelevante Sachverhalt im Vergleichszeitraum seit Erlass der Verfügung vom 17. Dezember 2014

bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2017 in einer für den Rentenanspruch massgeblichen Weise erheblich verändert hat. 4.

4.1

Bei Erlass der rentenverneinenden Verfügung vom 17. Dezember 2014 stützte sich die Beschwerdegegnerin zur Hauptsache auf das Gutachten der A.____ vom 20. März 2014 (Urk. 10/111/2 35) sowie auf die Stellungnahme von Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 7. April 2014 (Urk. 10/114/5-6). 4.2

Die Ärzte der C.____, Untere Extremitäten, stellten in ihrem Bericht vom 27. November 2012 (Urk. 10/85/14-15) die folgenden Diagnosen (S. 1): Diagnose: - persistierende traumatische Arthroseaktivierung nach Kniekontusion beidseits vom 28. Januar 2012 - ausgeprägte Femoropatellararthrose lateral rechts - Status nach Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes (VKB-Plastik) des rechten Kniegelenks im Jahre 1986 - mässige Pangenarthrose im Bereich des linken Knies bei: - Status nach Rekonstruktion der Patellarsehne bei Patellarsehnenruptur im April 1989 - Status nach Auffüllen eines Frakturspaltes mit Spongiosa bei Ermüdnungsbruch des distalen Patellapols im Bereich des linken Knies im September 1998 Nebendiagnose: - chronisches lumbovertebrales

Schmerzsyndrom bei Osteochondrose in den Segmenten L3-S1

Die Ärzte führten aus, dass der Beschwerdeführer unverändert an einer posttraumatisch aktivierten Arthrose der beiden Kniegelenke leide, und dass die bisherigen patellafemorale Prothesen nicht die gewünschten Langzeitergebnisse gebracht hätten. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2). 4.3

Die Ärzte der C.____, Wirbelsäulenchirurgie, stellten in ihrem Bericht vom 4. Dezember 2012 (Urk. 10/85/12-13) die folgenden Diagnosen: Diagnose: - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit akuter Exazerbation und neu aufgetretener Ausstrahlung in beide Beine seit dem 28. Januar 2012 nach Treppensturz mit/bei: - Osteochondrose in den Segmenten L3-S1 Nebendiagnosen: - ausgeprägte Femoropatellararthrose lateral rechts, aktuell Aktivierung nach Kniekontusion beidseits am 28. Januar 2012 - Status nach Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes (VKB-Plastik) des rechten Kniegelenks im Jahre 1986 - mässige Pangoarthrose im Bereich des linken Knies bei: - Status nach Rekonstruktion der Patellarsehne bei Patellarsehnenruptur im April 1989 - Status nach Auffüllen eines Frakturspaltes mit Spongiosa bei Ermüdungsbruch des distalen Patellapols im Bereich des linken Knies im September 1998

Sie erwähnten, dass gegenwärtig eine physiotherapeutische Behandlung und eine Fazettengelenksinfiltration angezeigt sei

(S. 1). 4.4

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 11. Februar 2013 (Urk. 10/86) die folgenden, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen (S. 2): - depressive Episode mittleren Grades (Differentialdiagnosen: paranoid-halluzinatorisches Zustandsbild im Sinne einer schizotypen Störung oder einer paranoiden Schizophrenie oder im Rahmen eines dissoziativen Syndroms im Sinne einer komplexen Konversionsstörung) - chronisches Schmerzsyndrom - Status nach zwei Unfällen (1998 und 2012)

Der Arzt erwähnte, dass die psychiatrische Diagnosestellung unklar sei, und dass der Beschwerdeführer gegenwärtig alle zwei bis drei Wochen psychotherapeutisch und medikamentös mittels Antidepressiva behandelt werde. Es sei eine stationäre Abklärung indiziert (S. 3).

