

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00994 vom 6. Februar 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-02-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00994](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00994)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00994 du 6 février 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00994 del 6 febbraio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts , ATSG) .

Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung 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 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 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 Vier telsrente , 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 Neu an meldung 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. 1.5**

2) erfüllt - fest, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsfähig sei. Wegen eines vermehrten Pausenbedarfs bestehe aber eine Einschränkung von 10 % (Urk. 7/124/5). Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers (E. 2.2) legte Dr. L.\_\_\_\_ seiner Beurteilung alle vorhandenen Akten - mithin auch jene der untersuchenden und behandelnden Ärzte - zugrunde (Urk. 7/125/4). Dr. L.\_\_\_\_ verweist sodann auf die Befunde einer bildgebenden Untersuchung vom 26. August 2016 (vgl. Urk. 7/106/8). Seine Stellungnahme ist nachvollziehbar begründet. Es ist darauf abzustellen. Dies erfolgt zu Gunsten des Beschwerdeführers, denn dem Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ vom 10. August 2017 ist zu entnehmen, dass sich die Beschwerden aufgrund der in der Uniklinik A.\_\_\_\_ am selben Tag durchgeführten Röntgenuntersuchungen an sich nicht erklären lassen (Urk. 3/4 S. 2). Auch aus dem Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ ergeben sich geringere Einschränkungen (E. 3.2.2).

Der äusserst knappe Bericht des Hausarztes Dr. K.\_\_\_\_ vermag schliesslich keine Zweifel an der Einschätzung von RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ zu begründen. Dr. K.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit, ohne einen Befund zu erheben oder Gründe für eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu nennen (Urk. 7/123/3). Weil der Allgemeinmediziner schliesslich auf psychosomatische Beschwerden hinwies (Urk. 7/123/5), äusserte er sich zudem fachfremd. Im Übrigen ist

in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Mit Dr. L.\_\_\_\_ ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ab dem 21. April 2015 in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig war, wo bei wegen des vermehrten Pausenbedarfs eine Einschränkung von 10 % bestand (Urk. 7/124/4). 5.

#### **E. 1.5.1**

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabebereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG; BGE 137 V 210 E. 1.2.1, Urteil des Bundesgerichts 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2). Die RAD können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 IVV). Zudem stehen sie den IV-Stellen der Region beratend zur Verfügung (Art. 49 Abs. 3 IVV).

#### **E. 1.5.2**

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann eine RAD-Stellungnahme als medizinisches Aktengutachten grundsätzlich eine zulässige Entscheidungsgrundlage darstellen kann, wobei einem reinen Aktengutachten nur Beweiswert zu erkennen ist, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen

Sachverhaltes geht . Den Berichten versicherungsinterner medizini scher Fachpersonen kommt praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG in Auftrag gegebenen Gutachten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_411/2018 vom 24. Oktober 2018 E. 4.2). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungs internen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vor zuneh men (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis).

### **E. 1.6**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtge mäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozial versicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stam men, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestat ten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizi nische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allsei tigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Her kunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E.

3a). 2.

2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 10. August 2017 führte die Beschwerde gegnerin im Wesentlichen aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund mehrerer Unfallereignisse am linken Knie vom 1. September 2011 bis 30. September 2012 Anspruch auf eine Invalidenrente gehabt habe. Danach habe eine volle Arbeits fähigkeit für angepasste Tätigkeiten bestanden ( Urk. 2 S.

1). Alsdann sei

der Beschwerdeführer am 20. August 2014 am linken Knie operiert worden. Am 9. Januar 2015 sei er erneut auf das linke Knie gestürzt. Die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass er infolgedessen vom 20. August 2014 bis 20. April 2015 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei ( Urk. 2 S. 2). Dem Beschwer deführer sei seine angestammte Tätigkeit als Elektrowickler aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zumutbar ( Urk. 2 S.

1-2). Ab April 2015 könne er in einer wechsel belastenden leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit erhöhte m

Pausen bedarf während eines Vollzeitpensums eine Leistung von 90 % erbringen (Urk. 2 S.

2-3). Beim Einkommensvergleich resul tiere damit ein Invaliditätsgrad von 13 %. Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, be stehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2 S.

3). 2.2

Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber im Wesentlichen vor, die Anpassung des Belastungsprofils mit einem vermehrten Pausenbedarf von 10 % genüge nicht, um seinen Einschränkungen gerecht zu werden. Die Beschwerdegegnerin hätte in seinem Fall nicht einzig auf den Untersuchungsbericht des Suva-Kreisarztes abstellen dürfen. Einerseits sei diese Untersuchung bereits im Jahr 2015 erfolgt, weshalb die Untersuchungsergebnisse nicht mehr aktuell seien. Andererseits würden erhebliche Diskrepanzen zwischen

der Einschätzung des Suva-Kreisarztes und denjenigen der behandelnden Ärzte bestehen, auf welche die Beschwerdegegnerin nicht eingegangen sei (Urk. 1 S.

