

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00143 vom 11. Juni 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00143

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00143 du 11 juin 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00143 del 11 giugno 2004

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teil weise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchti gung 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 Arbeits markt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurtei lung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichti gen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetz über die Inva lidenversicherung (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 tels rente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invali ditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]) so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17

Abs. 1 ATSG (Revision der Invalidenrente) eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetre ten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hin weis).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesent liche Änderung in den tatsächli chen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit

den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar

(BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). 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

Sowohl das Verwaltungsverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierende Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit weiteren Hinweisen). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2 mit Hinweis). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung vom 23. Januar 2019 (Urk. 2) aus, aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als Servicefachangestellter und in jedweder anderen Tätigkeit nicht eingeschränkt, und aus psychiatrischer Sicht sei eine angepasste Tätigkeit zu 70 % zumutbar. Die psychiatrische Diagnose schränke den Beschwerdeführer als Servicefachangestellten weiterhin nicht ein. Es liege keine Erkrankung vor, welche die Erwerbsfähigkeit länger an dauernd einschränke (S. 1). Das Y.____-Gutachten werde aus medizinischer Sicht als nachvollziehbar befunden (S. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich in seiner Beschwerde vom 25. Februar 201

E. 6

/ 39) bei einem Invaliditätsgrad von 17 % einen Rentenanspruch.

Der Versicherte arbeitete danach – bei zeitweiser Arbeitslosigkeit - über Jahre im selben Restaurant. Nach Verlust dieser Arbeitsstelle aufgrund eines Eigentümerwechsels fing

er in einem anderen Restaurant in derselben Ortschaft

als Kellner an (Urk. 6/51, Urk. 6/62/4-39 S. 28 unten).

Am ersten Arbeitstag am 1. März 2017

erlitt er einen Arbeitsunfall , wonach ihm

fortlaufend eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt

wurde (Urk. 6/56/5-6, Urk. 6/ 56/64) . Die neue Stelle wurde per 27. März 2017 aufgelöst (Urk. 6/ 52 S. 2 Mitte).

E. 7

. September 2017 (Urk. 6 / 44) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Schulterschmerzen (Unfall) und Rückenschmerzen (chronisch) sowie eine Depression erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an . Daraufhin tätigte die IV-Stelle medizinische sowie erwerbliche Abklärungen und zog die Akten der Unfallversicherung bei (Urk. 6/ 55- 56 , Urk. 6/62) , welche unter anderem ein interdisziplinäres Gutachten des Zentrums

Y.____ vom 31. Mai 2018 (Urk. 6/62/4-39) enthielt . Am 3. Oktober 2017 (Urk. 6/53) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass aufgrund des gesundheitlichen Zustands aktuell keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und über den Rentenanspruch eine separate Verfügung ergehe. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6 / 65-66 , Urk. 6 / 71 -74) wies die IV-Stelle das Rentenbegehren mit Verfügung vom 23 .

Januar 2019

E. 9

(Urk. 1) hingegen auf den Standpunkt, dass das Y.____ -Gutachten aus somatischer und psychiatrischer Sicht nicht zu überzeugen vermöge und daher der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt sei, weshalb die Verfügung vom 23. Januar 2019 aufzuheben und die Sache zu ergänzenden Abklärungen und zum Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei (S. 5-7). 2.3

Umstritten und zu prüfen ist, ob dem Beschwerdeführer nach der Neuanmeldung vom 7 . September 2017 (Urk. 6 / 44) eine Rente der Invalidenversicherung zusteht.

Im Vordergrund steht dabei die Frage, ob der Sachverhalt genügend abgeklärt worden ist , damit ein Entscheid über den Rentenanspruch ergehen konnte. 3. 3.1

Die rentenabweisende Verfügung vom 24 . Juni 2004 (Urk. 6 / 39) beruhte gemäss versicherungsinternem Feststellungsblatt vom gleichen Tag (Urk. 6 / 38) im Wesentlichen auf nachstehenden medizinischen Unterlagen: 3.2

