

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00098 vom 3. April 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00098](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00098)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00098 du 3 avril 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00098 del 3 aprile 2020

## **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**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

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). 2.

### **E. 1.6**

). Am 15. August 2017 berichtete Dr. B.\_\_\_\_ über eine anhaltende Schmerzsymptomatik im Bereich der Wirbelsäule und der Extremitäten. Die Sensibilitätsstörungen im Gesicht seien unverändert weiter vorhanden und es erfolge aktuell eine neurologische Abklärung (Urk. 8/184/1).

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 1. Februar 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. Dezember 2018 (Urk. 2) mit den Anträgen (Urk. 1 S. 2), diese sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen (Ziff. 2), eventuell sei ein Gutachten einzuholen (Ziff. 2), subeventuell sei die Sache zu weiteren, näher genannten Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. März 2019 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 13. März 2019 zur Kenntnis gebracht wurde. Dieser reichte weitere ärztliche Unterlagen ein (Urk. 10, Urk. 12, Urk. 14, Urk. 16, Urk. 18, Urk. 20).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, seit der letzten Begutachtung im Juli 2015 seien keine wesentlichen Änderungen der Leistungsfähigkeit aufgetreten, in einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 1 unten). Auch aus einem weiteren, den Gutachtern nicht verfügbar gewesenen Bericht gingen keine neuen, nicht bereits von den Gutachtern beurteilte Befunde und Tatsachen hervor (S. 2 oben).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), er habe am 22. März 2016 einen Verkehrsunfall erlitten, der im Urteil vom 20. Juni 2016 nicht berücksichtigt worden sei (S. 4 f.). Den Gutachtern habe ferner der von der Chiropraktin Dr. Z.\_\_\_\_ verfasste Verlaufsbericht vom 18. Mai 2018 (vgl. Urk. 7/236) nicht vorgelegen (S. 6 Ziff. 7). Das Gutachten leide an - näher dargelegten - Mängeln (S. 9 ff. Ziff. 8). Entgegen seinem Antrag sei weder eine funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA) noch eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit erfolgt (S. 13 f. Ziff. 10). Die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht auf einen Einkommensvergleich verzichtet, und eine Restarbeitsfähigkeit sei für ihn als 63-Jähriger nicht mehr verwertbar (S. 14 f. Ziff. 11).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand seit der letzten rechtskräftigen Beurteilung relevant verändert hat.

### **E. 3**

Am 16. September 2015 erstatteten die Ärzte des Y.\_\_\_\_ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/133/1-26). Sie stützten sich dabei auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.) und die am 27. und 30. Juli 2015 erfolgten Untersuchungen, über welche in Teilgutachten orthopädisch-traumatologischer (Urk. 7/133/27-40), internistischer (Urk. 7/

133/41-51), neurologischer (Urk. 7/ 133/52-58) und psychiatrischer (Urk. 7/ 133/59-67) Richtung berichtet wurde.

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 lit . D1): - transmurale Ruptur der ventralen Supraspinatus -Sehne mit Retraktion bis auf Höhe des AC-Gelenks, Tendinopathie mit artikularseitiger Partialruptur der verbliebenen Sehnenfasern der posterioren distalen Supraspinatus-Sehne , leichte Atrophie des Musculus

supraspinatus mit diskreter Verfettung, Tendinopathie der Subscapularis -Sehne, Delamination der distalen Infraspinatus -Sehne, Partialruptur der Bizeps-Sehne sowie AC-Gelenksarthrose linkes Schultergelenk mit eingeschränkter Belastbarkeit und Beweglichkeit - radiokarpale Arthrose rechtes Handgelenk bei Pseudarthrose des Os lunatum mit 2 grossen, randsklerosierten Frakturfragmenten mit eingeschränkter Belastbarkeit und Beweglichkeit - chronisch rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit leichter radikulärer Reizung der Spinalnervenwurzel L5 links bei kaudalwärts zunehmender Chondrose sowie einer mittelgradigen Osteochondrose und moderaten Retrospondylose mit Spondylarthrose im Segment L5/S1 und Verdacht auf eine grossvolumige, links extraforaminale Diskushernie mit Abdrängung der Spinalnervenwurzel L5 links - Coxarthrose links - koronare Herzkrankheit mit: - Status nach ST-Hebungsinfarkt (STEMI) am 21. August 2010; damals PCI/DE-Stent eines subtotalen RIVA-Verschlusses - Status nach NSTEMI am 18. Juli 2013 bei angiographisch subtotaler thrombotischer ostialer Stenose erster Septalast ; daneben subtotale periphere Stenose zweiter Diagonalast; keine Intervention - normaler Auswurffraktion (60 % im Echo 9. April 2015) - rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet (F33.9)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 18 f. lit .