6). Die Beschwerdegegnerin habe zu den Arztberichten der behandelnden Ärzte keine Stellung genommen (Urk. 1 S.

6). Des Weiteren sei festzuhalten, dass die Suva mittlerweile neue medizinische Abklärungen vornehmen würde, weshalb davon auszugehen sei, dass der medizinische Sachverhalt auch seitens der Suva noch nicht abschliessend beurteilt worden sei (Urk. 1 S.

6-7). Weil die Suva sodann nur unfallkausale Einschränkungen prüfe, könne aufgrund des Kreisarztberichts auch nicht festgestellt werden, ob nicht weitere, unfallfremde Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen würden (Urk. 1 S.

7). Diesbezüglich sei auf das seit dem Jahr 2014 neu bestehende chronische Schmerzverhalten hinzuweisen. Weitere Einschränkungen seien am Rücken sowie an der Hüfte (Lendenwirbel) hinzugekommen (Urk. 1 S.

6). Die Beschwerdegegnerin habe daher den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Aus diesem Grund wäre zumindest die weitere medizinische Abklärung im Sinne einer Begutachtung angezeigt (Urk. 1 S.

9). Sofern die Ansicht vertreten werde, dass der medizinische Sachverhalt zum aktuellen Zeitpunkt genügend abgeklärt worden sei, stelle sich die Frage der Verwertbarkeit der attestierten Restarbeitsfähigkeit. Bereits der festgehaltene Pausenbedarf von 10

% werde ein erhebliches Defizit bei der Suche nach einer Arbeitsstelle darstellen. Insbesondere bei den Hilfsarbeiten sei ein solches Belastungsprofil zusätzlich erschwerend, was in seinem Fall in keiner Weise lohnmindernd beachtet worden sei. Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit werde aufgrund seiner erheblichen körperlichen und psychosomatischen Beschwerden sowie aufgrund seines Alters bestritten (Urk. 1 S.

9). 3. 3.1

Im Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2013.00438

vom 22. August 2014 (Urk. 7/97) wurde die medizinische Aktenlage vor der Verfügung vom 3. April 2013 (Urk. 7/58, Urk. 7/64, Urk. 7/83/12-17)

wie folgt zusammengefasst: «3.2 Dem RAD-Untersuchungsbericht vom 4. Februar 2011 sind die Hauptdiagnosen Zustand nach Hüfttotalendoprothesen-Implantation links am 21. April 2010 bei Femurkopfnekrose sowie Zustand nach mehrfachen Arthroskopien des linken Kniegelenks bei Meniskusläsion des linken Kniegelenks zu entnehmen (Urk. 14/31/7). In der versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde festgehalten, dass in der Zeit vom 21. April bis 21. Oktober 2010 aufgrund der Hüfttotalendoprothesen-Implantation medizinisch-theoretisch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit in jedweder Tätigkeit ausgegangen werden

könne (Urk. 14/31/7). 3.3 Dr. Z.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer seit 2006 behandelt (Urk. 14/30/5), diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. Dezember 2011 einen Status nach Knie totalendoprothese links (22. September 2011, Urk. 14/42/93). Bei der 3-Monats-Kontrolle sei radiologisch alles in Ordnung gewesen. Der Beschwerdeführer klagt noch über Schmerzen im lateralen Kompartiment. Die Muskulatur sei noch deutlich insuffizient. Die Flexion/Extension betrage aber 115/0 Grad. Gesamthaft sei der Verlauf erfreulich. Der Beschwerdeführer sei noch nicht arbeitsfähig. Es folge ein intensiver Muskelaufbau beziehungsweise Kraftaufbau in der Physiotherapie (Urk. 14/38/6). Dr. Z.\_\_\_\_ veranlasste in der Folge die CT-Untersuchung des linken Knies in der Uniklinik A.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2012, bei welcher ein guter Sitz der Tuberositasschrauben, eine beginnende ossäre Konsolidation der Osteotomiespalte mit deutlichem, mineralisiertem, überbrückendem Knochengewebe, jedoch noch nicht durchbauter Corticalis, festgestellt wurde (Urk. 14/38/10). Danach hielt Dr. Z.\_\_\_\_ am 18. Januar 2012 fest, dass es subjektiv und objektiv zum Auftreten von Schmerzen in der Tuberositas tibiae gekommen sei. Die CT Kontrolle habe den noch nicht vollständigen Durchbau ergeben. Die Schraubenköpfe seien stark druckdolent, müssten jedoch noch belassen werden. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei noch nicht vorgesehen (Urk. 14/38/8). In seinem ärztlichen Zeugnis vom 3. Juli 2012 schrieb Dr. Z.\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer ab dem Knieeingriff vom 21. Juni 2012, bei welchem die Entfernung der Schrauben und einer Verhärtung der Hoffa erfolgt war (Urk. 14/42/10), postoperativ für drei Wochen vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. Aufgrund der persistierenden Knie-, Oberschenkel- und Hüftbeschwerden sowie der lumbalen linksseitigen Beschwerden könne er in einer optimal adaptierten Tätigkeit ein Pensum zwischen 20 und 40 % verrichten. Eine solche adaptierte Tätigkeit werde der Beschwerdeführer aufgrund seines Alters und seiner Ausbildung jedoch nicht finden (Urk. 3/B8). Am 2. Mai 2013 nahm Dr. Z.\_\_\_\_ unter Bezugnahme auf eine CT Untersuchung des Knies links vom 21. Januar 2013 und der 3-Phasen-Skelettszintigraphie vom 10. April 2013 erneut Stellung und führte aus, dass die Knie-Oberschenkel-Situation links weiterhin invalidisierend sei. Durch das Einsetzen der Knieprothese habe sich keine Verbesserung der Schmerzsymptomatik der linken unteren Extremität ergeben. Ebenfalls persistiere weiterhin ein Lumbovertebralsyndrom, welches szintigraphisch dokumentiert sei und für welches sich ebenfalls keine Besserung ergeben habe. Der Beschwerdeführer sei für seine angestammte Tätigkeit als Maler/Elektrowickler nicht mehr einsetzbar. Zum jetzigen Zeitpunkt sei aufgrund der vermehrten Pausenbedürftigkeit bei sitzender Tätigkeit höchstens eine teilbelastende Tätigkeit (teils sitzend, teils stehend) von etwa zwei Stunden täglich erreichbar, was wirtschaftlich nicht verwertbar sei (Urk. 3/B9 S. 2).