Dr. med. Z.____ , Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, stellte in seinem Bericht vom 4 . Juli 2003 (Urk. 6 / 23/1-2) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisch rezidivierendes Lumbo-spondylogenes Syndrom sowie eine reaktive depressive Stimmungslage und attestierte dem Beschwerdeführer vom 19. bis 30. November 2001 eine 100%ige und ab dem 1. Dezember 2001 bis auf Weiteres eine 50% ige Arbeitsunfähigkeit. 3.3

Oberarzt Dr. med. A.____

und Assistenzärztin med. pract . B.____

von der integrierten Psychiatrie C.____

nannten in ihrem Bericht vom

7. August 2003 (Urk. 6/24/5-8) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung bei chronischem lumbospondylothem Syndrom (S. 1). Sie hielten fest, eine Erwerbstätigkeit sei in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit halbtags zumutbar (S. 4). 3. 4

Chefärztin Dr. med. D.____, Fachärztin

FMH für Rheumatologie und Rehabilitation, und Assistenzarzt Dr. med. E.____

von der Klinik F.____

nannten in ihrem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen rheumatologischen Gutachten vom 31. Oktober

2003

(Urk. 6/29) folgende Diagnosen (S. 7): - Chronisches

lumbospondylothem Schmerzsyndrom linksbetont bei /mit: - Pseudoretrolisthesis bei Labilität L4/5 - leichter Segmentdegeneration L4/5 mit diffuser Diskusprotrusion und Anulus

fibrosus Riss (MRI November 2003) - Streckhaltung der Lendenwirbelsäule (LWS) - Leichte depressive Episode

Dr. D.____

und Dr. E.____

erachteten den Beschwerdeführer als Kellner zu 50% und in einer leichten körperlichen Arbeit in Wechselbelastung ohne das Tragen von Lasten als zu 100% arbeitsfähig (S. 7). 3. 5

Die Beschwerdegegnerin schloss gestützt auf diese Aktenlage auf eine Arbeitsfähigkeit von 50% in der bisherigen Tätigkeit als Kellner sowie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten leichten körperlichen Tätigkeit. Indem sie das Valideneinkommen (Jahreseinkommen in der angestammten Tätigkeit als Kellner) dem Invalideneinkommen (Lohn für Hilfsarbeiter gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung [LSE]) gegenüberstellte und einen leidensbedingten Abzug von 10% gewährte, errechnete die IV-Stelle einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 17% und wies das Rentenbegehren ab (Urk. 6/38 S. 2 unten, Urk. 6/39). 4. 4.1

Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Allgemein- und Unfallchirurgie, hielt auf Rückfrage der Unfallversicherung in seiner Aktenbeurteilung vom 16. Juni 2017 (Urk. 6/56/53-55) fest, die vom Beschwerdeführer subjektiv beklagten Beschwerden könnten anhand der Unterlagen nicht vollumfänglich objektiviert werden. Im MRI hätten keine pathologischen Befunde nachgewiesen werden können. Aufgrund der klinischen Befunde müsse aber davon ausgegangen werden, dass eine entzündliche Veränderung an der rechten Schulter im Sinn einer Kapsulitis vorgelegen habe (S. 2 Ziff. 1). 4.2

Oberärztin med. pract. H.____ und Assistenzarzt med. pract. I.____ von der C.____

nannten in ihrem Abklärungsbericht vom 7. August 2017 (Urk. 6/56/111- 113) folgende Diagnosen (S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Anhaltende affektive Störung – Dysthymia (ICD-10 F34.1) - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Sonstige und nicht näher bezeichnete nichtorganische Schlafstörung (ICD-10 F51.9)

Dazu führten sie aus, beim Beschwerdeführer bestehe eine klinisch relevante Symptomatik, die sich seit einigen Monaten kontinuierlich verstärkt habe. Der Stellenwert der verschiedenen persönlichen Belastungsfaktoren bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik sei noch zu klären. Der Beschwerdeführer selbst betone aktuell vor allem die Belastung durch seine Arbeitslosigkeit (S. 2). 4. 3

Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, berichtete in seiner von der Unfallversicherung in Auftrag gegebenen Kurzbeurteilung vom 2. Oktober 2017 (Urk. 6/56/99-103), die Schmerzen und Bewegungseinschränkungen seien eindeutig objektivierbar, da sowohl klinisch eine klare Frozen