D2): - rezidivierende Arthralgie linkes oberes Sprunggelenk bei reizlosem Knorpel schaden an der lateralen Talusschulter - Senk-Spreiz-Plattfuss beidseits - kardiovaskuläre Risikokonstellation mit: - persistierendem Nikotinabusus - koronare Herzkrankheiten (KHK) in der Familie - Dyslipidämie - behandelt - gastrooesophageales

Refluxleiden - Verdacht auf Prostata-Hyperplasie - Hypästhesie und Hypalgesie im Bereiche des linken Unterschenkels an der Aussenseite betont unklarer Ätiologie, Differentialdiagnose (DD) residuell , funktionell

Die Gutachter führten sodann aus, aus orthopädisch- traumatologischer Sicht bestünden zusammenfassend beurteilt beim Versicherten eine Einschränkung der Beweglichkeit und Belastbarkeit des linken Schultergelenkes, des rechten Hand gelenkes, der rechten Hand und des linken Hüftgelenkes sowie vor allem nicht radikulär bedingte Beschwerden im Bereich der Hals- und Lendenwirbel säule. Die bisherige Tätigkeit als angelernter Maler sei bei diesen teilweise erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten aus orthopä disch-traumatolo gischer Sicht nicht mehr durchführbar. Für leichte Tätigkeiten mit Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen sei der Versicherte hingegen mit voller Arbeitszeit und Leistung arbeitsfähig. Ausgeschlossen seien schwere und mittel schwere Arbeiten mit häufigem Bücken, Tätigkeiten mit häufigen Zwangs haltungen der Wirbel säule, Tätigkeiten mit Klettern auf Gerüsten und Leitern sowie Über-Kopf-Arbei ten (S. 19 f.).

Von den internistischen Störungen gingen nur von Seiten der koronaren Herzkrankheit gewisse Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit aus. In einer Verweistätigkeit, welche dem Belastungsprofil entspreche, könne eine volle Arbeitsfähigkeit von internistisch-kardiovaskulärer Seite her postuliert werden (S. 20 oben).

Von neurologischer Seite her sei die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung fehlender motorischer gravierender Störungen und einem negativen Lasègue nicht eingeschränkt; die Arbeitsfähigkeit als Maler sowie in einer Verweistätigkeit betrage 100 % (S. 20 Mitte).

Von psychiatrischer Seite liege derzeit nur eine mässige depressive Symptomatik vor, wie sich sowohl im Untersuchungsgespräch gezeigt habe, aber auch anhand der vom Versicherten beschriebenen üblichen Tagesaktivitäten sehr deutlich geworden sei. Es lägen weder eine Antriebsminderung noch ein Verlust von Interesse und Lebensfreude vor, und auch die vorliegende depressive Verstimmung sei eher mässig ausgeprägt. Es seien erhebliche Inkonsistenzen aufgefallen. So habe der Versicherte über Lustlosigkeit geklagt, aber auf der anderen Seite durchaus Interessen und Aktivitäten (wie sich regelmässig mit Kollegen treffen, sich im Fernsehen Sendungen anschauen, im Internet Filme anschauen etc.) beschrieben, was gegen „Lustlosigkeit“ spreche. Der Versicherte habe des Weiteren über kognitive Störungen (Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörung) geklagt; in der Untersuchungssituation hätten sich diesbezüglich aber keine Einschränkungen gezeigt (S. 20 unten). Gegen eine stärker ausgeprägte Depression spreche weiter, dass die Medikation seit 2010 (gemäss Angaben des Versicherten) nicht verändert worden sei, ferner dass bislang keinerlei teil- oder vollstationäre psychiatrische Behandlung erfolgt sei, ferner auch, dass die Psychopharmaka-Spiegel unterhalb des therapeutischen Bereichs lägen, was am ehesten als Hinweis auf eine unregelmässige Einnahme der Medikation aufgrund weniger stark ausgeprägten Leidensdrucks anzusehen sei (S. 20 f.). Über die Depression hinaus lägen keine anderen komorbiden psychischen Störungen und keine (gegebenenfalls ressourcenhemmenden) persönlichkeitsstrukturellen Auffälligkeiten vor. Aus rein psychiatrischer Sicht liege eine arbeitsunfähigkeitsrelevante rezidivierende depressive Störung mit Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltevermögen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie emotionale Belastbarkeit vor. Es ergebe sich daraus eine quantitative Verringerung der Arbeitsfähigkeit um 20 % (S. 21 oben).

Das zusammenfassende Belastungs-/Ressourcenprofil im polydisziplinären Konsens wurde wie folgt umschrieben (S. 21): Zu empfehlen sind leichte, gut strukturierte, überwiegend sachorientierte Tätigkeiten mit regelmässigem Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen. Ausgeschlossen sind schwere und mittelschwere Arbeiten mit häufigem Bücken, Tätigkeiten mit häufigen Zwangshaltungen der Wirbelsäule, Tätigkeiten mit Klettern auf Gerüsten und Leitern, Über-Kopf-Arbeiten, Arbeiten unter starkem Tempodruck (Akkordarbeiten), Tätigkeiten mit hektischen, raschen und heftigen motorischen Aktivitäten, Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die Durchhaltefähigkeit, die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit, die Dauer Aufmerksamkeit sowie die emotionale Belastbarkeit.

Zusammenfassend sei die bisherige Tätigkeit des Versicherten als angelernter Maler bei den teilweise erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen vor allem aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht mehr durchführbar (S. 21).

In einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, da aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung mit Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltevermögen, Flexibilität, Umstellungsfähigkeit sowie emotionaler Belastbarkeit

eine quantitative Verringerung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten um 20 % resultiere (S. 20 unten).

Zum Verlauf wurde ausgeführt, der Versicherte sei aus gutachterlicher Sicht in der leidensadaptierten Tätigkeit vom Beginn des Infarktereignisses am 21. August 2010 bis zirka 21. November 2010 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Bis zu seinem erneuten Arbeitsunfall am 24. Februar 2012 sei er mit voller Arbeitszeit und Leistung arbeitsfähig gewesen. Durch den Arbeitsunfall am 24. Februar 2012 habe zirka bis Ende Mai 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab Juni 2012 habe für leichte Tätigkeiten mit Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Ab dem 17. Dezember 2012 werde eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von überwiegend 20 % eingeschätzt. Ab dem Ereignis vom 18. Juli 2013, bei dem das Koronarsyndrom nur leichten Grades gewesen sei, habe für zirka 4 Wochen eine 50%ige Arbeitsminderung bestanden (S. 22 Mitte).

