

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00971 vom 24. April 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-04-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00971

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00971 du 24 avril 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00971 del 24 aprile 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 betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Wurde eine Rente , verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Vor aussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revi sionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versi cherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzu klären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 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 Verfü gung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andern falls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität z u bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117

V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.5

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsvante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

E. 2

) abermals ab, da sich keine relevante Änderung des Gesundheitszustandes ergeben habe, weshalb weiterhin kein Rentenanspruch bestehe. Auch diese Verfügung blieb unangefochten.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung vom 2. Oktober 2018 (Urk. 2) damit, dass gestützt auf das von ihr veranlasste Gutachten keine psychiatrischen Diagnosen festgestellt worden seien, welche den Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Hilfskraft im Gartenunterhalt einschränkten. Aus dem rheumatologischen Teilgutachten gehe sodann hervor, dass er seit dem Jahre 2007 in seiner angestammten Tätigkeit eingeschränkt sei und sich sein Gesundheitszustand

ab 2011 verschlechtert habe, weshalb ihm dieser Beruf nicht mehr zumutbar sei. Eine angepasste Tätigkeit (leicht bis gelegentlich mittelschwer, wechselbelastend, ohne wirbelsäulenbelastende Zwangshaltungen und regelmässige Überkopparbeiten) sei dem Beschwerdeführer indessen zu 100 % zumutbar. Aufgrund des Einkommensvergleichs resultiere keine Erwerbseinbusse respektive ein Invaliditätsgrad von 0 %, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (S. 1 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber (Urk. 1) auf den Standpunkt, dass die Y.____-Gutachter den von den behandelnden Ärzten festgestellten deutlichen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) nicht genügend nachgegangen seien und keine Skelettszintigraphie gemacht hätten. Ebenso wenig sei im Gutachten abgeklärt worden, inwiefern eine Depression vorliege. Die im Zusammenhang mit der

Schmerzstörung gestellte «Nichtdiagnose» der Y.____ -Experten stehe sodann in Widerspruch zu deren wiederholten Feststellungen, dass es eine Schmerzstörung vorliege (S. 5 f. Ziff. 8 ff.). Diesbezüglich hätten die Gutachter ferner unter Missachtung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung keine Indikatorenprüfung vorgenommen

(S. 7 Ziff. 13-15). Der gutachterliche Schluss, wonach die Prognose gut sei und sich der Gesundheitszustand seit 2012 nicht verändert habe, widerspreche alsdann der Aktenlage und den gerichtlichen Feststellungen im Urteil vom 27. Juli 2017 (S. 8 Ziff. 16). Im Gutachten fehle es schliesslich an einer gesamtheitlichen und polydisziplinären Beurteilung des Leistungsvermögens, da die Wechselwirkungen und Komorbiditäten der verschiedenen Erkrankungen des Beschwerdeführers unberücksichtigt geblieben seien (S. 9 Ziff. 17-18). Entsprechend könne nicht auf die Y.____ -Expertise abgestellt werden, weshalb die Berichte der behandelnden Ärzte massgebend seien und gestützt darauf in psychischer Hinsicht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit respektive unter rheumatologischen Gesichtspunkten von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten beziehungsweise 50 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen sei (S. 10 Ziff. 19-21).

3.

3.1

Mit Bezug auf die rechtskräftige Leistungsablehnung mit Verfügung vom 29. Mai 2012 (Urk. 6/32) sind folgende medizinische Berichte aktenkundig: 3.2

Im Bericht des Universitätsspitals Z.____ vom 23. Februar 2011 (Urk. 6/22/6-14) nach Beurteilung des Beschwerdeführers in einer interdisziplinären Schmerzsprechstunde nannten Dr. med. A.____, Oberärztin, Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. B.____, Oberarzt, Schmerzambulatorium Anästhesiologie, Dr. med. C.____, Oberarzt, Rheumatologie, sowie Dr. med. D.____ und Dr. med. E.____, Assistenzärzte, Neurologie, die folgenden Diagnosen (S. 7): - Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Periarthropa thia