Shoulder Situation bestehe mit deutlicher Einschränkung und hartem Anschlag in Außen- und Innenrotation wie auch MR-tomographisch (S. 3 oben). Der Beschwerdeführer sei aufgrund der adhäsiven Schulterkapsulitis, die die rechte dominante Extremität betreffe, noch 100 % arbeitsunfähig, praktisch in sämtlichen Berufen bis auf eine leichte Bürotätigkeit, die wahrscheinlich mindestens zu 50 %

möglich sei (S. 5 Mitte). 4. 4

Dr. med. K.____, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin, stellte in ihrem Bericht vom 16. November 2017 (Urk. 6/57/1-3) folgende Diagnosen: - Bekannte, momentan schwere depressive Störung, generalisierte Angststörung inklusive Klaustrophobie und soziale Problematik - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom links - keine

radikuläre Symptomatik - mässige

Osteochondrose L4-S1, Traktionsspondylose L4/5 und leichte Retrolisthesis L4/5, Differentialdiagnose: relative Spinalkanalstenose (kein MRI wegen Platzangst) - Flachrücken und dorsaler Überhang - Anhaltende Kapsulitis Schulter rechts bei Status nach Verhebetauma am 1. März 2017, Behandlung im L.____, Status nach dreimaliger Infiltration, Langzeitphysiotherapie, normales MRI Schulter

Dr. K.____ führte aus, die schwere Depression/Angsterkrankung inklusive Klaustrophobie stehe momentan absolut im Vordergrund. Eine stationäre psychiatrische Behandlung sei angezeigt. Die rein somatischen Massnahmen seien unzureichend für das Auffangen des Gesamtbeschwerdebildes Rücken und Schulter (S. 2 f.). 4. 5

Am 8. Dezember 2017 (Urk. 6/58/6-8) führten Oberärztin Dr. med. M.____ und Assistenzarzt Dr. med. N.____ vom Departement Chirurgie des Kantonsospitals

L.____ aus, der Beschwerdeführer sei als Servicemitarbeiter zu 100 % arbeitsunfähig. Es bestehe eine Einschränkung der Beweglichkeit der rechten Schulter. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Tragende Arbeiten mit dem rechten Arm seien nicht im gewohnten Umfang möglich (S. 2 Ziff. 1.6-1.7). 4. 6

Med. pract . H.____ und med. pract . I.____ von der C.____ attestierten dem Beschwerdeführer in ihrem Bericht vom 14. Dezember 2017 (Urk. 6/60) eine seit mindestens Juli 2017 bis auf Weiteres bestehende Arbeitsunfähigkeit (Ziff . 1. 6). Sie ergänzten , da der Verlauf von verschiedenen Faktoren abhängig sei, lasse sich aktuell keine genaue Prognose und keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stellen (Ziff. 1.11). 4. 7

Dr. med. O.____ und Dr. med. P.____ , beide Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. Q.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Y.____ stellten in ihrem von der Unfallversicherung in Auftrag gegebenen interdisziplinären orthopädisch- traumatologischen und psychiatrischen Gutachten vom 31 . Mai

2018 (Urk. 6 / 62 / 4 - 39) folgende nicht unfallrelevante

Diagnosen (S. 8) : - Zustand nach Schultergelenkdistorsion rechts vom 1.

März 2017 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.2)