#### **E. 4.1**

Gemäss Bericht vom 22. März 2016 der Ärzte des A. \_\_\_\_

(Urk. 8/16 2/1 2) wurde der Beschwerdeführer dort gleichentags ambulant behandelt (S. 1). Es wurden die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen gestellt (S. 2 oben): - Autounfall am 21. (richtig: 22.) März 2016 mit / bei: - Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) - Kontusion von Brust- und Lendenwirbelsäule (BWS/LWS) - Hüftkontusion rechts - koronare Eingefässerkrankung - lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Diskushernie L5 (unter Physiotherapie) - Depression

Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 21. bis 28. März 2016 attestiert.

#### **E. 4.2**

Dr. med. B. \_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, nannte in ihrem Bericht vom 17. Mai 2016 (Urk. 8/1

#### **E. 4.3**

Dr. med. C. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 10. Juni 2016 (Urk. 8/162/9-10) aus, der Patient befinde sich seit 2010 in seiner ambulanten Behandlung (S. 1 Mitte).

Seit dem Unfall am 22. März 2016 leide er zusätzlich an einer posttraumatischen Belastungsstörung, weshalb die Sitzungsfrequenz von 1-2 Mal pro Monat auf 1 x wöchentlich habe erhöht werden müssen (S. 1).

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der komplexen und multifaktoriell bedingten Situation schwierig. Subjektiv fühle sich der Patient seit dem Unfall zu 100 % arbeitsunfähig, dem er aus psychiatrischer Sicht kaum widersprechen könne und demnach weitgehend zustimme (S. 2 oben).

#### **E. 4.4**

Dr. med. D. \_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, führte mit Bericht vom 8. September 2016 (Urk. 8/182/17-20) aus, ihres Erachtens manifestiere sich im Gesicht eine sensible Irritation der Wurzeln C1/2 und auch C3; die Sensibilitätsstörung im Bereich des linken Beins passe zum L5/S1 betreffenden MRI-Befund (S. 2 unten).

#### **E. 4.5**

Dr. med.

E.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin, nannte mit Bericht vom 26. Januar 2017 die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen (Urk. 8/182/19): - Autounfall 22. März 2016 mit Distorsion Wirbelsäule, Schulter und Bein links - koronare Eingefässerkrankung mit Status nach Myokardinfarkt 2013 - chronische Lumboischialgien bei radikulärem Reizsyndrom L5 links - chronische Schulterschmerzen links bei transmuraler

Supraspinatussehnenruptur und Tendinopathie

Subscapularis und Infraspinatus

- chronische Handgelenksschmerzen rechts bei Pseudarthrose des Os lunatum sowie Radiokarpalarthrose

Im aktuellen MRI der Schulter zeige sich eine im Vergleich zur Voruntersuchung stationäre transmurale

Supraspinatussehnenruptur. Damit dränge sich im Moment keine operative Intervention auf.

#### **E. 4.6**

Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.2) attestierte mit Bericht vom 18. Mai 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom 12. Januar bis 5. Februar 2016, von 50% vom 6. Februar bis 31. März 2016 und von 100% seit 21. März 2016 (Urk. 8/182/7-13

Ziff.

#### **E. 4.7**

Ein MRI des Schädels am 4. September 2017 ergab im Vergleich zum 3. Juni 2016 keine Befundänderung (Urk. 8/196/1 = 8/201/3). Ein MRI der HWS am 21. September 2017 ergab eine mehrsegmentale stationäre Diskushernie beziehungsweise Diskusprotrusionen sowie einzelne Spondylarthrosen (Urk. 8/196/2 = Urk. 8/201/5). Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte am 8. Februar 2018 aus, der Patient sei seit 2012 bei ihm wegen eines Rückenleidens in Behandlung (Urk. 8/204/1) und verwies auf Sprechstundeneinträge vom 12. November 2012 (Urk. 8/204/2) bis 23. November 2017 (Urk. 8/204/9).

Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.5) führte im Bericht vom 26. März 2018 (Urk. 8/211) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit dem 7. Juni 2012 (Ziff. 3.1), nannte die bekannten Diagnosen (Ziff. 1.2), und führte aus, seit dem Autounfall vor 2 Jahren bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100% auch in einer körperlich leichten Tätigkeit (Ziff. 2.1).

Dr. Z.\_\_\_\_, Chiropraktin, führte mit Bericht vom 14. Mai 2018 (Urk. 8/236) aus, sie behandle den Patienten seit 30. März 2015 wegen Rücken-Becken-Beinbeschwerden, dies regelmässig mit Ausnahme mehrerer Monate nach dem Unfall vom 22. März 2016 (S. 1 Mitte). Sie berichtete über die von ihr erhobenen Befunde und statischen und funktionellen Beschwerden (S. 2 f.). Ferner führte sie aus, ein gewisser Anteil der Beschwerden sei in der Therapie erkennbar und objektivierbar, doch das Gesamtausmass der Beschwerden sei höher als das objektivierbare. Eine IV-Berechtigung sei klar gegeben; die eigentliche Frage wäre, wie der Patient in diesem Zustand arbeitsfähig sein solle (S. 3 Mitte).

Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.3) berichtete am 3. Juli 2018, die Konsultationen fänden nur noch in monatlichen Abständen statt ( Urk. 8/225/101-102 S. 1 unten).

Am 18. Juli 2018 wurde über ein am 3. Juli 2018 erstelltes MRI Herz berichtet ( Urk. 8/225/124-125).

#### **E. 4.8.1**

Die Ärzte des Y.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3) erstatteten am 20. August 2018 ein Folgegutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin ( Urk. 8/225/1-14) . Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 oben): - transmurale Ruptur der ventralen Supraspinatus-Sehne mit Retraktion bis auf Höhe des

AC-Gelenks, leichter Atrophie des Musculus

supraspinatus mit diskreter Verfettung,

Tendinopathie der Subscapularis-Sehne und der Bizeps-Sehne sowie AC - Gelenksarthrose

linkes Schultergelenk - radiokarpale Arthrose rechtes Handgelenk bei Pseudarthrose des Os lunatum - pseudoradikläres Lumbalsyndrom rechts - Coxarthrose links - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.9) - koronare Herzkrankheit - mit Stenting einer subtotalen RIVA-Stenose bei akutem STEMI 2010 - mit Non-STEMI ohne Intervention 2013 - kein Hinweis auf Herzinsuffizienz bei normaler Auswurfraction

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bezogen auf die letzte Tätigkeit nannten sie (S. 8 unten): - Hypästhesie und Hypalgesie im Bereich des linken Unterschenkels und des Fussrückens

passend zu Residuum L5 links - arterielle Hypertonie - Dyslipidämie - Prostatahyperplasie - Senk-Spreiz-Plattfüsse beidseits

#### **E. 4.8.2**

Die Gutachter führten aus, der Versicherte habe auf Befragen folgende Beschwerden angegeben: Schmerzen am rechten Becken, eine Taubheit im medialen Anteil beider Beine mit

gelegentlichem Kontrollverlust über das rechte Bein, Schmerzen an der linken Schulter, am linken

Brustkorb, dem rechten Handgelenk sowie eine Arthrose des linken Hüftgelenkes

(S. 5).

#### **E. 4.8.3**

Im Rahmen der

orthopädisch- traumatologischen Untersuchung habe trotz teilweise ausgeprägten

Verdeutlichungstendenzen und Diskrepanzen in Bezug auf die Wirbelsäule, das linke Schulter- und

Hüftgelenk sowie das rechte Handgelenk ein nahezu unveränderter Gesundheitszustand bestanden. Hinweise auf eine Reizung zervikaler, thorakaler oder lumbaler Nervenwurzeln hätten nicht bestanden . Die Befunde des MRI der Halswirbelsäule vom 21. September

2017 und des MRI der Lendenwirbelsäule

vom 22. September 2017 (vgl. vorstehend E. 4.7) seien ebenfalls im Vergleich zu den vorhandenen Voraufnahmen nahezu unverändert gewesen.

Die angegebene Taubheit auf der Innenseite beider Beine (mediale Seite) entspreche keinem Dermatome.

Der vom Versicherten beschriebene gelegentlich auftretende Kontrollverlust des rechten Beines könne von orthopädisch-traumatologischer Seite bei seitengleich vorhandener Ober- und

Unterschenkelmuskulatur beidseits nicht nachvollzogen werden (S. 5 unten). Die angegebenen Schmerzen im

Bereich des linken Brustkorbes könnten anhand des erhobenen orthopädisch-traumatologischen

Untersuchungsbefundes ebenfalls nicht nachvollzogen werden, würden jedoch möglicherweise im

Zusammenhang mit den im ambulanten Assessment der G.\_\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 erwähnten Rippenfrakturen links 2004 eingeschätzt (S. 5 f.). Seitens des linken Sprunggelenkes seien vom

Versicherten aktuell keine Beschwerden mehr angegeben worden (S. 6 oben).

#### **E. 4.8.4**

Ab 2005 hätten sich im Zusammenhang mit orthopädischen Beschwerden beziehungsweise einer Schmerzsymptomatik depressive Verstimmungen im Sinne einer rezidivierenden

depressiven Störung entwickelt. Seit Ende 2010 erfolge

eine ambulante psychiatrische Behandlung. Im Rahmen der

psychiatrischen Exploration ergebe sich aktuell ein ganz ähnliches Bild wie bei der Erstbegutachtung

2015. Es liege nur eine massive depressive Symptomatik vor, wie sich sowohl im

Untersuchungsgespräch gezeigt habe als auch anhand der vom Versicherten beschriebenen üblichen

Tagesaktivitäten sehr deutlich geworden sei. Es lägen nicht einmal die Voraussetzungen für eine leichte

depressive Episode F33.0 vor. Es ergäbe sich, wie bereits im Rahmen der Erstbegutachtung 2015, die Diagnose

F33.9 (rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet). Im Zusammenhang mit dem Unfall

vom 22. März 2016 finde sich in den Unterlagen teilweise die Diagnose einer posttraumatischen

Belastungsstörung (F43.1). Diese Diagnose liege jedoch nicht vor, die gemäss ICD-10 typischen

Symptome seien nicht vorhanden (S.

