

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00420 vom 20. Juni 2002

ZH Sozialversicherungsgericht, 2002-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00420

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00420 du 20 juin 2002

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00420 del 20 giugno 2002

Erwägungen

E. 1.1

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

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

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

), welche sich im Wesentlichen auf das A.____-Gutachten vom 19. November 2014 abstützte.

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

Dagegen erhob X.____

am 1. Juni 2019 Beschwerde und beantragte, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 2019 eine Rente zuzusprechen. Eventualiter sei eine ergänzende Begutachtung durchzuführen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 17. Juli 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer am 19. Juli 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Mit Eingabe vom 4. September 2019 reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein (Urk. 8, Urk. 9/1-2). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen, es sei seit der Verfügung vom 13. Mai 2016 keine anspruchserhebende Veränderung eingetreten. Folglich bestehe weiterhin kein Leistungsanspruch (Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, die neue polydisziplinäre Begutachtung habe zum klaren Schluss geführt, dass aus den vorhandenen Diagnosen nicht nur in der angestammten, sondern in jedem Einsatzgebiet gravierende Einschränkungen bestünden. Darüber hinaus sei seit dem B.____-Gutachten in rheumatologischer Hinsicht eine weitere Verschlechterung eingetreten. Im Rahmen der Invaliditätsbemessung sei ein leistungsbedingter Abzug im Umfang von 25 % zu gewähren. Eventualiter sei unter Einbezug der neuen Arztberichte eine Ergänzung des B.____-Gutachtens einzuholen (Urk.1).

E. 3

Strittig und zu prüfen ist, ob eine anspruchserhebende Veränderung im Gesundheitszustand des Beschwerdeführers eingetreten ist; zeitlicher Referenzpunkt bildet die rentenaufhebende Verfügung vom 13. Mai 2016 (Urk. 6/228, vgl. E.

E. 3.1

Darin wurde (1) ein

leichtgradiges, thorakolumbales Vertebralesyndrom, ohne Anhalt für ein assoziiertes nervales Defizit bei Zustand nach thorakolumbalen Operation im September 2013 und

(2) ein spinales Defektsyndrom nach Dekompression einer Spinalkanalstenose T2/L1 im September 2013 diagnostiziert. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten die begutachtenden Fachärzte unter anderem einen Analgetika-Fehlgebrauch mit assoziiertem Analgetika-Kopfschmerz fest (Urk. 6/182/44). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei wahrscheinlich seit Jahren, insbesondere seit 2010, stationär und die Vorbewertungen mangelhaft. Die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit sei 0%, dies seit 2010 und wahrscheinlich auch zuvor. In angepassten Tätigkeiten bestehe ab 2010 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/182/45f.).

E. 3.2

In somatischer Hinsicht habe der Beschwerdeführer nebst den vorrangigen Lumbalgien mit Ausstrahlungen in die Beine, Gefühlsstörungen im gesamten Gesässbereich und inguinal, Sexualfunktionsstörungen, Stuhlinkontinenz und auch Störungen beim Wasserlassen berichtet (Urk. 6/182/19).

E. 3.3

Klinisch-neurologisch habe sich ein leichtgradiges thorakolumbales Vertebralesyndrom ohne Anhalt für ein assoziiertes nervales Defizit bei Zustand nach thorakolumbalen Operation im September 2013 gezeigt. Insbesondere die erhaltenen Kennreflexe für L3, L4 und S1 machten eine Kauda-Equina-Läsion unwahrscheinlich und sprächen für ein objektiv gutes operatives Ergebnis. Eine typische Reithosensensibilitätsstörung liege zudem nicht vor. Zeichen einer Inkontinenz fehlten, da keine Vorlagen in der Unterwäsche getragen worden seien und der Beschwerdeführer im Rahmen der mehrstündigen Begutachtung nicht gehäuft oder dringend das WC habe aufsuchen müssen. Auch habe kein namhaft schmerzgequälter klinischer Eindruck bestanden, und die sicheren Zeichen der regen physischen Aktivität machten eine wesentliche Einschränkung unwahrscheinlich. Der postoperative spinale Status spreche somit allenfalls für eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit einem dauerhaften Ausschluss körperlich schwerer Tätigkeiten, wie zuletzt im Baugewerbe ausgeübt. In körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten sei jedoch per sofort von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit von 100% auszugehen (Urk. 6/183/25).