humeroscapularis beidseits - bei Status nach aktivierter AC-Gelenksarthrose rechts und myofaszialen Verspannungsbefunden der Schultergürtelmuskulatur ohne Hinweise für Rotatorenmanuskettläsion oder Schulterverkalkungen - Zervikospondylogenes und -cephales Schmerzsyndrom beidseits - bei degenerativen Veränderungen der unteren Halswirbelsäule sowie myofaszialen Verspannungsbefunden der Nacken- und Schultermuskulatur beidseits - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Ausstrahlung in beide Leisten - Verdacht auf Mitbeteiligung der lumbalen Facettengelenke - leichte Coxarthrose

beidseits mit wahrscheinlicher Ausstrahlung in beide Kniegelenke - beginnende Fingerpolyarthrosen - Spannungskopfschmerzen - Holocephal drückend, im Tagesverlauf zunehmend, keine Hinweise auf Migräne - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.1) - hochgradiger Verdacht auf Alkoholabhängigkeitsproblematik (ICD-10 F10.1) - Transaminasen-Erhöhung unklarer Signifikanz sowie makrozytär

hyperchromes Blutbild - ausgeprägter Vitamin D-Mangel (25 OH-Vit.D3 5,1 µg/l) - Status nach Aortenklappenendocarditis durch Streptococcus

bovis (gallolyticus) - septische Embolie Dig 3 rechts 11.06.2009 - antibiotische Therapie mit Unterbruch über insgesamt 10 Wochen: - Tobramycin und Penicillin vom 09.05.09-

04.06.09 im Spital F. ____ - Penicillin G vom 16.06.09-29.06.09 - Gentamycin vom 16.06.09-29.06.09 - Rocephin vom 30.06.09-28.07.2009 - Splenektomie 22.05.2009 bei Milzruptur nach wahrscheinlich septischem Milzinfarkt - obere gastrointestinale Blutung am 02.07.2009 - entzündliche Veränderungen an der grossen Krümmung des Magens - keine Hinweise einer Malignität in wiederholten Biopsieentnahmen - H. pylori positiv - tubuläres Kolon Schleimhautadenom mit nicht-hochgradiger Epithel dysplasie im Rektum und im Kolon descendens (Koloskopie 25.06.09) - arterielle Hypertonie - hochfrequente Innenohrschwerhörigkeit

Die Ärztinnen und Ärzte der interdisziplinären Schmerzsprechstunde gaben an (S. 7 f.), beim inzwischen 53-jährigen Beschwerdeführer hätten sich auf der Basis wahrscheinlich myofaszialer Verspannungszustände insbesondere im Schultergürtelbereich bei schwerer körperlicher Arbeit sowie beginnenden Polyarthrosen an den grossen Gelenken und den Fingern zunehmende, chronifizierte, belastungsverstärkte Schmerzen etabliert mit einer zunehmenden Schmerzausweitung, die sich nach dem Verlust der Arbeitsstelle und seither anhaltender Arbeitslosigkeit noch akzentuiert habe. Aktuell zeigten sich aus rheumatologischer Sicht eine deutliche Haltungsinsuffizienz lumbal bei ansonsten unauffälligem Untersuchungsbefund des Rückens, eine verminderte Beweglichkeit der Halswirbelsäule mit dazu passenden myofaszialen Verspannungsbefunden der Nackenmuskulatur so wie eine leichte Beweglichkeitseinschränkung für Bewegungen über der Horizontalen in beiden Schultergelenken ohne klare Impingement-Symptomatik und ohne wesentliche degenerative Veränderungen in den Röntgenaufnahmen. Klinisch und radiologisch bestehe hingegen gegen eine leichtgradige beidseitige Coxarthrose, aber keine sichere Kniegelenkarthrose, wobei die Knieschmerzen auch Ausstrahlungsbefunde der Coxarthrose sein könnten. Zudem bestünden leichtgradige OSG-Schmerzen unklarer Signifikanz und ein diffuses Schmerzsyndrom, das in seiner Ausprägung einer Fibromyalgie entsprechen könnte; gemäss Dolorimetrie (9/24 Tenderpoints mit pathologisch gesenkter Schmerzschwelle) sei aktuell das Vollbild nicht etabliert.

Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht bestehe am ehesten eine leichte depressive Episode. Aufgrund der Erkrankungsdauer von mehr als zwei Jahren könne nicht mehr von einer Anpassungsstörung gesprochen werden. Eine Alkoholabhängigkeitsproblematik sei zu vermuten. Zudem bestehe eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Kriterien einer reinen somatoformen Schmerzstörung würden ihrer Meinung nach beim Beschwerdeführer nicht erfüllt. Die Rehabilitationsaussichten seien insgesamt eher ungünstig. 3.3

Mit Bericht vom 22. Februar 2012 (Urk. 6/22/1-4) bat Dr. med. G. ____, Oberärztin, und Dr. med. H. ____, Assistenzarzt, Psychiatriezentrum I. ____, um Überprüfung des Rentenanspruchs, da sich der körperliche und psychische Zustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe. Sie nannten die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), sowie starker körperlicher Schmerzen bei multiplen Schäden des Bewegungsapparates beziehungsweise als Differenzialdiagnose eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; S. 1) und verwiesen im Weiteren auf den Abklärungsbericht der interdisziplinären Schmerzsprechstunde des Z. ____. Sie gaben an, der Beschwerdeführer komme regelmässig zirka einmal im Monat zu psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesprächen. Er nehme an der Gruppe für Chronisch-Schmerzranke teil. Es bestehe zudem eine antidepressive Medikation. Vom 26. November 2007 bis 15. September 2008 habe eine tagesklinische

Behandlung stattgefunden (S. 2; vgl. Urk. 6 /22/15-17). Eine stationäre psychiatrische Behandlung sei nicht durchgeführt worden (S. 1). Den zwischenzeitlich regelmässigen Alkoholkonsum habe der Beschwerdeführer problemlos toleriert. Anamnese und Befunde würden für andauernde, schwere Schmerzen sprechen, wobei die Schmerzen sicher teilweise durch einen physiologischen Prozess und/oder körperliche Störungen erklärt werden könnten. Die für eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung geforderten emotionalen Konflikte oder psychosozialen Belastungen seien nach ihrer Einschätzung zu wenig schwerwiegend, um als entscheidender ursächlicher Faktor gelten zu können. Auch fordere der Beschwerdeführer ihnen gegenüber wenig gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe mit Bitte um Unterstützung und weitere Abklärungen. Vielmehr scheine der Beschwerdeführer tatsächlich unter den körperlich verursachten Schmerzen (nach einem Arbeitsleben als Schwerarbeiter) zu leiden, gegen die er mit allen ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ankämpfe und vielfältige Therapieangebote motiviert wahrnehme (S. 2). Durch den leicht verminderten Antrieb und dysfunktionale Verhaltensmuster wie Stress und Angstzustände komme es zu einer verminderten psychischen Belastbarkeit. Körperliche Schmerzen würden akzeptiert und es bestehe der Versuch, diese möglichst als gegeben zu integrieren und trotz der Schmerzen in Bewegung zu bleiben. Es bestehe ihres Erachtens eine adäquate Schmerzverarbeitung und keine Schmerzverarbeitungsstörung. Der Beschwerdeführer sei vermindert belastbar und schnell erschöpft, und es sei ihm einzig eine Tätigkeit von zwei Stunden pro Tag im geschützten Rahmen zumutbar (S. 3), wobei er in diesem Umfang als Hilfsarbeiter eines Schulhausabwartes im Rahmen eines Sozialprojekts tätig sei (vgl. Urk. 6 /22/ 6-14 S. 8, Urk. 6 /27/ 1-4 S. 3). Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf im Gartenbau sei seit dem Jahr 2006 zwischen 50 % bis 100 % eingeschränkt. Aktuell sei er durch den Hausarzt zu 75 % krank geschrieben (S. 1 und 3). 3.4

Der RAD-Arzt Dr. med. J. ____ , Facharzt Orthopädie und Traumatologie, gab in seiner Stellungnahme vom 10. April 2012 (Urk. 6 /29 S. 2 ff.) an, die im Z. ____ erhobenen Untersuchungsbefunde seien allesamt nicht gravierend. Das diffuse Schmerzsyndrom könne einer Fibromyalgie entsprechen. Die Diagnosen und Befunde hätten sich seit dem Jahr 2007 nicht wesentlich verändert mit Ausnahme des Status nach einer Aortenklappenendocarditis im Jahr 2009 (antibiotisch behandelt) mit septischer Embolie D 3 rechts, Milzinfarkt und Splenektomie sowie Gastritis mit Blutung. Die Endocarditis sei ausgeheilt. Verblieben sei eine gelegentlich bewegungs- und belastungsabhängig schmerzhafte Narbe nach Milzentfernung. Dies könne jedoch nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit über das bestehende Mass hinaus führen . Die übrigen rheumatologisch festgestellten Diagnosen seien, wie die Befunde zeigten, leichtgradig ausgeprägt und liessen sich unter der schon bekannten Diagnose der Fibromyalgie subsumieren. Auch die psychischen Diagnosen einer leichten depressiven Episode und einer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vermöchten keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Hausärztlicherseits werde die Arbeitsunfähigkeit seit dem Jahr 2007 durchgehend in gleicher Höhe (75 %) attestiert. Auch das spreche gegen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Versicherungsmedizinisch wies die Beurteilung in den aktuellen Arztberichten anhand der objektiven Befunde keine relevante Änderung des Gesundheitszustandes aus im Vergleich zum Feststellungsblatt vom 4. September 2007. Es könnten aus den jetzt vorliegenden Arztzeugnissen keine wesentlichen Veränderungen des Gesundheitszustandes, die zu einer