In seinem Bericht vom 12. September 2013 (Urk. 10/94/1-4) stellte Dr. D.____ eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Bademeister im Umfang von 40 % bis 60 % fest (S. 2) und erwähnte, dass eine behinderungsangepasste Tätigkeit nicht zu identifizieren sei, und dass die Frage nach der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit offen gelassen werden müsse (S. 3). 4.5

Die Ärzte des A.____, erwähnten in ihrem Gutachten vom 20. März 2014 (Urk. 10/111/2-35), dass der Beschwerdeführer am 11., 12. und 17. Februar 2014 internistisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch und otorhinolaryngologisch (HNO) untersucht worden sei, und stellten die folgenden Diagnosen (S. 31):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - chronische Knieschmerzen links mit/bei: - mässiggradige r

femoropatellare r Gonarthrose - Status nach Rekonstruktion des Ligamentum patellae

bei Ruptur am 4. April 1998 und

nach Revision des unteren Patellapols bei Ermüdungsfraktur im September 1998 - chronische Knieschmerzen rechts mit/bei: - femoropatellar betonte r Gonarthrose - Status nach Refixation

des vorderen Kreuzbandes im Jahre 1986 wegen Ruptur beim Fussballspiel - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne ausstrahlende Symptomatik mit/bei: - beginnende n degenerative n Veränderungen der Lendenwirbelsäule, klinisch und bildgebend

ohne Kompromittierung neuraler Strukturen - chronische Schulterschmerzen links mit/bei: - Verdacht auf subakromiales

Impingement nach Sturz am 16. Dezember 2013 - Status nach undislozierter Fraktur des Os triquetrum

der linken Hand bei Sturz am 16. Dezember

2013 mit/bei: - bisher unauffälligem Heilungsverlauf

unter konservativer Behandlung - Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits, rechts akzentuiert - Tinnitus beidseits, aktuell dekomponiert Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - morgendliche Kopfschmerzen unklarer Ätiologie - erhöhter HbA1c-Wert, kontrollbedürftig mit/bei: - HbA1c auf 7,7% (Norm >6,3%) - möglicher beginnender Diabetes mellitus

Die Ärzte führten aus, dass sich der Beschwerdeführer für hochgradig krank und vollständig arbeitsunfähig halte, dass er dies auch in seinem Verhalten zum Ausdruck bringe, und dass er sich nicht einmal selbständig anziehen könne.

Die neurologische Untersuchung hätte keine objektiven Befunde und keine eigenständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Die orthopädische

Untersuchung habe verschiedene objektivierbare Befunde im Bereich der Knie, im unteren Achsenskelett, in der linken Hand und der linken Schulter ergeben. Dadurch resultiere eine verminderte Belastbarkeit vor allem der unteren Extremitäten, des unteren Achsenskelettes und (vorübergehend) der linken oberen Extremität. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere, anhaltend mittelschwere und nicht adaptierte Tätigkeiten. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, mit einer Hebe- und Traglimite von zehn Kilogramm, ohne Zwangshaltung des Rumpfes und der unteren Extremitäten und (vorübergehend)

ohne Bewegungen der Arme oberhalb der Horizontalen, bestehe

keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Aus otorhinolaryngologischer Sicht bestehe

eine Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits, rechts akzentuiert, und ein gegenwärtig dekomponierter Tinnitus. Dem Beschwerdeführer seien daher Tätigkeiten unter erhöhtem Störlärm sowie Tätigkeiten mit der Notwendigkeit für ein gezieltes Richtungshören nicht zuzumuten. Aufgrund des dekomponierten Tinnitus sei auch von einem etwas erhöhten Pausenbedarf im Sinne einer Leistungseinbusse von zehn Prozent bei ansonsten vollschichtig möglicher Tätigkeit auszugehen. Aus internistischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt (S. 32).

Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung sei auf Grund der somatisch nicht ausreichend erklärbaren Befunde,

der subjektiv angegebenen Beschwerden und auf Grund der subjektiv hochgradigen Behinderungen eine psychische Überlagerung festgestellt worden. Dabei handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (S. 12). Der Beschwerdeführer leide zudem unter leichtgradigen depressiven Verstimmungen im Rahmen der chronischen Schmerzstörung. Eine eigentliche depressive Erkrankung liege nicht vor. Ausser der chronischen Schmerzstörung könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestehe nicht. Eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität bestehe nicht, insbesondere keine affektive Störung im Sinne einer Depression. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung liege nicht vor. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug lasse sich nicht feststellen. Der Umstand, dass bisher alle therapeutischen Bemühungen gescheitert seien, hänge wesentlich damit zusammen, dass der Beschwerdeführer auf Grund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig motiviert sei, sich aktiv um seine Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt auszusetzen. Die geklagten Schmerzen seien weder durch eine somatische noch durch eine psychiatrische Störung erklärbar, weshalb nicht zu erwarten sei, dass diese durch Therapien wesentlich beeinflusst werden könnten. Aus psychiatrischer Sicht