Die Gutachter

gaben an , es lägen aus orthopädischer/ traumatologischer Sicht

keine qualitativen Einschränkungen vor. Aus psychiatrischer Sicht seien Tätigkeiten mit hohem Stresspegel und hoher Verantwortung zu vermeiden. Die Ausdauer und Fähigkeit, unter Zeitdruck zu arbeiten, seien ebenfalls reduziert. Es bestünde ein erhöhter Regenerations- und Pausenbedarf. Ein Mehraufwand bei Vorbereitung und Planung sei zu erwarten. Multitasking könne nicht zugemutet werden (S. 9 oben). Weiter hielten die Fachpersonen fest, die subjektiven Beschwerden, wie auch die mässiggradige Bewegungseinschränkung der rechten Schulter/des rechten Schultergelenks bzw. des rechten Schulterblattes könnten weder klinisch noch bildgebend objektiviert werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei die Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks ohne vernünftige Zweifel auf eine Selbstlimitierung des Beschwerdeführers zurückzuführen, da weder ein erklärender klinischer Befund im Sinne eines Kapselmußters vorliege, noch bildgebende pathologische Befunde hierfür nachweisbar seien (S. 13 oben). Aufgrund unfallbedingter Ursachen sei der Beschwerdeführer als Servicefachangestellter zu 100 % , aufgrund krankheitsbedingter Ursachen zu 70 % und insgesamt zu 70 % arbeitsfähig (S. 14 unten). 4. 8

In seinem Bericht vom 9 . Juli 2018 (Urk. 6/63) gab med. pract . I.____

wieder , seit dem Bericht vom 14. Dezember 2017 (E. 4.6) seien keine Veränderungen feststellbar (Ziff. 1.3). Ein Ressourcenprofil für eine angepasste Tätigkeit müsse noch evaluiert werden (Ziff. 2.1). Ebenso der Umfang der Verminderung der Leistungsfähigkeit (Ziff. 2.2). 4.9

Dr. med. R.____ , Facharzt für Chirurgie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) empfahl in seiner Stellungnahme vom 17. Juli 2018 (Urk. 6/64/6), der Beurteilung des interdisziplinären Gutachtens vom 31. Mai 2018 (E. 4.7) zu folgen. Gemäss dem Gutachten bestünden keine Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und als Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Zustand nach der Schultergelenkdistorsion rechts und die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Zum Belastungsprofil erwähnte er, zeitlich flexible Tätigkeiten

ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen seien medizinisch-theoretisch in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre zunächst zu 70 % möglich. 4.10

Nach Vorlage der RAD-Stellungnahme (E. 4.9) hielt die Beschwerdeführerin am 15. August 2018 (Urk. 6/64 S. 7 oben) in einer internen Aktennotiz fest, es sei korrekt und nachvollziehbar, dass der GS [Gesundheitsschaden] keine dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hatte und habe. Deshalb seien auch keine Diagnosen aufgeführt. Das Leistungsbegehren sei abzuweisen. Es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. 4.

E. 11

Oberärztin Dr. med. S.____ vom Schmerzzentrum des L.____ nannte in ihrem Bericht vom 10. Oktober 2018 (Urk. 6/74) unter anderem folgende Diagnosen: - Posttraumatische Kapsulitis Schulter rechts mit / bei

Verhebetauma am 1. März 2017 - Orthopädische Beurteilung zuletzt am 23. März 2018 durch Dr. T.____ - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom - Konsil : 16. November 2017 Frau Dr. K.____ , Rheumatologie: mässige

Osteochondrose L4-S1, Traktionsspondylolyse L4/5 und leichte Retrolisthesis L4/5 (differentialdiagnostisch relative Spinalkanalstenose, kein MRI wegen Platzangst) - Infiltration : 14. Januar 2004: Klinik

F.____ : BV-gesteuerte therapeutische Steroid-Infiltration Fazettengelenke L4/5 beidseits bei Pseudospondylolisthesis . Ergebnis: keine Schmerzlinderung - Beinschmerz linksbetont - Am ehesten fazettogen (referred

pain), differentialdiagnostisch muskulär , differentialdiagnostisch radikulär am ehesten L5 - MRI wegen Klaustrophobie nicht durchführbar

Dr. S.____ berichtete, bezüglich der Kapsulitis rechts bestehe eine lückenlose Dokumentation, dass diese als Folge des Verhebetaumas am 1. März 2017 entstanden sei. Eine strukturelle Verletzung habe in der Bildgebung weitestgehend ausgeschlossen werden können, wobei das MRI wegen Bewegungsartefakten nur eingeschränkt beurteilbar gewesen sei. Bezüglich der Rückenschmerzen habe der Beschwerdeführer über eine 15 bis 20-jährige Schmerzanamnese berichtet. Zuletzt seien die bekannten Rückenschmerzen exazerbiert. Ein Röntgen der LWS (21. August 2017 Rodiag) habe eine leichte Retrolisthese L4 über L5 sowie Osteochondrosen gezeigt. Es fehlten sichere Hinweise auf eine neurologische