veränderten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führen würden, hergeleitet werden (S. 3). 4.

4.1

Dr. med. K. ____ , Fachärztin für Rheumatologie, und Dr. med. L. ____ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Y. ____ , gingen in ihrem im Nachgang an das Rück weisungsurteil vom 27. Juli 2017 (Urk. 6/59) von der Beschwerdegegnerin eingeholt bidisziplinären Gutachten vom 19. Juni 2018 (Urk. 6/78/1-37) von folgenden interdisziplinären Diagnosen aus (S. 7): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - chronisches zervikospindylogenes

Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1) - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - radiologisch und kernspintomographisch Osteochondrose C6/7 (MRI 10/2015) - chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - radiologisch und kernspintomographisch lumbosakrale Übergangsstörung, Status nach thorakalem M. Scheuermann, Osteochondrose und leichte degenerative Retrolisthese L2/3 (MRI

10/2015) - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - Ganzkörperschmerzen mit vegetativer Begleitsymptomatik - Druckschmerz über sämtliche n Fibromyalgie-typischen Tenderpoints - klinisch, labortechnisch, radiologisch und kernspintomographisch keine Hinweise für entzündlich-rheumatisches Geschehen 4.2

Dr. K. ____ führte in ihrem rheumatologischen Teilgutachten

(Urk. 6/78/ 19 -28) aus, beim Beschwerdeführer bestehe ein chronisches zervikospindylogenes Schmerzsyndrom mit Zervikozephalgien und - brachialgien beidseits. Bei der klinischen Untersuchung sei die Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) nur leichtgradig eingeschränkt. Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur liessen sich nicht feststellen. Klinische Hinweise für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik wie Reflexausfälle oder Abschwächung von Kennmuskeln fanden sich nicht. Sowohl radiologisch wie auch kernspintomographisch zeigten sich degenerative Veränderungen im Sinne einer Osteochondrose C6/7, welche für die Beschwerdesymptomatik in diesem Bereich mitverantwortlich sein könnte. Im Weiteren bestehe ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei myostatischer Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen. Bei der klinischen Untersuchung demonstrierte der Beschwerdeführer eine eingeschränkte LWS-Beweglichkeit, die sich bei ungewohnten Bewegungen nicht feststellen liess. Klinische Hinweise für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik fanden sich nicht. Sowohl radiologisch wie auch kernspintomographisch stellten sich die Brustwirbelsäule und die LWS bis auf Schmorlsche Knoten im Sinne eines abgelaufenen Morbus Scheuermanns, eine beginnende Osteochondrose und eine degenerativ bedingte Retrolisthese L2/3 unauffällig dar. Entzündliche Veränderungen der Wirbelsäule oder der Iliosakralgelenke als Ursache der Beschwerdesymptomatik liessen sich bei den in der Vergangenheit mehrfach durchgeführten Röntgenaufnahmen und Kernspintomographien nicht nachweisen. Zusätzlich bestehe ein generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom mit Ganzkörperschmerzen und vegetativer Begleitsymptomatik. Der Beschwerdeführer

gebe über sämtlichen Fibromyalgie-typischen Tenderpoints Druckschmerzen an; da er jedoch auch Druckdolenz über den sogenannten Kontrollpunkten angebe, bestehe gemäss ACR-Kriterien keine Fibro myalgie, sondern ein generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom. Bei der klinischen Untersuchung seien sämtliche Gelenke reizlos und frei beweglich. Obwohl die Fingergrundgelenke nach Auffassung de s Beschwerdeführers ge schwollen seien , liessen sich diesbezüglich keine Synovitiden feststellen. Es hätten sich weder klinisch noch labortechnisch Hinweise für ein entzündlich-rheumatisches Geschehen ergeben. Auf den in der Vergangenheit mehrfach durchgeführten Röntgenaufnahmen der Hände, Füsse, Schultern, Hüften sowie Sprung- und Kniegelenke zeige sich immer ein altersentsprechender Befund mit allenfalls diskreten degenerativen Veränderungen. Entzündliche Veränderungen liessen sich nicht nachweisen (S. 24-25).