sei dem Beschwerdeführer daher zuzumuten, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Es sei deshalb von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die den körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeiten auszugehen (S. 13).

Aus interdisziplinärer Sicht bestehe für schwere, anhaltend mittelschwere und nicht adaptierte beziehungsweise nicht dem somatischen Zumutbarkeitsprofil entsprechende Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dem Beschwerdeführer sei indes ab Januar 2012 die Ausübung körperlich leichter, hinsichtlich Bewegungsapparat und auditiv adaptierter Tätigkeiten im Umfang einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90

% zuzumuten, wobei ein vollzeitliches Arbeitspensum bei einem leicht erhöhten Pausenbedarf

zumutbar sei (S. 33). 4.6

RAD-Arzt Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erwähnte in seiner Stellungnahme vom 7. April 2014 (Urk. 10/114/5-6), dass gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Ärzte des A.____

vom 20. März 2014 für die Zeit ab Januar 2012 von einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit

und von einer Arbeitsfähigkeit im Umfang von 90 % in angepassten, wechselbelastenden, körperlich leichten und audioadaptierten Tätigkeiten auszugehen sei (S. 2). 5. 5.1

Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2017 (Urk. 10/221) stützte sich die Beschwerdegegnerin zur Hauptsache auf das Gutachten der Ärzte des A.____ vom 7. November 2016 (Urk. 10/204/2-48) sowie auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. B.____ vom 10. Dezember 2016 (Urk. 10/206/4-5). 5.2

Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, erwähnte in ihrem Bericht vom 31. Mai 2016 (Eingangsdatum; Urk. 10/180/1-5), dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage sei, eine Tätigkeit in einer geschlossenen Atmosphäre auszuüben, da er Bewegung brauche. Dies könne er gegenwärtig auf Grund multipler Leiden jedoch nicht umsetzen. Dieser Umstand habe beim Beschwerdeführer zu einer Depression geführt (Ziff. 1.4). Auf Grund der gesamten Symptomatik mit Depression und einer gewissen Borderline-Symptomatik sei der Beschwerdeführer nur in geschütztem Rahmen arbeitsfähig. Dabei seien Arbeiten im Freien mit einer gewissen Bewegung zu empfehlen, sofern dies auf Grund der Arthrosen überhaupt möglich sei (Ziff. 1.7). 5.3

Die Ärzte der C.____, Rheumatologie und Rehabilitation, stellten in ihrem Bericht vom 2. Juni 2016 (Urk. 10/204/50-52) die folgenden Diagnosen (S. 1): Diagnosen: - ausgeprägte Femoropatellararthrose lateral rechts mit/bei: - Status nach VKB-Plastik des rechten Knies in Marokko im Jahre 1986 - Status nach Rekonstruktion der Patellarsehne bei Patellarsehnenruptur im April 1989 - schwere r leicht progrediente r

Femoropatellararthrose des rechten Knies, mit

Erguss mit synovialer Proliferation bei bekannte r

Chondrokalzinose, mit zunehmende n Zysten

im Bereich

Tibiakopf / Insertion der Bänder medial (MRI Knie rechts vom 30. Mai 2016) - mässige Femoropatellararthrose links mit/bei: - Status nach Infiltrationstherapie vom 29. September 2014 ohne Befundbesserung - Status nach Auffüllen eines Frakturspaltes mit Spongiosa bei Ermüdungsbruch des distalen

Patellapols

im linken Knie links vom September 1998 - Status nach Kniekontusion beidseits am 28. Januar 2012 - Osteosynthesematerialentfernung

im Bereich der Patella links am 21. September 2015 - progrediente n retropatelläre n Knorpelschäden, zunehmende n Knorpelschäden im Bereich der Femurtrochlea, Partia lläsion der Quadrizepssehne (MRI Knie links vom 30. Mai 2016)