E. 3.4

Der orthopädische Gutachter hielt fest, es fänden sich klinisch für das Achsenorgan eine leichtgradige Minderbeweglichkeit des thorakolumbalen Übergangs und ein leichtgradiger paravertebraler Hartspann. Ein radikuläres neurologisches Defizit liege nicht vor. Es bestehe eine sehr kräftige Muskelummantelung der Arme und Beine mit trainiertem Habitus als Zeichen einer regelmässigen körperlichen Aktivität. Der thorakolumbale Befund und der postoperative Status rechtfertigen eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit mit einem Ausschluss körperlich schwerer Arbeit wie zuletzt ausgeübt. Darüber hinaus lasse sich aus den objektiven Befunddaten keine weitere Einschränkung ableiten. Das operative Ergebnis sei vielmehr als sehr gut einzuschätzen (Urk. 6/183/33).

E. 3.5

In psychiatrischer Hinsicht berichtete der Beschwerdeführer eine depressive Verstimmung, Reizbarkeit, Angst, Antriebsstörungen, kognitive und mnestiche Beeinträchtigungen,

Schlafstörungen, Appetitstörungen, Gewichtsverlust, Kopfschmerzen. Die psychischen Beeinträchtigungen seien langjährig vorbestehend und er (der Beschwerdeführer) seit vielen Jahren in psychiatrischer Behandlung. Phasenweise komme es zu lebensmüden Gedanken. Wenn er Schmerzen habe, wolle er allein sein und niemanden sehen. Dann liessen ihn auch die Familienangehörigen in Ruhe, denn er sei sehr reizbar (Urk. 6/182/34, Urk. 6/182/38).

In objektiver Hinsicht hielt der begutachtende Psychiater fest, der Beschwerdeführer habe sich äusserlich ruhig gezeigt, darunter angepasst bis misstrauisch. Der Rapport sei geordnet. Der Beschwerdeführer habe mit reichlicher Sprachproduktion und ohne Antwortlatenz berichtet. Er habe bei der Untersuchung psychisch insgesamt nicht namhaft beeinträchtigt gewirkt. Die Stimmung imponiere nicht depressiv, eher missmutig.

Konzentration und Aufmerksamkeit seien unauffällig gewesen, eine Grübelneigung habe nicht bestanden (Urk. 6/183/36f.). Eine depressive Episode nach ICD-10 Kriterien sei also nicht respektive zumindest nicht mehr zu attestieren. Dementsprechend sei das derzeitige Vorliegen eines höhergradigen depressiven Syndroms nicht wahr scheinlich. Es bestehe auch darüber hinaus kein namhaftes psychiatrisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/183/38 ff., Urk. 6/183/43).

Aus interdisziplinärer Sicht sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten sowie jeder vergleichbaren körperlich schweren Tätigkeit aufgrund des gegebenen postoperativen spinalen Defektsyndroms und der wahr scheinlich seit mehreren Jahren vorbestehenden, erheblichen degenerativen spinalen Alterationen nicht mehr arbeitsfähig. In körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes bestehe jedoch eine

100%ige Arbeitsfähigkeit. Die objektiven Zeichen der regen physischen Aktivität, wie insbesondere der muskulöse Habitus und die deutlich beschwielten Hände und Füße, unterstützten die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten. Im Übrigen sei allen Vorberichten eine unzureichende Berücksichtigung der bei der hiesigen Begutachtung sicher aufscheinenden Aspekte einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden gemein. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen der reklamierten Schmerzintensität und dem fehlenden schmerzgeplagten klinischen Eindruck, eine Diskrepanz zwischen der reklamierten Inaktivität und den zweifelsfreien objektiven Zeichen einer regen physischen Aktivität sowie eine mangelhafte Auskunftsbereitschaft zur tatsächlichen Alltagsaktivität (Urk. 6/183/40f.).

E. 4

Dem polydisziplinären B.____-Gutachten vom 11. Juli 2018 sind folgende Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 6/274 S.

E. 4.1

Aufgrund der aus internistischer Sicht bestehenden Hypertonie und Adipositas ergäbe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/274 S. 25 ff.).