Problematik. Bei der interdisziplinären Teambesprechung mit der Physiotherapie sei jedoch eine Diskrepanz zwischen der vom Beschwerdeführer angegebenen Gehstrecke von 30 Minuten und

der vom Physiotherapeuten beobachteten Gehstrecke von 500 Metern aufgefallen. Die durch Laufen

ausgelösten Schmerzen und Schwäche des linken Beines könnten als Hinweis auf einen sich verengenden Spinalkanal bzw. eine « Wurzelclaudicatio » gewertet werden (S. 2) . 4.

E. 12

Am 4. Dezember 2018 (Urk. 6/76) hielten Oberarzt med. pra ct . U.____ und Assis tenzärzti n Dr. med. V.____ von der C.____

fest, die aktuelle Symptoma tik entspre che den Kri teri e n einer schweren depressiven Episode. Ebenfalls sei eine Dysthymia vor handen. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit liege zwar bei 100 %, eine Steigerung in ange passter Tätigkeit sei aber nicht auszuschliessen. Hierfür wäre eine Intensivierung der Behandlung im Sinne einer stationären Behandlung notwendig. Unter Berücksichtigung der aktuellen Symptomatik und Lebensum stände sei mittelfristig eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer ange passten Tätigkeit zu erwarten. 4.

E. 13

Dr. med. W.____ , Facharzt FMH für Radiologie, führte in seinem Bericht vom 27. Dezember 2018 (Urk. 6/81) über ein MRI der LWS aus, Hauptbefund im Segment L4/5 bei Retrolisthese L4 gegen L5 Grad I seien eine z irkuläre Band scheibenvorwölbung und aktivierte Facettengelenksarthrosen. Dies führe zu rezessalem Kontakt und begin nen der Kompression von L5 beidseits sowie zu einer beginnenden foramina len Enge für L4 links. In L5/S1 sei eine beginnende Band scheibendegenerat ion mit flacher zirkulärer Prot r u sion ohne spinale oder forami nale Enge feststellbar. 5 .

5.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich gemäss den versicherungsinterne n Feststel lungs bl ä tt ern vom 15 . August 2018 (Urk. 6/64 S. 6 f. ; vgl. E. 4.9 und E. 4.10) und vom 22. Januar 2019 (Urk. 6/82 S. 4 Mitte) bei ihrem leistungsabweisenden Ent scheid auf das von der Unfallversicherung veranlasste

Y.____ -Gutachten vom 31. Mai 2018 (E. 4.7).

Der Gutachtensauftrag durch die Unfallversicherung erfolgte im Rahmen der Kausali tätsbeurteilung bezüglich dem Arbeitsunfall vom 1. März 2017 (Urk. 6/62/4-39 S. 3 oben). Wenn sich das Gutachten auch allgemein zur Arbeits fähigkeit äusserte, stand dabei doch die Frage im Zentrum, inwiefern

allfällige Beeinträchtigung en der funktio nellen Leistungsfähigkeit auf den besagten Arbeitsunfall zurückzuführen waren . So findet sich folgerichtig im Gutachten bei der Diagnosestellung nicht

etwa die Unter scheid ung zwischen Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, sondern zwischen unfallrelevante n und nicht unfallrelevante n Diagnos en (S. 8 oben) , was im Übrigen von der Beschwerdegegnerin zudem noch falsch interpretiert wurde (vgl. dazu E. 5.3 nachstehend) .

Das Gutachten äusserte sich somit auch nicht über eine allfällige Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Rentenabweisung vom 24. Juni 2004 (Urk. 6/39) , was jedoch für die Beurteilung des Vorliegens einer wesentlichen Veränderung der Verhält nisse und somit eines Revisionsgrundes entscheidend sein kann (siehe dazu E. 1.3) . Dies ist vor allem dann der Fall , wenn - wie die Beschwerdegegnerin dies tat (Urk. 2) – davon ausgegangen wird , dass aus psy chische r Sicht keine invalidenversicherungsrechtlich- relevanten Einschränkun gen vorlie gen

und das auf den Unfall im Jahr 2017 zurückgehende Schulterleiden auch nicht zu berücksichtigen ist (Urk. 2 S. 1, E. 4.9 und E. 4.10).