- Kalziumpyrophosphat- Kristallarthropathie (calcium pyrophosphate

dihydrate, CPPD) bei: - Zellzahl 250/MI; reichlich Calcium-Pyrophosphate

nachweisbar (Punktat rechts am 30. März 2015) - Trochleadysplasie sowohl rechts als auch links Nebendiagnosen: - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Exazerbation nach Sturz vom 28. Januar 2012 mit/bei: - Osteochondrosen in den Segmenten L3-S1 - HLA-B27-Status negativ - Rheumaserologie unauffällig - lumbosakrale r Übergangsanomalie und mässige n

Spondylarthrosen beidseits im Bereich L5/S1 - Depression

Sie erwähnten, dass eine am 30. Mai 2016 durchgeführte kernspintomographische (MRI) Untersuchung beider Knie des Beschwerdeführers im Bereich des rechten Kniegelenks eine schwere Femoropatellararthrose mit mässigem Kniegelenkserguss und synovialer Proliferation (S. 2) und im Bereich des linken Kniegelenks eine zunehmende retropatelläre

Knorpelschädigung und eine mässige Femoropatellar arthrose ergeben habe. Auf Grund der fortgeschrittenen arthrotischen Veränderungen müsse insbesondere im Bereich des rechten Kniegelenks mittelfristig mit einer endoprothetischen Versorgung gerechnet werden (S. 3).
5.4

Die Ärzte des A.____ erwähnten in ihrem Gutachten vom 7. April

2016 (Urk. 10/ 204/2-48), dass der Beschwerdeführer am 26., 27. und 28. September 2016 erneut internistisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch und otorhinolaryngologisch untersucht worden sei und stellten die folgenden Diagnosen (S. 44): Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit : - chronische Knieschmerzen links mit/bei: - femoropatellar betonte Gonarthrose - Status nach Rekonstruktion des Ligamentum patellae

bei Ruptur am 4. April 1998 , nach Revision des distalen Patellapols bei Ermüdungsfraktur im September 1998 sowie nach Implantatentfernung am 21. September 2015 - chronische Knieschmerzen rechts mit/bei: - fortgeschrittene

Femoropatellararthrose - Status nach Refixation

des vorderen Kreuzbandes im Jahre 1986 wegen Ruptur beim Fussballspiel - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne ausstrahlende Symptomatik mit/bei: - degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule, klinisch und bildgebend

ohne Kompromittierung neuraler Strukturen - chronische Schulterschmerzen links mit/bei: - Verdacht auf leichtgradiges subakromiales

Impingement

- Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits, rechts akzentuiert - Tinnitus beidseits, aktuell dekompensiert - intermittierende Schwindelsymptomatik mit/bei: - Zustand nach posttraumatischem benignem paroxysmalen Lagerungsschwindel - Verdacht auf zervikogen-propriozeptiven Schwindel Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit : - leichte depressive Episode - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - zervikales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik - Status nach undislozierter Fraktur des Os triquetrum der linken Hand nach Sturz am 16. Dezember 2013 bei aktuell unauffälligem klinischen Befund - kleiner ossärer

Flake -Ausriss dorsal bei Status nach Handgelenksdistorsion links am 30. Juli 2016 bei aktuell unauffälligem klinischen Befund

Die Gutachter erwähnten, dass sich im Vergleich zur Vorbegutachtung im Jahre 2014 keine wesentlichen neuen Aspekte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ergeben hätten . Vor allem auf Grund pathologischer Befunde im Bereiche beider Kniegelenke und degenerativer Veränderungen im unteren Rumpfbereich bestehe eine deutlich verminderte Belastbarkeit . Allerdings habe der Beschwerdeführer während der Untersuchung immer wieder erhebliche Inkonsistenzen im Sinne von Hinweisen auf erhebliche nicht organische Faktoren gezeigt . Aus orthopädischer Sicht bestehe nach wie vor in einer körperlich leichten, wechselbelastenden, mehrheitlich im Sitzen auszuübenden Tätigkeit, mit einer Hebe- und Tragelimit von 10 Kilogramm , ohne Zwangshaltungen des Rumpfes oder der unteren Extremitäten, ohne repetitive Bewegungen des linken Armes oberhalb der Horizontalen , eine volle Arbeitsfähigkeit. Alle anderen körperlich stärker belastenden Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht nicht mehr zumutbar (S. 45) .