3.4 SUVA-Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, untersuchte den Beschwerdeführer letztmals am 2. März 2012 (Urk. 14/39/4-14). In seiner Beurteilung führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, dokumentiert seien verschiedene Traumen des linken Knies, nach zwei Meniskusoperationen 1979 und 1986 sei bereits 1988 eine sekundäre Gonarthrose links festgestellt worden. Die Traumatisierung der vorbestehenden Gonarthrose links bei einem Ereignis am 8. Dezember 2004 habe erneut zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt. In den folgenden Jahren hätten immer wieder Kniebeschwerden links bestanden. Eine arthroskopische Behandlung sei erfolglos gewesen. Bei der Kreisarztuntersuchung am 4. August 2011 sei ein die zumutbare Belastung stark einschränken des Zumutbarkeitsprofil formuliert worden. Bereits am 22. September 2011 sei dann aber ein alloplastischer Kniegelenkersatz links in

zementierter Technik und ohne Ersatz der Patellarrückfläche durchgeführt worden. Der dokumentierte Verlauf sei günstig gewesen. Im Januar 2012 sei aber noch ein ungenügender Durchbau der Tuberositas

tibiae -Osteotomie festgehalten worden, weshalb die Entfernung der grossen Schrauben noch nicht möglich schien (Urk. 14/39/12). Der Beschwerdeführer gebe eine deutliche Verbesserung bezüglich Kniebeschwerden links verglichen mit dem präoperativen Zustand an und führe aus, dass sich die Operation gelohnt habe. Er habe noch wechselnde, bisweilen starke, teils aber auch nur leichte Schmerzen im linken Knie, während es in Ruhe gut gehe und er im Sitzen beschwerdefrei sei (Urk. 14/39/9). Bei der heutigen klinischen Untersuchung (2. März 2012) zeige sich knapp sechs Monate nach Implantation der Knie totalendoprothese ein sehr günstiger Zustand. Der Beschwerdeführer könne wechselseitig Treppensteigen ohne stärkeres Abstützen am Geländer und er zeige beim Barfussgang ein sehr schönes Gangbild. Die Beweglichkeit und die ligamentäre Stabilität des linken Knies seien gut, der verbliebene Reizzustand nurmehr gering. Nach wie vor bestehe eine deutliche Hypotrophie der Muskulatur am linken Bein. Diese sei aber seit Jahren vorhanden und sei auch durch die krankheitsbedingte Hüftpathologie mitverursacht. Auch radiologisch habe bei der linken Kontrolle am 7. Dezember 2011 ein günstiger Zustand bestanden (Urk. 14/39/12). Im Rahmen der Zumutbarkeit dürfe ab 1. April 2012 von einer Teilarbeitsfähigkeit halbtags im Rahmen des definierten Zumutbarkeitsprofils ausgegangen werden (wechselbelastende, mindestens teilweise im Sitzen zu leistende, leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne fixierte Zwangshaltung des linken Knies. Kurze Gehleistungen bis mehrere 100 Meter könnten ohne Einschränkungen und mit einer Zusatzbelastung bis 10 oder 15 kg zugemutet werden, ausnahmsweise sei auch das Heben und kurzstreckige Tragen bis zu einer Gewichtslimite bis 20 kg möglich. Treppensteigen sei nur manchmal zumutbar, nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Absturzgefahr auf Leitern oder Gerüsten. Ungünstig seien im weiteren Tätigkeiten mit repetierter Kraftbelastung des linken Beines mit starken Vibrationen oder Schlägen aufs linke Bein [Urk. 14/41/82]). Zwei Monate später, ab 1. Juni 2012, sei dann - im Rahmen der definierten Schonarbeitsfähigkeit - eine vollzeitliche Arbeit möglich (Urk. 14/39/13). 3.5 Am 3. April 2013 wurde im Stadtspital C. eine 3-Phasen-Skelettszintigraphie-Untersuchung durchgeführt. Dr. D. , leitender Arzt Stadtspital C. , führte in seiner Beurteilung vom 10. April 2013 Folgendes aus: « Pathologisch prolongierte Heilung bei St. n. tibialer Osteotomie links bis in das antero-mediale Tibiaplateau reichend (DD zusätzliche chronische Fehlbelastungsreaktion tibial medial). Bei St. n. Knie-TP links kein Lockerungsnachweis. Ebenfalls kein Lockerungsnachweis bei St. n. Hüft-TP links. Aktivierte Arthrosen ( talonavicular links > rechts, Korrelation mit Röntgenaufnahmen empfehlenswert.). Chronisch degenerative Skelettveränderungen ohne entzündliche Komponente (Schultergelenke bds., sternoclavicular