#### **E. 4.8.5**

Bei der neurologischen Untersuchung hätten an objektivierbaren Befunden unverändert, wie im Jahr 2015, sensible Störungen am linken Unterschenkel, an der Aussenseite und am Fussrücken

links, passend zu Residuen einer L5-Läsion links, vorgelegen. An der diagnostischen und funktionellen

Einschätzung dieser Sensibilitätsstörung habe sich im Vergleich zu 2015 nichts geändert. Es bestehe hierdurch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Seit der letzten Begutachtung habe der Versicherte

einen Autounfall erlitten. Er beschreibe, dass er seither erhebliche Probleme mit dem Kopf habe und

insbesondere unter Schmerzen und Gefühlsstörungen im Gesicht leide. Die gemachten Angaben seien auf neurologischem Gebiet nicht nachvollziehbar. Es finde sich keine organische erklärende Ursache, weder durch die neurologische Untersuchung noch die Aktenlage.

Viel mehr ergäben sich relevante Diskrepanzen in der Anamnese und während der neurologischen

Untersuchung. Der Versicherte habe

widersprüchliche und diffuse Angaben bezüglich der

Lokalisation der Schmerzen und Gefühlsstörungen im Gesicht gemacht, ein mal seien sie rechts, ein mal links, ein mal

beidseits. Eine Reproduzierbarkeit sei nicht gelungen. Er habe weiter angegeben, dass er gar keine körperlichen

Tätigkeiten mehr ausüben könne, beschreibe aber gleichzeitig, dass er seinen Haushalt alleine

versorgen würde, einschliesslich kochen. Eine gesundheitliche Verschlechterung liege auf neurologischem Gebiet im Vergleich zur Begutachtung von 2015 nicht vor, es bestehe keine Minderung

der Arbeitsfähigkeit auf neurologischem Gebiet (S. 6 unten).

#### **E. 4.8.6**

Auf internistischem Gebiet ergäben sich im Vergleich zum Vorgutachten vom September 2015 keine

wesentlichen Änderungen. Der Versicherte habe eine koronare Herzkrankheit (KHK). Seit dem

Vorgutachten sei kein akutes Koronarsyndrom mehr aufgetreten. Der Versicherte klage weiterhin,

wie bereits im Vorgutachten aufgeführt, über

Brustbeschwerden.

Insgesamt habe sich an der

Einschätzung des Vorgutachtens,

nämlich

dass die Brustschmerzen eher nicht ischämisch bedingt seien,

nichts geändert. Rhythmusstörungen liegen nicht vor, eine Herzinsuffizienz ebenfalls nicht. Es ergebe sich auch kein Anhalt

dafür, dass die Dyspnoe des Versicherten kardial bedingt sei. Die kardialen Risikofaktoren seien unverändert vorhanden: Es bestehe ein fortgesetzter Nikotinabusus, es finde sich eine (allerdings

geringgradige) Hypertriglyceridämie. Insgesamt werde damit die Beurteilung aus dem Vorgutachten vom

September 2015 unverändert übernommen. Aus internistischer Sicht sei

ferner noch eine arterielle Hypertonie zu nennen, die gut eingestellt sei; es ergäben sich keine Hinweise auf

Endorganschäden. Die Prostatahyperplasie bedinge ebenfalls keine funktionellen Einschränkungen. Der

Versicherte klagte

über eine gewisse Kurzatmigkeit, deren Ursache wie erwähnt

nicht kardial sei. Eine zuletzt am 30. Oktober 2017 durchgeführte Spirometrie habe keinen Anhalt für eine obstruktive oder

restriktive Ventilationsstörung ergeben. Es ergäben sich somit keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (S. 7).

#### **E. 4.8.7**

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen führten die Gutachter aus, anhand des klinischen und radiologischen Untersuchungsbefundes der Halswirbelsäule beständen von

orthopädisch-traumatologischer Seite auch weiterhin Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten mit Zwangshaltungen des Kopfes und für häufige Über-Kopf-Arbeiten. Aufgrund des

Untersuchungsbefundes der Lendenwirbelsäule werde auch weiterhin eine Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule

und vermehrtem Bücken eingeschätzt. Aufgrund der kernspintomographisch sichtbaren massiven

Ruptur und Retraktion der Supraspinatussehne des linken Schultergelenkes seien Einschränkungen der Seitwärtsbewegung des linken Armes nachvollziehbar. Aufgrund der

degenerativen Veränderungen des linken Schultergelenkes bestünden auch weiterhin Einschränkungen

der Arbeitsfähigkeit für Über-Kopf-Tätigkeiten mit dem linken Arm. Seitens des rechten Handgelenkes

besteht eine gering eingeschränkte Beweglichkeit mit einer Schmerzangabe bei sämtlichen

Bewegungen des rechten Handgelenkes. Eine zusätzliche Einschränkung der dominanten rechten

Hand habe sich mit einem inkompletten grossen und kleinen Faustschluss rechts nach alter Verletzung

des PIP-Gelenkes des rechten Zeigefingers gefunden. Aufgrund der vorhandenen degenerativen Veränderungen

des rechten Handgelenkes bestünden auch weiterhin Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für

Tätigkeiten mit vermehrten Bewegungen des rechten Handgelenkes, wie sie beispielsweise in der bisherigen Tätigkeit als Maler, etwa

beim Arbeiten mit einem Pinsel, vorkommen. Aufgrund der degenerativen

Veränderungen des linken Hüftgelenkes bestünden ebenfalls weiterhin Einschränkungen der

Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten mit vermehrtem Stehen und Gehen und für Tätigkeiten mit häufigem Hocken. Seitens des linken Sprunggelenkes seien vom Versicherten aktuell keine

Beschwerden mehr angegeben worden. Von orthopädisch-traumatologischer Seite besteht unverändert eine

100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als angelernter Maler. In einer leistungsadaptierten, dem Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeit werde jedoch auch weiterhin von

einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Versicherten ausgegangen (S. 9).