In diesem Falle wäre bei bestehenden Anhaltspunkten einer Verschlechterung der Rückenproblematik – Dr. W. ___ berichtete von aktivierten Facettengelenksarthrosen, einer beginnenden Kompression L5 beidseits sowie einer beginnenden foraminale Enge L4 links (E. 4.13) - zumindest eine medizinische Aussage zur Veränderung des Gesundheitszustandes notwendig gewesen, zumal bei der ursprünglichen Rentenabweisung noch von einer wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Rückenproblematik (Invaliditätsgrad: 17 %) ausgegangen worden war (E. 3) und eine allfällige Verschlechterung geeignet ist, einen Rentenanspruch auszulösen.

Die Beweiskraft eines Gutachtens im Revisionsverfahren – was auch im Falle einer Neuanschuldung zu gelten hat (E. 1.3) –

hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweis thema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachteten, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben, was jedoch vorliegend nicht der Fall ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_137/2017 vom 8.

November 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

Daneben bestehen jedoch auch bezüglich der Beurteilung des psychischen Leidens Vorbehalte gegenüber dem Y. ___ -Gutachten. Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen. Das erfordert psychiatrische Gutachten

hat sich jedoch

nicht - wie im Übrigen auch die Beschwerdegegnerin (Urk. 2, Urk. 6/64, Urk. 6/82) - mit den nunmehr massgebenden Standardindikatoren auseinandergesetzt. Namentlich fehlt es also an einer vertieften Auseinandersetzung mit den Ressourcen des Beschwerdeführers. Bei bestehenden Anhaltspunkten für invalidenversicherungsrechtlich irrelevante psychosoziale Faktoren (Arbeitslosigkeit) findet sich im Gutachten zudem auch keine eingehende Beschäftigung mit der Frage, inwiefern diese das Leiden beeinflussen respektive inwiefern ein selbständiges psychisches Leiden vorliegt (Urk. 6/62/3-39).

Nach

dem Gesagten war das Y. ___ -Gutachten als massgebliche Grundlage zur Beurteilung des mit der Neuanschuldung geltend gemachten

IV- Leistungsanspruchs ungeeignet.

Aber auch aufgrund der übrigen Akten in Kombination mit dem Y. ___ -Gutachten kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgelegt werden, ob und in welchem Umfang der Beschwerdeführer arbeitsunfähig ist bzw. seit der Erstanmeldung allenfalls

vorübergehend war, wie im Folgenden zu zeigen ist. 5.2.5.2.1

Aus somatischer Sicht stehen zur Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit die Rücken- und die Schulterproblematik im Vordergrund. 5.2.2

Die Rückenbeschwerden in Form eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms waren ursächlich für die Annahme einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit bei der Beurteilung des ursprünglichen Leistungsbegehrens.

Die Beschwerdeführerin ging damals deswegen von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Kellnerin und von einer 100%igen in angepasster Tätigkeit unter Beachtung eines Belastungsprofils aus, was immerhin zu einem Invaliditätsgrad von 17% führte (E. 3.5). Wenn der Beschwerdeführer in der Zwischenzeit auch wieder über Jahre zu 100%

als Kellnerin arbeitete (Urk. 6/44 S. 6), ist angesichts seiner Krankengeschichte, des von Dr. S.____

geäußerten Verdachts einer Wirbelsäuleninstabilität bei durch Laufen ausgelösten Schmerzen und Schwäche des linken Beines (E. 4.11) sowie der von Dr.

W.____ mittels MRI festgestellten aktivierten Facettengelenksarthrosen, der beginnenden Kompression L5 beidseits und der beginnenden foraminalen Enge L4 links (E. 4.13) nicht auszuschließen, dass es bezüglich der Rückenproblematik zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit möglichen Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit gekommen ist.