bds., Hüftgelenk rechts, Osteochondrose und Spondylarthrose LW4/5) » [Urk. 3/B10]. 3.6 In ihrem Arztbericht vom 6. Mai 2013 stellte Dr. med. E. , Allg. meine Innere Medizin FMH, welche den Beschwerdeführer seit 2007 behandelt (Urk. 14/19/1), die Diagnosen:

1. Status nach Hüfttotalendoprothese links am 21. April 2011 (richtig: 2010) bei Femurkopfnekrose sowie Hüfttotalendoprothese links mit Verdacht auf Lockerung,
2. Status nach Knie totalendoprothese links im September 2011 mit Hinkgang,
3. Arterielle Hypertonie,
4. Hypercholesterinämie sowie
5. Verdacht auf Aethylabusus (Urk. 14/79/8).

Im Vergleich zur Voruntersuchung habe sich der Gesundheitszustand des

Beschwerdeführers nicht verändert. Infolge von mehreren Unfällen sei es zur Entwicklung von Arthrosen an der Hüfte und am Knie links gekommen. Als Funktionseinschränkungen wurde ein Schon gang angegeben. Ferner könne der Beschwerdeführer nicht lange Strecken gehen. Regelmässig könne er nur noch leichte Tätigkeiten verrichten (Urk. 14/79/8 ). » 3.2

### 3.2.1

Im Rahmen der Neuanmeldung des Beschwerdeführers

vom 18. November 2016 (Urk. 7/106-107 ) sind im Wesentlichen folgende medizinische Befunde und Stellungnahmen aktenkundig: 3.2.2

Suva-Kreisarzt Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, stellte im Bericht zur kreisärztlichen Untersuchung vom 20. April 2015 die folgenden Diagnosen ( Urk. 7/118/323): - Belastungsintoleranz linkes Kniegelenk nach langwierigem Verlauf und zuletzt am 21. August 2014 durchgeführte r

Revisionsarthroplastik bei Lockerung der primären Totalprothese (TP) links - Unfallfremd: Status nach Hüft-TP links wegen Femurkopfnekrose

Der Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ ist zu entnehmen, es sei - auch wenn ein Sturz im Januar 2015 auf die linke Seite mit Weichteilkontusion im Bereich der linken Hüfte bezüglich des Erfolgs der Revisionskniearthroplastik den Verlauf wohl etwas verzögert habe - deutlich zu erkennen, dass seit der Revisionsarthroplastik eine Stabilisierung bezüglich des linken Kniegelenks eingetreten sei. Der Beschwerdeführer gebe belastungsabhängige Schmerzen an, welche wohl etwas witterungsbedingt beeinflusst seien. Er könne dennoch relativ gut gehen, mache regelmässige Spaziergänge und brauche nur wenige Medikamente. Auf grund der Befunde des MRI vom 15. Januar 2015 und der klinischen Untersuchung sei zudem davon auszugehen, dass die Hüft-TP vom Sturz im Januar 2015 nicht beeinflusst worden sei ( Urk. 7/118/323). Gestützt auf die aktuelle Untersuchung habe das von Kreisarzt Dr. B.\_\_\_\_ am 4. August 2011 erstellte Zumutbarkeitsprofil nach wie vor Geltung, mit der Einschränkung, dass die Gewichtslimite auf 15 kg festzulegen sei. Eine solche Tätigkeit könne vollschichtig (100 % ) geleistet werden ( Urk. 7/118/324). 3.2.3

PD Dr. med. G.\_\_\_\_ , Teamleiter Kniechirurgie, und Dr. med. H.\_\_\_\_ , Oberärztin, Kantonsspital I.\_\_\_\_ , stellten in ihrem Bericht vom 3.