Von psychischer Seite besteht aufgrund der Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltevermögen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie emotionale Belastbarkeit eine

quantitative Verringerung der Arbeitsfähigkeit um 20%. Auf neurologischem Gebiet liege im Vergleich zur Begutachtung von 2015 keine gesundheitliche Verschlechterung vor und es besteht keine

Minderung der Arbeitsfähigkeit (S. 9 unten). Von internistischer Seite werde die Beurteilung aus dem Vorgutachten vom September 2015

unverändert übernommen: Für die Tätigkeit als Maler, die auch rasches Arbeiten mit schweren Lasten

beinhalte, sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zu veranschlagen, wobei die Minderung ungefähr

gleichzeitig auf die Arbeitszeit und das Arbeitstempo (Rendement) aufzuteilen sei. In einer Verweistätigkeit besteht keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Von Akkordarbeit, von Arbeiten

unter starkem Tempodruck, von hektischen raschen und heftigen motorischen Aktivitäten sei abzuraten (S. 10 oben).

Die Gutachter nannten folgendes Belastungsprofil: Körperlich leichte, wechselnde lastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der

Wirbelsäule, ohne häufiges Bücken, ohne Über-Kopf-Arbeiten sowie nicht auf Gerüsten und Leitern; geeignet seien gut strukturierte, überwiegend sachorientierte Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an

die Durchhaltefähigkeit, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Daueraufmerksamkeit und die

emotionale Belastbarkeit. Von Akkordarbeit, von Arbeiten unter starkem Tempodruck, von hektischen

raschen und heftigen motorischen Aktivitäten sei abzuraten (S. 10 Ziff. 4.5).

#### **E. 4.8.8**

Betreffend Konsistenzprüfung führten sie aus, es bestünden nur geringe Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen.

Die geklagten Symptome und Funktionseinbußen seien durch die Untersuchungsergebnisse nur zum

Teil valide nachvollziehbar.

Der Versicherte sehe sich krankheitsbedingt nicht arbeitsfähig. Dies sei diskrepant zu den angegebenen

Aktivitäten in den Bereichen Freizeit und Haushalt. Auch die Möglichkeit des regelmäßigen

Unternehmens von Flugreisen, beispielsweise nach Mazedonien, sowie die fehlende beziehungsweise deutlich

geringere (als angegeben) Einnahme von Paracetamol seien diskrepant zu den angegebenen Schmerzen und Einschränkungen (S. 10 Ziff. 4.6). Im Rahmen der aktuellen orthopädisch-traumatologischen Untersuchung hätten sich teilweise

erhebliche Verdeutlichungstendenzen gezeigt. Auffällig gewesen sei eine deutlich eingeschränkt demonstrierte

Beweglichkeit der gesamten Wirbelsäule und der Schultergelenke bei spontan nur geringgradig

eingeschränkte Beweglichkeit. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule seien sämtliche Waddell-Zeichen (Überreaktion, Ablenkung, Neuroanatomie, Scheinmanöver, Empfindlichkeit) als Hinweis auf

eine nichtorganische Pathologie positiv gewesen (S. 10 unten) . Während der Untersuchung seien diffuse Schmerzen an den Beinen, ein permanentes Stöhnen, muskuläres Gegenspannen und Reiben schmerzhafter

Areale erfolgt (S. 10 f.) . Das Stehen erfolge zu Beginn mit 20° vornüber geneigtem Oberkörper , im Verlauf der

Untersuchung stehe der Versicherte gerade. Das Trendelenburg-Zeichen sei nicht prüfbar, da der

Versicherte angäbe , dass der Einbeinstand nicht möglich sei , was zum flüssigen Gangbild diskrepant sei.

Während der Finger-Boden-Abstand im Stehen mit 57 cm vorgeführt werde , betrage der Finger-Zehenspitzen-Abstand im schmerzfrei vorführbaren Langsitz auf der Untersuchungsliege lediglich 12

cm. Während das Drehen des Kopfes bei der gezielten Untersuchung lediglich mit 10° nach beiden

Seiten erfolge , werde der Kopf in Bauchlage auf der Untersuchungsliege spontan und ohne Schmerzangabe mit 50° nach beiden Seiten gedreht (S. 11 oben).

Die im Rahmen der neurologischen Untersuchung angegebenen sensiblen Störungen am linken

Unterschenkel, an der Aussenseite und am Fussrücken links, passend zu Residuen einer L5-Läsion links, seien

diskrepant zur angegebenen Taubheit im medialen Anteil beider Beine mit gelegentlichem Kontrollverlust über das rechte Bein. Die gemachten Angaben seien auf neurologischem Gebiet nicht nachvollziehbar. Es habe sich keine organische erklärende Ursache

weder durch die neurologische Untersuchung noch die Aktenlage gefunden . Vielmehr hätten sich relevante

Diskrepanzen in der Anamnese und während der neurologischen Untersuchung ergeben . Der Versicherte habe widersprüchliche und diffuse Angaben bezüglich der Lokalisation der Schmerzen und

Gefühlsstörungen im Gesicht gemacht. Eine Reproduzierbarkeit sei nicht gelungen . Er habe weiter angegeben , dass er gar keine körperlichen Tätigkeiten mehr ausüben könne , beschreibe aber, dass er seinen Haushalt alleine versorgen würde (S. 11) .

#### **E. 4.8.9**

In der bisherigen Tätigkeit betrage die Leistungsfähigkeit 0 % .