Aus otorhinolaryngologischer Sicht bestünden eine rechts akzentuierte Schall empfindungs schwerhörigkeit beidseits , ein gegenwärtig dekompenzierter Tinnitus beidseits und eine intermittierende Schwindelsymptomatik bei Zustand nach posttraumatischem benignem paroxysmalem Lagerungsschwindel sowie ein Verdacht auf einen zervikogen -propriozeptiven Schwindel. Dem Beschwerdeführer sei aus otorhinolaryngologischer Sicht die Ausübung einer angepassten Tätigkeit, ohne hohe Anforderungen an die Hörfähigkeit, ohne Tätigkeiten unter Störlärm und ohne sturzgefährdende Tätigkeitsanteile im Umfang eines Pensums von 90 % zuzumuten . Die internistischen und neurologischen Untersuchungen hätten keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben .

Die psychiatrische Untersuchung habe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ergeben, welche für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden verantwortlich sei. Gleichzeitig bestehe eine leichte depressive Episode, wobei die Symptomatik aus psychiatrischer Sicht nicht derart ausgeprägt sei , als dass daraus eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultieren würde.

Insgesamt bestehe trotz einer naturgemäss leichten Progredienz der strukturellen Veränderungen am Bewegungsapparat

seit der letzten Begutachtung im Jahre 2014 eine unveränderte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in gut adaptierten, körperlich leichten Tätigkeiten von 90 % , wobei dem Beschwerdeführer die Ausübung einer behinderungsangepassten Tätigkeit im vollzeitlichen Umfang, bei einem leicht erhöhten Pausenbedarf zuzumuten sei (S.

46) .

5.5

Dr. B.____ führte in seiner Stellungnahme vom 10. Dezember

2016 (Urk. 10/206/5) aus, dass auf das Gutachten der Ärzte des A.____ vom 7. April 2016 abzustellen sei, und dass gestützt darauf von einem unveränderten Gesundheitszustand seit der letzten Beurteilung durch den RAD vom 7. April 2014 auszugehen sei . Demnach sei weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit in behinderungs angepassten Tätigkeiten von 90 % und von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Bademeister auszugehen . 5.6

Die Berichterstatte des

F.____ , stellte n

am 17. Juli 2017 (Urk. 10/225/2-4) die folgenden Diagnosen (S. 3): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome mit akuter Suizidalität gemäss Angabe des Beschwerdeführers - Unfall vom 20. Januar 2012 mit Trauma im Bereich Rücken, beide Knie, Schulter und Fuss - Unfall auf Strasse mit Sturz auf das Knie im Jahre 2015 - Unfall im Bad mit Sturz auf Kopf und Knie, mit Fraktur des linken Handgelenks gemäss Angaben des Beschwerdeführers - Tinnitus - Hautentzündungen an mehreren Stellen seit Oktober 2016

Sie führte n aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auf Grund einer Verschlechterung seiner finanziellen und sozialen Situation in den letzten Monaten drastisch verschlechtert habe. Gegenwärtig leide der Beschwerdeführer unter Symptomen einer schweren depressiven Krise und habe Suizidge danken geäußert. Mit einer stationären psychiatrischen Behandlung sei der Beschwerdeführer

nicht einverstanden (S. 2). 5.7

Die Ärzte der C.____, Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie, stellten in ihrem Bericht vom 1. November 2017 (Urk. 13) fest, dass eine am 11. September 2017 durchgeführte Fazettengelenksinfiltration in den Bereichen L3/4 und L4/5 für sechs Wochen eine fast komplette Beschwerderegressivität gebracht habe. Gegenwärtig werde eine Operation (der Wirbelsäule) evaluiert, wobei der Beschwerdeführer vorher allenfalls am 6. November 2017 für vier bis sechs Wochen in eine psychiatrisch-psychosomatische Klinik eintreten werde (S. 2). 6. 6. 1

Den erwähnten medizinischen Akten zum Gesundheitszustand bei Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 17. Dezember 2014 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht zur Hauptsache unter einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom ohne ausstrahlende Symptomatik, unter Arthrosen im Bereich beider Kniegelenke, unter chronischen Schulterschmerzen, unter den Folgen einer unisolierten Fraktur des Os triquetrum der linken Hand sowie unter einer Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits litt (vorstehend E.