November 2016 folgende Diagnose ( Urk. 7/106/3): Anteriore / anterolaterale Knieschmerzen links bei - Überlastung Patellaunterpol bei Patella baja und Überlastung Tractus

iliotibialis bei Status nach Knie totalprothesenwechsel links im Herbst 2014 (PD Dr. J.\_\_\_\_ , Zürich) bei Lockerung Tibiaplateau / Varus fehlstellung

Tibiaplateau und symptomatischer Patella baja - Status nach Implantation Knie totalprothese links Herbst 2011 ( Dr. Z.\_\_\_\_ ) 3.2. 4

PD Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für orthopädische Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 10. November 2016 zuhanden der Suva die folgenden Diagnosen an ( Urk. 7/106/1) : - Chronifiziertes Schmerzsyndrom laterale untere Extremität - Posttraumatische Abduktoren Tendinopathie Hüfte links - Hämarthros bei - Status nach Hüft und Knie-Kontusion links, Revisions-Knie-Totalprothese (TP)

links bei Status nach Lockerung Tibiakomponente , Mal position, Arthrofibrose , Polyethylen Abrieb nach primär TP links - Status nach Hüft-Totalprothese links vor Jahren

Dem Bericht von PD Dr. J.\_\_\_\_ ist weiter zu entnehmen, dass in näherer Zukunft keine operative Revision durchgeführt werden sollte. Es sei zudem darauf hin zu weisen, dass es dem Beschwerdeführer in den ersten Monaten nach der Revisions-Knie-TP sehr gut gegangen sei, und dass die erneute Problematik erst anlässlich des erneuten Unfalls aufgetreten sei ( Urk. 7/106/1). %1.%2.%3 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. K.\_\_\_\_ , FMH für Allgemeinmedizin, führte in seinem undatierten, bei der Beschwerdegegnerin am 15. Februar 2017 eingegangenen Bericht (Urk. 7/123, Aktenverzeichnis zu Urk. 7/1-137 ) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes Schmerzsyndrom laterale untere Extremität auf ( Urk. 7/123/1). Er hielt weiter fest, dass der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 7/123/3). 3.2.6 RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, nannte in seiner Stellungnahme vom 10. März 2017 die Diagnose chronifizierte schmerzhafte Funktionsstörung des linken Beines bei Status nach mehrfachen Eingriffen linkes Knie (zuletzt Implantation einer Revisions-Knie-TP-Operation:

am 20. August 2014) , Status nach Implantation einer Hüft-Totalendoprothese

links (Operation am 21. April 2010) wegen Hüftkopfnekrose sowie Status nach Sturz mit Kniekontusion links beim Unfall vom 9. Januar 2015 ( Urk. 7/124/3).

Dr. L.\_\_\_\_ hielt weiter fest, dass die vom Beschwerdeführer früher ausgeübte Tätigkeit als Maler zu schwer sei. Die Tätigkeit des Beschwerdeführers als Motorenwickler entspreche jedoch einer angepassten Tätigkeit ( Urk. 7/124/3).

Dr. L.\_\_\_\_ formulierte folgende s Belastungsprofil: Wechselbelastend, mehrheitlich sitzend, leicht bis mittelschwer, Meidung von Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, Meidung kniehockender Arbeitsstellungen, sowie Tätigkeiten auf unebenen Böden ( Urk. 7/124/3). Aufgrund der vermehrten Schmerzen bestehe ein erhöhter Pausenbedarf von 10 % ( Urk. 7/124/4).

Zur Frage , ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Stellungnahme durch den RAD vom 21. September 2012 (wiedergegeben im Feststellungsblatt für den Beschluss vom 1. November 2012, Urk. 7/45/6, vgl. auch Urk. 7/124/2)

wesentlich verändert habe, hielt

Dr. L.\_\_\_\_ sodann fest, dass am 20. August 2014 eine Revision der Knie-TEP links durchgeführt worden sei und eine neue Knie-TEP links eingesetzt worden sei. Nach zunächst zufrieden stellen dem Verlauf sei der Beschwerdeführer am 9. Januar 2015 auf das operierte linke Knie gestürzt und habe sich eine schwere Knieprellung links zugezogen . Seitdem hätten die Beschwerden etwas gebessert, würden jedoch weiterbestehen. Die neue 3D-SPECT-CT mit Rotationsbestimmung vom 26. August 2016 zeige eine regelrechte Positionierung des Implantates, eine Patella baja (Kniescheibentiefstand) mit deutlichem pathologischen Uptake im Bereich des Patellaunterpols als Ausdruck einer Überlastung. Der Operateur PD Dr. J.\_\_\_\_ verweise auf die Schmerztherapie, würde eine erneute Operation aber für nicht erfolgsversprechend halten und schliesse die Behandlung ab . Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich somit verschlechtert. In der angestammten Tätigkeit bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Die neue

Situation erfordere aber eine Modifikation des Belastungsprofils. In angepasster Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % unter Beachtung eines vermehrten Pausenbedarfs von 10 % (Urk. 7/124/4). 3.2.7

Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberarzt Orthopädie, Universitätsklinik A.\_\_\_\_, stellte im Bericht vom 10. August 2017 die folgende Diagnose (Urk. 3/4 S. 1): Schmerzhaftes Kniegelenk links (LINK) bei - Status nach Implantation 2014 mit/bei - Status nach Erstimplantation Kniegelenkprothese am 22. September 2011 - Status nach mehreren Voroperationen