Die Beurteilung

erfolge seit dem Erstgutachten vom 16. September 2015, so dass ab diesem Zeitpunkt auch

weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausgegangen werde (S. 11 Ziff. 4.7) .

Die Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten betrage 6.8 Stunden pro Tag mit einer Leistungsfähigkeit von 100%. Bereits bei m

Erstgutachten von 2015 habe die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit, rein psychiatrisch betrachtet, 80% betragen. Dabei sei es geblieben (S. 11 Ziff. 4.8).

Die Arbeitsunfähigkeit von 100% in der bisherigen Tätigkeit als angelernter Maler ergebe sich hauptsächlich von orthopädisch-traumatologischer, jedoch auch von internistischer und

psychiatrischer Seite. Die Arbeitsfähigkeit von 80% in einer leidensadaptierten Tätigkeit ergebe sich ausschliesslich von psychiatrischer Seite (S. 12 Ziff. 4.9).

Empfehlenswert sei eine Optimierung der antidepressiven Medikation. Derzeit liege der Spiegel des

Antidepressivums Escitalopram deutlich unterhalb des Referenzbereiches. Am ehesten sei anzunehmen, dass der Versicherte es nicht regelmässig einnehme.

Das sollte mit ihm besprochen werden.

Es werde eingeschätzt, dass bei optimaler antidepressiver Behandlung eine Stimmungsverbesserung und eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit um zirka

#### **E. 4.9**

Dr. B.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.2) führte mit Schreiben vom 20. Dezember 2018 (Urk. 3/2) aus, sie bestätige die 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Patienten.

Sie führte chronische Schulterschmerzen links bei einer transmuralem Supraspinatussehnenruptur und einer Tendinopathie des Musculus subscapularis und des Musculus

infraspinatus, eine Coxarthrose links, chronische Lumboischialgien bei einem radikulären Reizsyndrom L5 links, chronische Handgelenkschmerzen rechts bei Pseudoarthrose des Os lunatum, eine Radiokarpalarthrose sowie eine seit dem Unfall vom 22. März 2016 anhaltende Sensibilitätsstörung im Gesicht

links, akzentuierte Schmerzen der Schulter, der Lumboischialgien links und ein Zervikozephalosyndrom an.

Zudem sei der Patient auch nicht in der Lage, den Kopf frei zu bewegen. Es sei ihm absolut unerklärlich, wie der Patient aufgrund der multiplen Einschränkungen im Bereich des Bewegungsapparates noch arbeitsfähig sein sollte. Er könne nicht auf einer Leiter stehen, den Kopf nicht frei bewegen und er sei nicht in der Lage, Überkopf-Arbeiten durchzuführen. 5. 5.1

Im Gutachten von 2015 (vorstehend E. 3), welches der gerichtlich bestätigten Verfügung vom 5. Februar 2016 zugrunde lag, wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt: eine Supraspinatussehnenruptur, eine Handgelenksarthrose

(rechts), ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine Coxarthrose (links), eine koronare Herzkrankheit und eine nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung. Für die angestammte Tätigkeit als Maler wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und für näher umschriebene, den somatischen Beeinträchtigungen angepasste Tätigkeiten wurde eine psychiatrisch begründete Einschränkung von 20 % attestiert. 5.2

Im Folgegutachten vom 20. August 2018 wurden die gleichen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wie 2015 genannt (vorstehend E. 4.8.1). Ebenso wurde für die angestammte Tätigkeit als Maler eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und für näher umschriebene, den somatischen Beeinträchtigungen angepasste Tätigkeiten eine psychiatrisch begründete Einschränkung von 20 % attestiert (vorstehend E. 4.8.9). 5.3

Das Gutachten umfasste Untersuchungen aus internistischer, orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht. Darin wurden die geklagten Beschwerden berücksichtigt (vorstehend E. 4.8.2). Sodann lagen den Gutachtern alle relevanten ärztlichen Berichte vor.

In einem von ihnen nicht erwähnten Verlaufsbericht führte die Chiropraktin

Dr. Z.\_\_\_\_ unter anderem aus, nur ein Teil der Beschwerden sei objektivierbar, und äusserte sich zum ihres Erachtens gegebenen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers (vorstehend E. 4.7). Welche für die gutachterliche Beurteilung verwertbaren zusätzlichen Erkenntnisse sich aus diesem Bericht hätten ergeben sollen, ist nicht ersichtlich. Die diesbezügliche Mängelrüge (Urk. 1 S. 8 Ziff. 7) ist nicht stichhaltig.

Zum Einbeinstand, den er nicht ausführen könne, bemerkte der Beschwerdeführer einmal, dies werde im Gutachten nicht erwähnt, und einmal, es werde nicht gewürdigt (Urk. 1 S. 11). Beides trifft nicht zu. Der Umstand wurde sowohl erwähnt als auch gewürdigt, nämlich als Inkonsistenz angesichts des festgestellten flüssigen Gangbildes (vorstehend E. 4.8.8).

Ebenfalls unzutreffend ist, dass die Beeinträchtigungen am rechten Handgelenk nicht gewürdigt worden seien (Urk. 1 S. 11). Diese fanden sehr wohl Beachtung, nämlich als ein Element, das zur Bestätigung einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten, das Handgelenk stark belastenden Tätigkeit als Maler (vorstehend E. 4.8.7) veranlasste. Dass im Belastungsprofil für angepasste Tätigkeiten daraus keine zusätzliche Einschränkung abgeleitet wurde, lässt darauf schliessen, dass die Gutachter die Beeinträchtigungen als im Rahmen von leichten und wechselbelastenden Tätigkeiten nicht erheblich beurteilten.