4.3 und E. 4.5). In somatischer Hinsicht gingen die Ärzte der C.____ in ihrem Bericht vom 27. November 2012 (vorstehend E. 4.2) und die Ärzte des A.____ in ihrem Gutachten vom 20. März 2014 (vorstehend E. 4.5) übereinstimmend davon aus, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung der bisher ausgeübten Tätigkeit als Bademeister sowie die Ausübung körperlich schwerer und anhaltend mittelschwerer Tätigkeiten nicht mehr zuzumuten sei. Die Gutachter des A.____ gingen sodann davon aus, dass dem Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht die Ausübung körperlich leichter, wechselbelastender

und auditiv adaptierter Tätigkeiten, mit einer Hebe- und Traglimite von zehn Kilogramm, ohne Zwangshaltung des Rumpfes und der unteren Extremitäten im vollzeitlichen Umfang bei einem leicht erhöhten Pausenbedarf beziehungsweise im Umfang eines Arbeitspensums von 90 % zuzumuten sei. 6.2

In psychischer Hinsicht vertrat Dr. D.____ am 11. Februar 2013 (vorstehend E. 4.4) die Ansicht, dass der Beschwerdeführer unter einer depressiven Episode mittleren Grades und unter einem chronischen Schmerzsyndrom leide, und attestierte dem Beschwerdeführer am 12. September 2013 (vorstehend E. 4.4) eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen in der bisherigen Tätigkeit als Bademeister im Umfang von 40 % bis 60 %. Demgegenüber gingen die Ärzte des A.____

in ihrem Gutachten vom 20. März 2014 (vorstehend E. 4.5) davon aus, dass der Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht unter einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren leide, und dass die Stellung der Diagnose einer eigenständigen depressiven Erkrankung nicht gerechtfertigt gewesen sei, da die bestehenden, leichtgradigen depressiven Verstimmungen von der chronischen Schmerzstörung mitumfasst würden. Die Gutachter des

A.____

vertraten sodann die Ansicht , dass aus psychischen Gründen keine zusätzliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen gewesen sei , und dass es dem Beschwerdeführer zuzumuten wäre, trotz der geklagten psychischen Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags eine berufliche Tätigkeit ausüben zu können . 7. 7.1

Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2017 (Urk. 10/221) litt der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht neu unter den Folgen einer Implantatentfernung im rechten Kniegelenk , welche am 21. September 2015 durchgeführt wurde, sowie im Bereich des linken Handgelenks unter den Folgen eines kleinen ossären

Flake -Ausrisses nach einer Handgelenksdistorsion vom 30. Juli 2016 .

Während Dr. E.____ die Ansicht vertrat, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung einer Tätigkeit in geschlossenen Räumen nicht zuzumuten sei,

sondern - insbesondere auf Grund einer Depression und einer gewissen Borderline -Symptomatik - lediglich noch eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen (vorstehend E. 5.2), gingen die Ärzte des A.____ in ihrem Gutachten vom 7. April 2016 (vorstehend E. 5.4) davon aus , dass sich im Vergleich zur Vorbegutachtung im Jahre 2014 keine wesentlichen neuen Aspekte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ergeben hätten , weshalb trotz einer naturgemäss leichten Progredienz der strukturellen Veränderungen , insbesondere am Bewegungsapparat ,

von einer

unveränderten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in behinderungsangepassten , körperlich leichten Tätigkeiten

im Umfang von 90 % auszugehen sei. 7.2

Der Beurteilung durch Dr. E.____ vom 31. Mai 2016 (vorstehend E. 5.2) lässt sich einerseits keine nachvollziehbare Begründung der von ihr postulierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf Tätigkeiten ausserhalb eines geschützten Rahmens entnehmen. Andererseits gilt es zu berücksichtigen, dass Dr. E.____ , bei welcher es sich um eine Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und nicht um eine solche für Psychiatrie und Psychotherapie handelt, insoweit sie die Ansicht vertrat, dass der Beschwerdeführer unter einer Depression und unter einer gewissen Borderline -Symptomatik leide, und dass er dadurch massgeblich in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt werde, nicht über eine für die Beurteilung der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers angezeigte fachärztliche Weiterbildung verfügte . Auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch Dr. E.____ kann vorliegend daher nicht abgestellt werden.