Die Gutachterin wies ferner darauf hin, dass sämtliche bis anhin durchgeführte n Behandlungen (stationäre Reha-Aufenthalte, Gelenk- und Rückeninfiltrationen, Schmerzmedikamente, Physiotherapie, Basistherapie mit Methotrexat und Salazopyrin , Behandlung mit Steroiden) zu keiner längerfristigen Besserung der Symptomatik geführt hätten. Durch die häufigen Röntgenaufnahmen und Kern spintomographien sei der Beschwerdeführer in seiner subjektiven Krankheits überzeugung bestärkt worden, was er anlässlich der Begutachtung zum Ausdruck gebracht habe. Für die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen und Funk tionseinschränkungen des Bewegungsap parates fände sich nur teilweise ein entsprechendes Korrelat (S. 25).

Im Weiteren hielt Dr. K .___ fest, dass dem Beschwerdeführer bis auf eine ver minderte Belastbarkeit der Wirbelsäule aus rein rheumatologischer S icht sämt liche Fähigkeiten und Ressourcen zur Verfügung st ü nden, welche zur Ausübung einer adaptierten Tätigkeit erforderlich seien (S. 26).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit wies die Expertin darauf hin, dass die ange stammte Tätigkeit im Gartenbau über das zumutbare Leistungsprofil hinausgehe und dem Beschwerdeführer nicht zumutbar sei, weshalb diesbezüglich von einer Arbeitsfähigkeit von 0 % auszugehen sei. Die degenerativen Veränderungen im Zervikalbereich seien erstmalig im Februar 2011 nachweisbar gewesen, weshalb körperlich schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten inklusive die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Gartenbau seither nicht mehr zumutbar sei en . Leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne die

Wirbelsäule

belastende Zwangshaltungen und ohne regelmässige Überkopfar bei ten seien indessen vollschichtig während 8 Stunden pro Tag in einem 100 %-Pensum zumutbar. Dabei gebe es aus der Sicht des Bewegungsapparates keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit für die genannten angepassten Tätig keiten in den vergangenen Jahren längerfristig rele vant eingeschränkt gewesen sei (S. 26 f.).

Abschliessend hielt die Gutachterin fest, dass es seit 2012 aus rein rheuma tolo gischer Sicht zu keiner relevanten Verschlechterung gekommen und die Arbeits fähigkeit somit seit 2012 unter rheumatologischen Gesichtspunkten gleichgeblie ben sei (S. 27 f.). 4.3

Dr. L .___ führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 6/78/29-35) aus, beim Beschwerdeführer bestehe diagnostisch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychische n Faktoren, welche durch diffuse, ausgeweitete Schmerzen im

Bewegungsapparat gekennzeichnet sei, deren Ausmass mit somatischen Befunden nicht hinreichend erklärt werden können. Es bestünden psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren, die eine Rolle spielen könnten,

mit einer chronischen Schmerzproblematik, die sich bis anhin trotz Behandlung nicht gebessert habe, und einer früheren als anstrengend empfundenen Arbeit und einer angespannten finanziellen Situation mit Abhängigkeit vom Sozialamt. Dadurch könne es psychisch zu Verunsicherung und vor allem auch Enttäuschung kommen und es könnten lebensgeschichtliche Enttäuschungen reaktiviert werden. Die Persönlichkeitsentwicklung sei normal mit weitgehend normaler Sozialisation und