Sodann wurden die angegebenen kardiologischen Beschwerden im Gutachten eingehend gewürdigt (vorstehend E. 4.8.6) und sogar im Belastungsprofil insoweit berücksichtigt, als dieses auf körperlich leichte Tätigkeiten beschränkt ist (vorstehend E. 4.8.7).

Aus welchen Gründen die vom Beschwerdeführer genannten - in der Beschwerdeschilderung unerwähnt gebliebenen (vorstehend E. 4.8.2) - Schlafstörungen, ein verlangsamter breiter Gang sowie Miktionsstörungen hätten im Belastungsprofil berücksichtigt werden sollen (Urk. 1 S. 11 Mitte), wurde vom Beschwerdeführer nicht ausgeführt und ist nicht ersichtlich.

Ebensowenig äusserte sich der Beschwerdeführer zu den doch zahlreichen und erheblichen im Gutachten aufgrund sorgfältiger Beobachtungen festgehaltenen Inkonsistenzen (vorstehend E. 4.8.8).

Schliesslich ergibt sich aus der Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.9) ein zusätzlicher Hinweis auf die Schlüssigkeit und Verlässlichkeit der gutachterlichen Beurteilung, decken sich doch die von ihr aufgelisteten Gesundheitsschäden und daraus abgeleiteten Beeinträchtigungen und die im Gutachten genannten praktisch vollständig. Dass Dr. B.\_\_\_\_ als langjährig behandelnde Ärztin daraus auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit schloss, ist zur Kenntnis zu nehmen, vermag aber mangels einer diesbezüglichen Begründung die Feststellungen der Gutachter nicht in Frage zu stellen. 5.4

Aus den genannten Gründen ist festzuhalten, dass das 2018 erstattete Gutachten die praxismässigen Anforderungen (vorstehend E. 1.3) vollumfänglich erfüllt, so dass darauf abzustellen ist.

Dies gilt namentlich für die Feststellung, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit Erlass der Verfügung von 2016 nicht erheblich geändert haben und dass weiterhin für Tätigkeiten, die den somatisch bedingten Einschränkungen angepasst sind, eine Arbeitsfähigkeit von 80 % besteht.

Dies schliesst vorliegend einen Rentenanspruch aus. 5.5

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, seine ( erhebliche ) Restarbeitsfähigkeit sei angesichts seines Alters auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar ( Urk. 1 S. 15), ist auf die massgebende

bereits im Urteil von 2016 angeführte ( Urk. 7/160 S. 4 ff. E. 1.4) und seither ergangene ( BGE 143 V 431

E. 4.5.2 , Urteile des Bundesgerichts Urteil 8C\_117/2018 vom 31. August 2018 E. 4, 8C\_892/2017 vom 23. August 2018 E. 3.3.1, , 8C\_133/2018 vom 26. Juni 2018 , 8C\_36/2018 vom 6. Juni 2018 E. 5.2, 9C\_312/2017 vom 18. Mai 2018 E. 6.3, 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 4.1, 8C\_390/2017 vom 9. November 2017 E. 6.1,

8C\_403/2017 vom 25. August 2017 E. 5.4,

9C\_254/2017 vom 21. August 2017 E. 5.4,

9C\_825/2016 vom 10. Juli 2017 E. 4.5,

9C\_88/2017 vom 30. März 2017 E. 3.3.2,

9C\_677/2016 vom 7. März 2017 E. 4.3, 8C\_771/2016 vom 18. Januar 2017 E. 5.2.5 ; s. auch: Marco Weiss, Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund vorgerückten Alters ,

Rechtsprechungstendenzen, SZS 2018 , S. 630 ff.) - ausgesprochen zurückhaltende Rechtsprechung des Bundesgerichts zu verweisen.

Dass, sollte die Verwertbarkeit bejaht werden, die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer Integrationshilfe leisten müsste ( Urk. 1 S. 15), trifft nicht zu: Befähigende Massnahmen zur Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials können bei einer revisionsweisen Rentenaufhebung nach langjährigem Rentenbezug oder ab einem bestimmten Alter angezeigt sein (Urteil des Bundesgerichts 9C\_163/2009 vom 10. September 2010 = SVR 2011 IV Nr. 30 E.

4.2.2). 5.6

Zusammenfassend erweist sich die Verfügung, mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint hat, als rechtens. Dies führt zur

Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Oskar Müller -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage der Doppel der Urk. 10, Urk. 12, Urk. 14, Urk. 16 ,

Urk. 18 und 20 - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 MosimannTiefenbacher

## **E. 6**

Mitte).

## **E. 10**

% innerhalb von drei Monaten erreichbar sei (S. 12 Ziff. 4.10) .

Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem Zeitpunkt der letzten Begutachtung im Jahr 2015 (mit Untersuchungen im Juli 2015) wesentlich

verändert habe, verneinten die Gutachter. Trotz des Unfalles vom 22.

März 2 016 habe sich der Gesundheitszustand seit der

letzten Begutachtung im Juli 2015 nicht wesentlich verändert (S. 12 Ziff. 1) .

Bei fehlendem Nachweis frischer Verletzungsfolgen werde nach dem Unfall vom 2 2. März 2 016 von

einer vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit

von maximal 4 Wochen in einer leidensadaptierten

Tätigkeit ausgegangen (S. 12 Ziff. 2) .

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