Weder Dr. S.____ noch Dr. W.____ äusserten sich jedoch zum Umfang einer allfälligen Einbusse der funktionellen Leistungsfähigkeit. Dr. O.____s Fokus bei

der gutachterlichen Beurteilung der somatischen Beschwerden lag eindeutig auf der Schulterproblematik bzw.

der allfälligen Unfallkausalität (Urk. 6/62/4-39 S. 9, S. 11-13, S. 18 f.). So untersuchte er die Schulter in seiner klinischen Exploration sehr gründlich, den Rücken hingegen eher rudimentär (S. 21 f.). In der Beurteilung finden sich im Gutachten denn auch, was die somatischen

Erkrankungen angeht, nur Aussagen zur Schulter (S. 11 f.).

Eine hinreichende Beurteilung der Rückenproblematik nahm er nicht vor. 5.2.3

Auch was die gesundheitliche Situation der Schulter angeht, kann aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht abschliessend beurteilt werden, ob überhaupt und in welchem Umfang allfällige funktionelle Einschränkungen bestehen oder zumindest vorübergehend bestanden haben. Wenn auch die subjektiv beklagten Beschwerden keine hinlängliche objektivierte Grundlage finden (E. 4.1, E. 4.4), bleiben dennoch erhebliche Zweifel an der Einschätzung von Y.____-Gutachter Dr.

O.____ (E. 4.7). Denn Dr. O.____ ist der einzige Facharzt, der davon ausging, dass nie irgendwelche funktionellen Einschränkungen wegen der Schulter bestanden hätten.

Dr. G.____ ging im Bewusstsein, dass keine objektivierbaren Befunde nachgewiesen werden konnten, dennoch aufgrund der klinischen Befunde davon aus, dass eine entzündliche Veränderung an der rechten Schulter vorgelegen hatte (E. 4.1). Dr. J.____,

welcher den Beschwerdeführer im Auftrag der Unfallversicherung eingehend untersucht hatte, hielt die Schmerzen und Bewegungseinschränkungen aufgrund seiner klinischen Untersuchung und MR-tomographisch als eindeutig ausgewiesen, sodass er von einer bedeutenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausging (E. 4.3). Ebenso hielten die Fachärzte der Chirurgie vom L.____, die den Beschwerdeführer ebenfalls klinisch untersuchten, aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit der Schulter die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht für nicht zumutbar (E. 4.5).

Zudem wurde der Beschwerdeführer wegen der Schulterschmerzen auch dreimal infiltriert (E. 4.4).

Dr. O.____

beurteilte

in seiner Auseinandersetzung mit den anderslautenden fachärztlichen

Einschätzungen einzig die Frage der Unfallkausalität, ohne sich über die von den anderen Fachärzten in ihren klinischen Untersuchungen festgestellten funktionellen Einschränkungen zu äussern. Er wies sogar explizit darauf hin, Schulterbeschwerden könnten sowohl ohne degenerative Veränderungen als auch spontan ohne direktes oder indirektes Trauma auftreten

(Urk. 6/62/3-39 S. 23).

Angesichts dieser Aktenlage, ist demzufolge nicht auszuschliessen, dass aufgrund des Schulterleidens zumindest zeitweise (vgl. Urk. 1 S. 6 oben) eine relevante

Einschränkung

bestanden hatte. 5.2.4

Ob aus somatischer Sicht im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung aufgrund der Rücken- und oder Schulterproblematik eine relevante Arbeitsunfähigkeit besteht oder zumindest zuvor zeitweise bestanden hatte, kann demnach nicht

rechtsgenügend beurteilt werden. 5.3

Hinsichtlich des psychischen Leidens liegt zudem eine Fehlinterpretation seitens der Beschwerdegegnerin vor. Das Y.____-Gutachten spricht sich klar und deutlich für eine funktionelle Einschränkung aufgrund der depressiven Erkrankung aus (E. 4.7). Im Gutachten wird – wie aufgezeigt (E. 5.1) – bei der Diagnosestellung nicht zwischen Diagnose mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, sondern zwischen unfallbedingt und nicht unfallbedingt unterschieden. RAD-Arzt Dr. R.____

hielt daraufhin in seiner auf das Gutachten gestützten Stellungnahme vom 17. Juli 2018 (E. 4.9) fest, es bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Dies ist klar aktenwidrig, erwähnte er doch selber die gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode und das dadurch reduzierte Belastungs- bzw. das noch mögliche Zumutbarkeitsprofil und führte aus, es sei zunächst eine angepasste Tätigkeit zu 70 % möglich. Es ist daher unverständlich, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der Stellungnahme von Dr. R.____ davon ausging, der Gesundheitschaden habe keine dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, deshalb seien auch keine Diagnosen aufgeführt (E. 4.10).