E. 4.2

Der rheumatologische Facharzt hielt fest, das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom mit zunehmenden ischialgiformen Ausstrahlungen beidseits sei am ehesten im Rahmen der Tätigkeit als Bauarbeiter ausgelöst worden. Nach Versagen der konservativen Behandlungsmassnahmen und bildgebend ausgewiesener Spinalkanalstenose Th12/L1 und zunehmender Claudicatio spinalis Symptomatik sei am 3

0. September 2013 eine interlaminäre Dekompression und Flavek tomie Th12/L1 durchgeführt worden. Nach eigenen Angaben sei es post operativ zu Blasenentleerungsstörungen gekommen. Die übrigen Beschwerden persistieren, weshalb am 19. September 2016 eine weitere mikro chirurgische Intervention erfolgt sei. Auch damit habe keine Verbesserung erzielt werden können. In klinischer Hinsicht zeigten sich aktuell reizlose Narbenverhältnisse, jedoch eine Reizung im Bereich des Musculus piriformis beidseits rechtsbetont und eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit der LWS sowie ISG-Funktionsstörung. Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit resultiere daraus insbesondere eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule (Urk. 6/274 S. 33 ff.).

E. 4.3

In psychiatrischer Hinsicht habe der Beschwerdeführer berichtet, es gehe ihm sehr schlecht, er habe überall am Körper Schmerzen. Zudem leide er unter Schwindel, erhöhter Nervosität, Probleme mit dem Wasserlassen und sexueller Unlust. Auch der Stuhlgang sei schwierig zu kontrollieren seit der letzten Rückenoperation. Er vermeide wenn möglich den Menschenkontakt, selbst zu seiner Familie. Wenn er merke, dass sich etwas bei ihm anstaut und er sich ärgere, verlasse er jeweils das Haus, um der Familie nicht zu schaden. Er habe gelegentlich aufkommende Suizidgedanken, fühle sich seiner Familie aber verpflichtet. Er habe kaum noch Freude im Leben, sein Zustand sei schlimm. Seit 2004 sei er in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Urk. 6/274 S. 37 f.).

In objektiver Hinsicht notierte der psychiatrische Facharzt eine eingetrübte Stimmungslage. Der Beschwerdeführer sei weinerlich, zum Teil affektlabil und auch etwas gereizt in Form einer unterschwelligeren Gereiztheit mit Übergang zu Hoffnungslosigkeit. Es bestehe jedoch keine Affektstarre; ein affektiver Rapport habe hergestellt werden können und der Beschwerdeführer sei weder in der Mimik noch im Gespräch verlangsamt. Er habe zumeist rasch und präzise geantwortet. Von den leichteren Stimmungseinbrüchen mit Weinerlichkeit habe er sich rasch wieder erholt. Mithin bestehe kein unkontrollierter, affektdominanter Zustand und sei die Fähigkeit zur Affektmodulation erhalten. Der Beschwerdeführer habe sich jedoch durchgehend in ernster Stimmung gezeigt. Schuldgefühle und akute Suizidgedanken habe er verneint; seine kognitive Wahrnehmung sowie Konzentration und Auffassungsgabe seien unbeeinträchtigt. Zusammenfassend bestehe die

seit 2004 vorbestehende depressive Symptomatik. Diese sei seitens der Behandler und Gutachter jeweils unterschiedlich beurteilt worden. Aus der Anamnese liessen sich keine zwischenzeitliche Remission oder episodischen Depressionen abgrenzen. Bisher sei der Beschwerdeführer nur ambulant behandelt worden. Aktuell bestehe eine affektive Störung in Form einer Affektlabilität mit bedrückter, zum Teil hoffnungsloser, zum Teil gereizter Stimmung. Die Grundsymptome der depressiven Episode mit gedrückter Stimmung, Freud- und Interessensverlust sowie Ermüdbarkeit seien gegeben. Die im Serumspiegel gemessenen Werte für Psychopharmaka lägen allesamt unterhalb der therapeutischen Schwelle. Der fehlenden Medikamentencompliance sei auf den Grund zu gehen. Mit einer effizienten, serumkontrollierten Pharmakotherapie sei jedenfalls eine Besserung zu erwarten, so dass die aus rein psychiatrischer Sicht bestehende Arbeitsfähigkeit von 80 % angepasst eingelöst werden könne. Initial hätten die Rückenschmerzen zum Abbruch der Erwerbstätigkeit geführt und es stünden auch aktuell

die somatischen Probleme im Vordergrund (Urk. 6/274 S. 40 ff.).