Der Beurteilung von Dr. M.\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer unter einer schmerzhaften Knieprothese links leide. Auch in Rücksprache mit Prof. N.\_\_\_\_, Chefradiologe der Universitätsklinik A.\_\_\_\_, könne der Verdacht auf eine Lockerung nicht bestätigt werden. Einzig eine unterschiedliche Rotation der Prothesenkomponente verglichen zur Gegenseite. Er (Dr. M.\_\_\_\_) denke jedoch nicht, dass dies die Beschwerden des Beschwerdeführers erklären könnte, weshalb er mit weiteren Revisionsoperationen sehr zurückhalten würde (Urk. 3/4 S. 2).

#### 4.4.1

Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der Verfügung vom 3. April 2013, mit welcher ihm die Beschwerdegegnerin für den Zeitraum vom 1. September 2011 bis 30. Juni 2012 eine ganze Invalidenrente und für den Zeitraum vom 1. Juli bis 30. September 2012 eine halbe Invalidenrente zugesprochen hatte (Urk. 7/58, Urk. 7/64, Urk. 7/83/12-17), bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. August 2017 (Urk. 2) erheblich verschlechtert hat. 4.2

Hierbei ist zunächst zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin nach der Neuankündigung des Beschwerdeführers vom 18. November 2016 (Urk. 7/106-107) weitere Abklärungen zum medizinischen Sachverhalt hätte tätigen müssen. Der Beschwerdeführer rügt, die Beschwerdegegnerin habe den Untersuchungsgrundsatz (Art.

43 Abs.

1 ATSG) verletzt, weil sie keine Abklärungen zum neu bestehenden «chronischen Schmerzverhalten» sowie zu seinen Einschränkungen am «Rücken»

und an der «Hüfte (Lendenwirbel)»

durchgeführt habe (Urk.

1 S.

6). Dem ist entgegenzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit seiner Neuankündigung vom 18. November 2016 (Urk. 7/107) einzig seine Kniebeschwerden betreffende Berichte von PD Dr. J.\_\_\_\_ und von PD Dr. G.\_\_\_\_ beziehungsweise des Kantonsspitals I.\_\_\_\_ einreichen liess (Urk. 7/106). Der Beschwerdeführer hatte damals noch dieselbe Vertretung wie im Verfahren IV.2013.00438 vor dem Sozialversicherungsgericht (vgl. Urk. 7/97), womit es ihm grundsätzlich möglich gewesen wäre, eine Verschlechterung des damals geprüften medizinischen Sachverhalts substantiiert geltend zu machen. Entgegen der Darstellung des Beschwerdeführers hat sich die Beschwerdegegnerin sodann nicht einzig auf eine Würdigung der Abklärungsergebnisse der Suva beschränkt (Urk. 1 S. 6). Nach dem die (erneuten) Kniebeschwerden des Beschwerdeführers in den von ihm aufgelegten Berichten als Unfälle bezeichnet wurden (Urk. 7/106), hat die Beschwerdegegnerin die Akten der für die Unfälle des Beschwerdeführers zuständigen

Suva ( Urk. 7/118) beigezogen. Hernach hielt der RAD am 10. Januar 2017 fest, dass insbesondere zu den aktuellen funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers und zu seiner Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit weitere Arztberichte eingeholt werden müssten ( Urk. 7/124/3).

Mit Schreiben an seine damalige Vertretung forderte sie den

Beschwerdeführer sodann auf, ihr mitzuteilen, bei welchen Ärztinnen und Ärzten, Institutionen oder Spitälern er sich derzeit in Behandlung befindet ( Urk. 7/120). Im vom Beschwerdeführer am 24. Januar 2017 unterzeichneten Antwortschreiben gab er einzig seinen Hausarzt Dr.

K.\_\_\_\_ an, welchen er letztmals am 19. Dezember 2016 konsultiert habe ( Urk. 7/121). Daraufhin holte die IV-Stelle bei Dr.

K.\_\_\_\_ einen Bericht ein, in welchem Dr.

K.\_\_\_\_

die von PD Dr.

J.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen wieder gab (vgl. Urk. 7/106/1, Urk. 7/123/1). Zudem kreuzte er im Fragebogen als Ursache für die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers « Unfall »

an ( Urk. 7/123). Gestützt auf diese Aktenlage hat die Beschwerdegegnerin

die notwendigen Abklärungen getätigt und damit den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) nicht verletzt. Ebenso wenig sind im vorliegenden Verfahren weitere Abklärungen durchzuführen ( Art. 61 lit. c ATSG).