Ebenso wenig vermag ihre in der Verfügung vom 23. Januar 2019 (Urk. 2 S. 1) vorgebrachte Begründung, der Beschwerdeführer habe seine Arbeit als Kellner auch mit der psychischen Einschränkung ausgeführt, weshalb diese unbeachtlich sei, zu überzeugen. So manifestierte sich die depressive Störung in ihrer Schwere erst einige Zeit nach dem Verlust der Arbeitsstelle (E. 4.2).

Die Behandler (E. 4.2, E. 4.6, E. 4.8, E. 4.11),

sind der einhelligen Meinung es liege eine depressive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Inwiefern jedoch – bei Anhaltspunkten für gewichtige psychosoziale Faktoren – eine invalidenversicherungsrechtlich-relevante Einschränkung vorliegt, kann aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht beurteilt werden.

Denn weder die Y.____-Gutachter, noch die Beschwerdegegnerin haben das für die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit bei psychischen Beschwerden massgebliche strukturierte Beweisverfahren (Indikatorenpflichtprüfung) durchgeführt, und ein solches lässt sich anhand der vorhandenen

Akten ebenfalls nicht rechtsgenügend durchführen. Ob aus psychiatrischer Sicht eine relevante Arbeitsunfähigkeit besteht oder zumindest zeitweise bestand, kann demzufolge nicht abschliessend beurteilt werden. 5.4

Nach dem Gesagten kann aufgrund der Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgelegt werden, ob und in welchem Umfang der Beschwerdeführer arbeitsunfähig ist beziehungsweise – allenfalls vorübergehend war. Nachdem der Sachverhalt in Bezug auf die somatischen wie auch auf die psychischen Beschwerden für die Belange der Invalidenversicherung nicht ausreichend abgeklärt ist, ist die angefochtene Verfügung vom 23. Januar 2019 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese aktuelle Berichte bei den Behandlern einhole, eine neue Begutachtung mit mindestens den Disziplinen Psychiatrie und wahlweise Rheumatologie oder Orthopädie durchführen lasse und anschliessend über die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers erneut entscheide.

Dabei wird sich das Gutachten insbesondere auch zur Frage der Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 11. Juni 2004 und bei am 7. September 2017 (Urk. 6/44) erfolgter Neuanmeldung zum zeitlichen Verlauf

einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit zu äussern haben.

Das erforderliche psychiatrische Teilgutachten

und die Beschwerdegegnerin werden sich auch mit den Standardindikatoren auseinanderzusetzen haben. Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens ist davon abzusehen, einzelne Beschwerden und Störungen ohne Einzelfallprüfung wegen grundsätzlich fehlender invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz auszuscheiden (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1). Indes gilt jedoch unverändert, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_732/2

E. 017

vom 5. März 2018 E. 4.3.1). Da vorliegend

Anhaltspunkte bestehen, dass psychosoziale Faktoren für das psychische Leiden eine entscheidende Rolle spielen könnten (Belastung durch die Arbeitslosigkeit [E. 4.2]), wird die psychiatrische Expertise ein spezielles Augenmerk darauf zu richten haben.

Nach erfolgter medizinischer Abklärung wird sich die Beschwerdegegnerin – sollten funktionelle Einschränkungen ausgewiesen sein - sodann auch über die erwerblichen Auswirkungen (Einkommensvergleich) zu äusseren haben. 6 .

6.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Dem Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, welche vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Zeitaufwand festgesetzt wird (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Entsprechend ist ihm eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) auszurichten. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 23. Januar 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Steile, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - 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 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 GräubMüller

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