E. 4.4

Im Rahmen der neurologischen Anamnese beklagte der Beschwerdeführer Rückenschmerzen sowie Schmerzen streifenförmig dorsal im Bereich der Oberschenkel beidseits. Aufgrund der Kraftlosigkeit in den Beinen habe er Mühe beim Stehen. Er könne etwa 10 Minuten gehen, dann würde die Kraft nachlassen und würden die Schmerzen zunehmen. Das Treppensteigen sei nur langsam möglich. Im Sitzen komme es ebenfalls zu zunehmenden brennenden Schmerzen im Gesäss. Nach etwa 10 Minuten müsse er die Position wechseln. Ansonsten könne er nichts dagegen machen. Die Schmerzen seien den ganzen Tag da. Die Medikamente hätten nie etwas gebracht; die zwei Mal wöchentliche Physiotherapie mit Massage habe nie einen längerfristigen Effekt gehabt. Nach der zweiten Operation habe sich auch nichts verändert. Um die Blase zu leeren müsse er drei Mal täglich einen Katheter benutzen. Er bemerke die Blasenfüllung nicht sicher, verspüre nur einen gewissen Druck am Bauch. Bei der Darmentleerung müsse er regelmässig manuell nachhelfen (Urk. 6/274 S. 46 f.).

Im Rahmen der neurologischen Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer kooperativ und adäquat verhalten, ohne relevantes Schonverhalten. Er sei während 30 Minuten ruhig sitzen geblieben.

Bei der klinischen Untersuchung habe sich die bekannte leichtgradige Sensibilitätsverminderung im Reithosenbereich gezeigt. Relevante Paresen hätten nicht festgestellt werden können. Die Muskelreflexe seien im Bereich der unteren Extremitäten symmetrisch mittellebhaft auslösbar. Bildgebend zeige sich eine persistierende Kompression auf Niveau Th9/10 mit Zeichen einer kleinen Myelopathie, woraufhin am 19. September 2016 eine Laminektomie durchgeführt worden sei. Aktuell ergäben sich keine klinischen Zeichen einer Myelopathie (Urk. 6/274 S. 47 ff.). Es ergäben sich Inkonsistenzen zwischen dem Verhalten bei unauffälliger Beobachtung und den vom Exploranden beschriebenen hochgradigen Einschränkungen, welche insgesamt auch unter Berücksichtigung der klinischen Befunde als wenig plausibel erschienen.

Im A.____-Vorgutachten 2014 sei festgehalten worden, es bestehe ein leichtgradiges, thorakolumbales Vertebralesyndrom, ohne Anhalt für ein assoziiertes nervales Defizit; eine typische Reithosensensibilität liege nicht vor, Zeichen einer Inkontinenz würden fehlen. Diese Feststellungen seien schwer nachvollziehbar, zumal im neurologischen Befund gleichzeitig ein sensibles Defizit perianal und genital beschrieben worden sei. Zudem sei der neurologische A.____-Gutachter nicht auf die neurologischen Vorakten

eingegangen, worin persistierende Miktions- und Sensibilitätsstörung im Bereich der Reithose dokumentiert worden seien. Mithin sei das Konus- Kauda -Syndrom bildgebend, neurophysiologisch und klinisch gut dokumentiert worden. Die gutachterlichen Feststellungen 2014 stünden dazu diskrepant, was seitens des Gutachters unkommentiert geblieben sei.

Die persistierende Symptomatik habe schliesslich zur Operation im September 2016 geführt. Postoperativ habe sich subjektiv keine Besserung eingestellt und hätten sich auch neurophysiologisch keine Veränderungen

ergeben. Auch wenn im Nachgang der operativen Eingriffe von einem stabilisierten Zustand ausgegangen werden könne, seien neurogene Residualbeschwerden plausibel. Im Rahmen der neurologischen Beurteilung könne nicht allein auf die erhaltenen Muskeleigenreflexe abgestellt werden. Die Beurteilung des A.____-Vorgutachters sei daher

wenig umfassend . Aus neurologischer Sicht sei seit der im September 2013 durchgeführte n Spinalkanalstenose von einer 3 0%igen Einschränkung hinsichtlich einer leidensangepassten Verweistätigkeit auszuge hen

(Urk. 6/274 S. 46, Urk. 6/274 S. 49 f.) .

E. 4.5

Gegenüber dem urologischen Gutachter berichtete der Beschwerdeführer, seit der Rückenoperation 2013 leide er an Miktions- und Erektionsbeschwerden. Betref fend erstgenanntes seien sämtliche urologischen und therapeutischen Therapie versuche erfolglos geblieben, weshalb ein ergänzender intermittierender Selbst katheterismus erfolgt sei . Dieser werde auch aktuell ca. 3-4 Mal am Tag durch geführt. Trotzdem sei die Miktionssituation für den Beschwerdeführer nach wie vor nicht zufriedenstellend. Er müsse bei der Diurie von ca. alle 1.5 Stunden ca. 5 Mal pro Nacht aufstehen.