Ergänzend gilt es in Bezug auf die Beurteilung durch Dr. E.____

zu berücksichtigen, dass

es nach der Rechtsprechung wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachärzte und Fachärztinnen und des Begutachtungsauftrags der amtlich bestellten medizinischen Experten (BGE 124 I 170 E. 4) nicht geboten ist, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderen Einschätzungen gelangen

gen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine klärende Ergänzung des medizinischen Dossiers oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unentdeckt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E.

8. 4 und 8C_784/2011 vom 15. Dezember 2011 E. 3.2). Solche Aspekte sind vorliegend nicht gegeben. 7.3

Des Gleichen vermag die Beurteilung durch die Berichterstatter des F.____

vom 17. Juli 2017 (vorstehend E. 5.6) nicht zu überzeugen. Denn es lässt sich ihrer Beurteilung keine nachvollziehbare Begründung für die von ihnen postulierte schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome mit akuter Suizidalität entnehmen. Mangels einer nachvollziehbaren Begründung kann auf ihre Beurteilung daher nicht abgestellt werden. Ergänzend gilt es auch diesbezüglich die erwähnte (vorstehend E. 7.2) Rechtsprechung zum Beweiswert von Berichten behandelnder Fachärzte und Fachärztinnen, bei welchen der Behandlungsauftrag im Vordergrund steht, zu berücksichtigen, weshalb auch aus diesem Grunde auf ihre Beurteilung vorliegend nicht abgestellt werden kann.

Die nach Verfügungserlass eingereichten Berichte der C.____ (Urk.

10/225/5-10 sowie Urk. 13) äussern sich nicht zur Frage der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten. 7.4

Das Gutachten der Ärzte des A.____ vom 7. April 2016 (vorstehend E.) erfüllt die praxismässigen Anforderungen für eine beweiskräftige medizinische Entscheidung Grundlage (vgl. vorstehend E. 5.4). Denn die Gutachter verfügen als Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin, für Psychiatrie und Psychotherapie, für Neurologie, für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Otorhinolaryngologie (vgl. Urk. 10/111/35) über die für die Beurteilung des Gesundheitsschadens des Beschwerdeführers angezeigten fachärztlichen Aus- und Weiterbildungen. Sie hatten zudem Kenntnis sämtlicher medizinischer Vorklagen, setzten sich in angemessener Weise mit den geäusserten Beschwerden auseinander und begründeten ihre Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise.

Insbesondere vermag zu überzeugen, dass sie davon ausgingen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in somatischer Hinsicht im Vergleich zur Vorbegutachtung im Jahre 2014 nicht wesentlich verändert habe, und dass trotz einer naturgemäss leichten Progredienz der strukturellen Veränderungen unverändert eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit in behinderungsangepassten, körperlich leichten Tätigkeiten

im Umfang von 90 %

besteht. In psychischer Hinsicht vermag zudem zu überzeugen, dass die Gutachter unverändert eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostizierten und weiterhin unverändert davon ausgingen, dass die bestehende leichtgradige depressive Symptomatik die Diagnose einer eigenständigen depressiven Störung nicht rechtfertigt, und dass die lediglich geringfügig ausgeprägten psychopathologischen Befunde nicht geeignet seien, die bereits aus somatischen Gründen beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit zusätzlich einzuschränken.