Der Beschwerdeführer hat den Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ zu dem von der Suva in der Universitätsklinik

A.\_\_\_\_ veranlassten Untersuchungen des linken Knies des Beschwerdeführers eingereicht ( Urk. 3/4). Die Untersuchungen wurden am 10. August 2017 durchgeführt, mithin am selben Tag als die angefochtene Verfügung ( Urk. 2) erlassen wurde. Soweit sind die Abklärungen der Suva mithin bekannt. Aufgrund der vorliegenden Suva-Akten ( Urk. 7/118) ist zudem davon auszugehen, dass die Suva nur die Kniebeschwerden abklärt, aufgrund derer sie wegen eines Kausalzusammenhangs zu einem Unfall eine Leistungspflicht treffen könnte. Die Suva wird daher die übrigen vom Beschwerdeführer geklagten Leiden ( «chronisches Schmerzverhalten», «Rücken» und «Hüfte (Lendenwirbel)» [ Urk. 1 S. 6 ] ) nicht abzuklären haben, weshalb der Beizug von weiteren Suva-Akten unterbleiben kann. Zum vom Beschwerdeführer geltend gemachten «chronischen Schmerzverhalten» ist schliesslich festzuhalten, dass eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nach der Rechtsprechung nur dann anspruchserheblich sein kann, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 mit Hinweis). In den vorliegenden Akten findet sich aber kein Bericht einer Psychiaterin oder eines Psychiaters, in welchem eine nachvollziehbare Diagnose zur geltend gemachten Schmerzstörung gestellt würde. 4.3

Was sodann die geltend gemachte Verschlechterung der Kniebeschwerden des Beschwerdeführers betrifft, so hält RAD-Arzt Dr. med. L.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 10. März 2017 (Urk. 7/124/3) - welche die von der Rechtsprechung an den Beweiswert von RAD-Stellungnahmen aufgestellte Anforderung (E.

## **E. 5**

/5, Urk. 7/96/7). Danach lebte und arbeitete der Versicherte im Ausland, bevor er im Jahr 2004 wieder in der Schweiz Wohnsitz nahm und temporär als Maler arbeitete (Urk. 7/3

### **E. 5.1**

Beim Einkommensvergleich vom 10. August 2017 stellte die Beschwerdegegnerin bezüglich Valideneinkommen

für das Jahr 2015 auf das von der Suva ermittelte Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 69'043.-- ab (Urk. 7/131/1). In der betreffenden Verfügung vom 7. Mai 2015 hatte die Suva einen Tabellenlohn «Sektor 2 Produktion (Kompetenzniveau

1)» gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) bei gezogen (Urk. 7/118/357). Für das Invalideneinkommen stellte die Beschwerdegegnerin ebenfalls auf lohnstatistische Angaben ab (LSE 2014 TA1 Ziff. 5-96) und gelangte so zu einem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 59'987.-- für das Jahr 2015 im dem Beschwerdeführer zu mutbaren 90%-Pensum. Beim Einkommensvergleich resultierte ein IV-Grad von 13% (Urk. 7/131/1).

### **E. 5.2**

Dieser Einkommensvergleich gibt zu keinen Beanstandungen Anlass, zumal die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 3. April 2013

(Urk. 7/58, Urk. 7/64, Urk. 7/83/12-17) bezüglich des

Bezugs der Tabellenlöhne beim Validen- und Invalideneinkommen bereits entsprechend vorgegangen ist (Urk. 7/44/1, vgl. auch E. 5.2 und 5.3 des Urteils des Sozialversicherungsgerichts IV.2013.00438 vom 22. August 2014 [Urk. 7/97/12-13]) und sich diesbezüglich seit der Verfügung vom 3. April 2013

(Urk. 7/58, Urk. 7/64, Urk. 7/83/12-17) keine Veränderungen ergeben habe. Beim Einkommensvergleich vom 10. August 2017 hatte die Beschwerdegegnerin zudem zu berücksichtigen, dass aufgrund der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ vom 10.

März 2017 in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung von 10

% besteht (Urk. 7/124/4).

### **E. 5.3**

Der Beschwerdeführer ist der Auffassung, dass er seine Restarbeitsfähigkeit wegen seines Alters nicht mehr verwerten könne (E. 2.2). Laut RAD-Arzt Dr.

L.\_\_\_\_ besteht seit dem 21.

April 2015 wieder einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, wobei ein erhöhter Pausenbedarf von 10

% gegeben ist (Urk. 7/124/4).

Im Zeitpunkt dieser Beurteilung im März 2017 war der 1958 geborene Beschwerdeführer knapp 59-jährig (vgl. Urk. 7/5/1). Mit Blick auf die verbleibende Aktivitätsdauer von rund 7 Jahren bis zum Erreichen des AHV-Alters 65 (Art.