mit jahrelanger voller Leistungsfähigkeit bis zur anhaltenden Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer leide in seinem Alltag nicht unter psychopathologischen Symptomen und anlässlich der Begutachtung seien keine psychopathologischen Befunde für die Diagnose einer psychischen Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellbar. Für die Diagnose einer depressiven Episode fehlten deutliche Konzentrationsstörungen, Schuldgedanken, ein verminderter Appetit mit Gewichtsabnahme und ein deutlich verminderter Selbstwert. Lediglich aufgrund einer Schmerzstörung könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden, namentlich auch wegen den täglichen Aktivitäten, welche dem Beschwerdeführer möglich seien. Die Prognose sei aber wegen des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits-/Behinderungsüberzeugung ungünstig und der Umstand, dass der Beschwerdeführer die Arbeit als Abwart von zwei Stunden am Tag nicht steuern könne, hänge auch wesentlich mit dieser Überzeugung zusammen (S. 33).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit hielt Dr. L. ___ fest, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung der bisherigen Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei und im Verlauf keine lang anhaltende psychiatrische Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne (S. 34). 4.4

Im Rahmen der Konsensbeurteilung führten die Gutachter Dres. K. ___ und L. ___ aus, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der objektivierbaren Befunde am Achsenskelett eine diesbezüglich leicht verminderte Belastbarkeit bestehe. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren verantwortlich, welche jedoch gemäss aktueller psychiatrischer Beurteilung nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe (Urk. 6/78/1-37 S. 8).

Im Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass die angestammte Tätigkeit im Gartenbau über das zumutbare Leistungsprofil hinausgehe. Die degenerativen Veränderungen im Zervikalbereich seien erstmals im Februar 2011 nachgewiesen, weshalb schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten, wie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Gartenbau, seit diesem Zeitpunkt nicht mehr zumutbar seien. Eine leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Einnahme von wirbelsäule belastenden Zwangshaltungen und ohne regelmässige Überkopfarbeiten seien indessen vollschichtig (8 Stunden pro Tag) respektive zu 100 % möglich. Es bestünden sodann keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit für die

adaptierten Tätigkeiten in den vergangenen Jahren längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei. Bezüglich Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei einzig die rheumatologische Einschätzung massgebend, aus psychiatrischer Sicht könne keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 8 f.).

Die Gutachter gingen schliesslich von einem stabilen Gesundheitszustand seit dem Jahre 2012 aus (S. 9). 5.

E. 5

).

Mit Vorbescheid vom 24. Juli 2018 (Urk. 6/82) stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens unter Hinweis auf einen Invaliditätsgrad von 0 % in Aussicht. Dies wurde nach Einholung einer Stellungnahme durch den RAD (Urk. 6/88 S. 4) unter Entkräftung der dagegen erhobenen Einwände (Urk. 6/86/1-15) mit Verfügung vom 2. Oktober 2018 (Urk. 2) bestätigt. 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 5. November 2018 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die Verfügung vom 2. Oktober 2018 aufzuheben und es sei ihm eine IV-Rente gestützt auf einen Mindestinvaliditätsgrad von 70 % zuzusprechen, eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen und hernach die gesetzlichen Ansprüche nochmals zu prüfen und gegebenenfalls zuzusprechen (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 11. Dezember 2018 (Urk. 5) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 12. Dezember 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stützte die angefochtene Verfügung vom 2. Oktober 2018 (Urk. 2) auf das Y.____-Gutachten vom 19. Juni 2018 ab, welches sie aufgrund des Rückweisungsurteils des hiesigen Gerichts vom 27. Juli 2017 (Urk. 6/59) veranlasste (vgl. Urk. 6/81 S. 3) . Das Gericht hielt dabei fest, dass gestützt auf die medizinische Aktenlage ausgewiesen sei, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers – namentlich mit Bezug auf die

szintigraphisch erhobenen entzündlichen Aktivitäten in den Schultergelenken, im linken Ellenbogengelenk sowie in den Hand- und Kniegelenken - verschlechtert habe . Zu untersuchen sei insbesondere , ob die neuen Befunde eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten und wie es sich angesichts der eingetretenen Verschlechterung mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss massgebenden Indikatoren (BGE 141 V 281)

bezüglich der invalidisierenden Wirkung eines chronischen generalisierten Schmerzsyndroms (mit Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung) verhalte (Urk. 6/59 S. 19 Ziff. 6.3, S. 20 Ziff. 6.5).