Auf die nachvollziehbare und überzeugende Beurteilung durch die Ärzte des A.____ in ihrem Gutachten vom 7. April 2016 kann vorliegend daher abgestellt werden. 8. 8.1 Gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung durch die Ärzte des A.____ in ihrem Gutachten vom 7. April 2016 (vorstehend E. 5.4) ist in psychischer Hinsicht daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2017 an einem im Vergleich zur Situation bei Erlass der ursprünglich en rentenverneinenden Verfügung vom 17. Dezember 2014 unveränderten psychischen Gesundheitsschaden im Sinne einer chronischen Schmerz störung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie

unter leichtgradigen depressiven Verstimmungen litt , ohne dass eine eigenständige depressive Erkrankung zu diagnostizieren gewesen wäre, und ohne dass der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen dadurch in seiner Arbeitsfähigkeit zusätzlich beeinträchtigt worden wäre . 8.2

Da in psychischer Hinsicht unverändert von einem lediglich geringfügig ausgeprägten, die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigenden, psychopathologischen Befund auszugehen ist, kann vorliegend gemäss der erwähnten Rechtsprechung (vorstehend E.

E. 006

bei der Z.____ als Bademeister tätig (Urk. 10/84/1-6 Ziff. 2.1) , als er an seinem Arbeitsplatz beim Reinigen der Bad e halle mit einer Reinigungsmaschine eine Treppe hinunter stürzte

(Urk. 10/81/46) und sich dabei im Bereich seines Rückens und seiner Kniegelenke verletzte (Urk. 10/81/47). Am 4. Oktober 2012 meldete er sich unter Hinweis auf Knie- und Rückenbeschwerden erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk 10/70 Ziff. 6.2) , worauf die IV-Stelle den Versicherten poly disziplinär begutachten liess (Gutachten vom 20. März 2014; Urk. 10/111/2-35). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/116, Urk. 10/120/1-2 und Urk. 10/137) stellte die IV-Stelle mit Verfügung vom 17. Dezember

2014 (Urk. 10/143) einen Invaliditätsgrad von 26 % fest und verneinte einen Rentenanspruch des Versicherten. Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen (vgl. Urk. 10/144 und Urk. 10/148).

E. 9

), wovon dem Beschwerdeführer am 20. November 2017 (Urk. 11) eine Kopie zugestellt wurde. Mit Eingaben per E-Mail vom 1. (Urk. 12) und 4. Dezember 2017 (Urk. 14) reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen (Urk.

E. 9.1

Nach Gesagtem ist daher gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung durch die Ärzte des A.____ in ihrem Gutachten vom 7. April 2016 (vorstehend E.

5.4) sowie gestützt auf die damit grundsätzlich übereinstimmende Beurteilung durch Dr. B.____ vom 10. Dezember 2016 (vorstehend E. 5.5) davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2017 wie schon bei Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 17. Dezember 2014 weiterhin unverändert die Ausübung einer behinderungs angepassten Tätigkeit

im Umfang eines Arbeitspensums von 90 % zuzumuten war. Unter diesen Umständen gelingt es dem Beschwerdeführer trotz umfangreicher, von der Beschwerdegegnerin getätigter Abklärungen nicht, die invalidisierenden Folgen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Die diesbezügliche Beweislosigkeit wirkt sich zu seinen Lasten aus (vgl. vorstehend E.

E. 9.2

Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerde gegen den bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2017 (Urk. 10/221) mangels einer im revisionsrechtlichen Sinne erheblichen Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse im massgebenden Vergleichszeitraum vom 7. Dezember 2014 bis 18. Juli 2017, bei im Übrigen unveränderten Verhältnissen im erwerblichen Bereich, einen unveränderten Invaliditätsgrad von 26 % feststellte, auf die Vorannahme eines (erneuten) Einkommensvergleichs verzichtet (vgl. BGE 115 V 133 E. 2 und

Urteil des Bundesgerichts 9C_155/2007 vom 10. Juli 2007 E.

3.4) und, mangels eines für einen Rentenanspruch vorausgesetzten Invaliditätsgrades von mindestens 40 %, einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit der angefochtenen Verfügung vom 18. Juli 2017 erneut verneinte. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen. 10.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert innerhalb des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 700.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht 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: - X.____ - 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber MosimannVolz

E. 13

und Urk. 15) ein , welche der Beschwerdegegnerin am 9. Januar 2018 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 17

ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

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