### **E. 5.4**

Bei einem Invaliditätsgrad von 13 % besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (E. 1.2 vorstehend), weshalb die Beschwerdegegnerin das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit angefochtener Verfügung vom 10. August 2017 (Urk. 2) zu Recht abgewiesen hat. 6.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. 7.7.1

Weil die Voraussetzungen (§ 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) erfüllt sind (vgl. Urk. 3/3, Urk. 9), ist dem Gesuch des Beschwerdeführers vom 14. September 2017 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2) zu entsprechen. 7.2

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 14. September 2017 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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  
HurstHübscher

/34). Danach ging er keiner Beschäftigung mehr nach (vgl. den IK-Auszug vom 21. Februar 2013 [Urk. 7/55], vgl. auch Urk. 7/119). Am 16. Juni 2010 meldete er sich unter Hinweis auf einen Status nach Hüfttotalendoprothese links wegen Femurkopfnekrose links (21. April 2010) sowie Pangonarthrose links bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/5, Urk. 7/11). Nach durchgeführten Abklärungen sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 3. April 2013 für den Zeitraum vom 1. September 2011 bis 30. Juni 2012 eine ganze Invalidenrente und für den Zeitraum vom 1. Juli bis 30. September 2012 eine halbe Invalidenrente zu (Urk. 7/58, Urk. 7/64, Urk. 7/83/12-17). Die dagegen vom Versicherten am 8. Mai 2013 erhobene Beschwerde (Urk. 7/81/4-11) wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit rechtskräftigem Urteil IV.2013.00438 vom 22. August 2014 ab (Urk. 7/97).

#### **E. 10**

. März 2017 ein (Urk. 7/124/5). Mit Vorbescheid vom 24. April 2017 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an, dass sie sein neues Leistungsbegehren ablehnen werde (Urk. 7/125). Dagegen liess der Versicherte am 30. Mai 2017 Einwand erheben (Urk. 7/127). Mit Eingabe vom 5. Juli 2017 liess er seinen Einwand ergänzend begründen (Urk. 7/130). Nach Prüfung des Einwandes

wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren von X.\_\_\_\_ mit Verfügung vom 10. August 2017 wie vorbeschrieben ab (Urk. 2). 2.

Dagegen führte X.\_\_\_\_ am

#### **E. 14**

. September 2017 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der Verfügung vom 10. August 2017 sei ihm eine Rente auszurichten. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen im Sinne einer medizinischen Begutachtung zu tätigen (Urk. 1 S. 2). In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2017 beantragte die Beschwerdeführerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-137), was dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 20. Oktober 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). 3.

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

#### **E. 17**

Abs. 1 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). 1. 4 1. 4 1

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 gegen übergestellt 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). 1. 4. 2

Hervorzuheben ist, dass nach der Rechtsprechung bei der Berechnung des Invalideneinkommens von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) aus zu gehen ist. Dieser ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedener Tätigkeiten auf (BGE 110 V 273 E. 4b). Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalls zumutbar sind (Urteil 9C\_910/2011 vom 30. März 2012 E. 3.1). Je restriktiver das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen (Urteil U 42/06 vom 23. Oktober 2006 E. 3.2.3 am Ende). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil 9C\_124/2010 vom 21. September 2010 E. 2.2 mit Hinweis). Von einer Arbeitsgelegenheit kann jedoch dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der aus geglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realisiertem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil 9C\_253/2017 vom 6.

Juli 2017 E.

2.2.1 mit Hinweis; Urteil 8C\_133/2018 vom 26. Juni 2018 E. 2.2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_117/2018 vom 31. August 2018 E. 2.2.2). 1.4.3

Das fortgeschrittene Alter wird, obwohl an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, das zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer verstorbenen Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischere Weise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (Urteil 8C\_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2.2 mit Hinweisen). Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem

Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE

138 V 457 E. 3.1). Somit hängt die Verwertbarkeit nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE

138 V 457 E. 3.2). Für den Zeitpunkt, in dem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE

138 V 457 E. 3.3). Dieses ist gegeben, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE

138 V 457 E. 3.4; Urteil 8C\_403/2017 vom 25. August 2017 E. 5.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_117/2018 vom 31. August 2018 E. 2.2.3).

## **E. 21**

Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung, AHVG) und der relativ hohen Hürden, welche das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_645/2017 vom 23. Januar 2018 E.

4.3.2 mit Hinweis), kann nicht gesagt werden, dass der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit wegen seines Alters auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten könnte,

umso weniger, als dem Beschwerdeführer ein Berufswechsel in eine angepasste Tätigkeit bereits im Zeitpunkt der Rentenaufhebung per September 2012 zumutbar war, woran auch die letzte Knieoperation im August 2014 nichts geändert hat (vgl. Einschätzung des Kreisarztes vom April 2015, E. 3.2.2). Nachdem er über Jahre verzichtet hat, seine Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu verwerten, vermag er mit seinem nicht substantiierten Einwand nicht durchzudringen. Wenn der Beschwerdeführer seine Restarbeitsfähigkeit auch wegen seiner «erheblichen körperlichen und psychosomatischen Beschwerden» als nicht mehr gegeben ansieht, so ist dazu festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in ihrem Einkommensvergleich den körperlichen Einschränkungen bereits genügend Rechnung getragen hat und wie ausgeführt (E. 4.2)

mangels fachärztlich gestellter Diagnose nicht von anspruchsrelevanten «psychosomatischen Beschwerden» des Beschwerdeführers ausgegangen werden kann.

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