E. 5.2.1

Die Gutachter gingen in der Expertise davon aus, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers seit dem Jahre 2012 nicht verändert habe und seither ein stabiler Verlauf bestehe (Urk. 6/78/1-37 S. 9, S. 27). Diese Auffassung steht diametral zu der vom Gericht im Urteil vom 27. Juli 2017

gemachten verbindlichen Feststellung (vgl. E. 5.1 hievore) , wonach sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers namentlich unter Hinweis auf die Berichte von Dr. C.____ , Oberarzt Klinik für Rheumatologie des Z.____ , vom 24. April 2014 und von Dr. med. M.____ , Leitende Oberärztin Rheumatologie und Rehabilitation, Klinik N.____ , vom 29. Oktober und 1. Dezember 2015

verschlechtert hat (Urk. 6/59 S. 19 Ziff. 6.3, S. 11 ff. Ziff. 5.2, S. 16 ff. Ziff. 5.7) . Die Experten setzten sich jedoch

in keiner Weise mit der gerichtlichen Feststellung auseinander . Ebenso wenig nahmen sie Stellung zu den Ausführungen

der Dres . C.____ und M.____

betreffend entzündliche Veränderungen in diversen Gelenken.

Entsprechend fehlt es dem Y.____ -Gutachten an der Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Umfang und den Auswirkungen der gerichtlich festgestellten Veränderung des Gesundheitszustands , deren Abklärung der Grund für die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks weiterer medizinischer Sachverhaltserhebungen darstellte.

E. 5.2.2

Mit Bezug auf die psychischen Beschwerden respektive den Hinweis der Beschwerdegegnerin, wonach im konkreten Fall von einer Prüfung der Standardindikatoren abzusehen sei, weil aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose gestellt worden sei, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirke (Urk. 2 S. 2), gilt Folgendes :

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen). Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbe gründenden 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 an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Die Frage, ob im vorliegenden Fall die Voraussetzungen für einen Verzicht auf ein strukturiertes Beweisverfahren erfüllt sind, hat aktuell offenzubleiben und ist von der Beschwerdegegnerin im Rahmen der Beurteilung der Auswirkungen der eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustands zu prüfen.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die im Y.____ -Gutachten aufgeführte Diagnose der « chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren » (F45.41

in der ICD-10 - German Modification

[GM], Urk. 6/78/1-37 S. 7]

in

Dilling H. / Mombour W. /Schmidt M.H. [Hrsg.] ,

Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien ,

E. 5.3

Zwar kann nicht auf das Gutachten des Y.____ abgestellt werden, die Berichte der behandelnden Ärzte genügen jedoch entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 10 Ziff. 19-21) ebenfalls nicht für ein abschliessendes Bild über seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Der Bericht der Hausärztin Dr. med. O.____ vom 13. April 2015 (Urk. 6/44/1-4) lag dem Gericht bereits bei der Urteilsfällung vom 27. Juli 2017 vor und überzeugte schon damals nicht. Auch der Bericht der Rheumatologin Dr. M.____ vom 9. November 2017 (Urk. 6/66/6-11), welche eine körperlich sehr leichte bis leichte wechselbelastende und – positionierte Arbeitstätigkeit zu 50 % halbtags für zumutbar hielt (S. 5), genügt nicht, bleibt doch namentlich unklar, seit wann die von ihr postulierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit Bestand haben soll. Im Weiteren ist auch

die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc) .

E. 5.4

Im Lichte der obigen Erwägungen ist die Verfügung vom 2. Oktober 2018 (Urk. 2) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie mittels eines neuen Gutachtens die Auswirkungen der vom Gericht mit Urteil vom 27. Juli 2017 (Urk. 6/59) verbindlich festgestellten Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auf die Arbeitsfähigkeit abkläre bzw. sich damit rechtsgenügend auseinandersetze. Dabei ist neben den rheumatologischen und psychiatrischen Abklärungen auch die beim Beschwerdeführer diagnostizierte hochfrequente Innenohrschwerhörigkeit (Urk. 7/43/6-7 S. 1, Urk. 7/66/6-11, S. 2) und deren allfällige Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu untersuchen. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch neu verfügen.

6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Gestützt auf 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 unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 900.-- festzulegen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer, in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG). Es ist dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung dieser Grundsätze eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 2. Oktober 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Schleiffer
Marais

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 10

. Auflage 2015, Ziff. F45.4 S. 233, nicht eingefügt worden ist, da sie nicht hinreichend von der « anhaltenden somatischen Schmerzstörung » (F45.40 in der ICD-10-GM) abgrenzbar erscheint.

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