Mithin könne er nicht durchschlafen und das würde ihm auch psychisch zu schaffen machen. Die Miktion sei abgeschwächt, mit War ten und Pressen verbunden, aber nicht schmerzhaft oder brennend. Störend sei auch die 4-6 Mal am Tag auftretende Drangsymptomatik . Dann habe er auch ein Druckgefühl im Bauch und müsse sofort zur Toilette (Urk. 6/274 S. 52 f.).

Der Urinstatus , die Prostata und der äussere Genitalbereich präsentierten sich unauf fälli g. Aus dem durchzuführenden Selbstkatheterismus, der Drangsymptomatik und Einschränkung durch die Nykturie resultiere eine 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinsichtlich einer angepassten Verweistätigkeit mit direkter Erreichbarkeit einer Toilette am Arbeitsplatz (Urk. 6/274 S. 55 ff.).

Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung kamen die begutachtenden Fachärzte zum Schluss , die Schmerzen seien im subjektiv geschilderten Ausmass nicht gänzlich nachvollziehbar. Zudem bestünden psychosoziale Belastungsfak toren (finanzielle Probleme, fehlende Berufsausbildung, Alter über 50 Jahre). Schliesslich hätten sich geringe Diskrepanzen zwischen dem spontanen Verhalten und den Möglichkeiten in der U ntersuchungssituation ergeben; e s müsse eine gewisse Selbstlimitation angenommen werden. Eine Tätigkeit auf dem Bau sei dem Beschwerdeführer seit 2004 nicht mehr zuzumuten. Die Tätigkeit als Taxi fahrer sei ebenfalls schwierig, zumal es längere Pausen bräuchte wegen notwen diger Toilettengänge. Zudem dürften keine schweren Gegenstände ein- und aus geladen werden. Mithin sei der Beschwerdeführer im Bau und als Taxichauffeur zu 100 % arbeitsunfähig. Dies gelte seit der Operation 201 3. Ab 2004 bis zu diesem Zeitpunkt

sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch das psychische Leiden zu 20 % eingeschränkt gewesen. Körperlich leichte, wechselbelas tende Tätigkeiten mit der Möglichkeit, jederzeit die Toilette aufzusuchen und mit erhöhten Pausenbedarf aufgrund der Schmerzen und der Notwendigkeit vermehr ter Toilettengänge seien dem Beschwerdeführer à 7 Stun den am Tag zuzumuten. Bezogen auf ein Vo llzeitpensum sei er damit zu 70 % leistungsfähig. Letzteres gelte jedenfalls seit April 2014 (6 Monate nach der Operation Ende September 2013) . Die im Verlauf wieder vermehrt aufgetretene depressive Störung wirke sich nicht zusätzlich aus

(Urk. 6/274 S. 9 f.). 6.

Die Neuanmeldung vom 2 9. Juni 2017 (Urk. 6/ 241) erfolgte gut

E. 8

f.): - Konus- Kauda -Syndrom (ICD-10: G83) - Chronische s

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10: F33.0/F33.1)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde n (1) eine chronische Schmerz störung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), (2) eine

arterielle Hypertonie und (3) eine Adipositas (BMI 33 kg/m²) festgehalten (Urk. 6/274 S. 9).

E. 13

Monate nach der rentenaufhebenden Verfügung vom 13. Mai 2016 (Ur k. 6/ 228). 6.1

In somatischer Hinsicht sind den eingereichten Unterlagen im massgeblichen Zeitraum keine wesentlichen Veränderungen zu entnehmen. Eine Stuhl- und Urin inkontinenz sowie Sexualfunktionsstörung

(vgl. Urk. 6/182/19), Hypästhesie und Hypalgesie im Reithosenbereich resp. neurogene Harnblasen- und Sexual funktionsstörung bei Kauda - Equina -Syndrom (Erstdiagnose 11/13) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom (vgl. auch Urk. 6/210 ff.) wurden bereits 2014/2015 dokumentiert . Sodann zeitigte die im September 2016 durchgeführte mikrochirurgische Dekompressionlamintomie

ein en komplikationslosen postoperativen Verlauf (Urk. 6/250/7) und vermöchte auch die postoperative Rekonvaleszenz – da vorübergehend – keine anspruchsrelevante Verschlechterung zu begründen. B ereits anfangs Mai 2016 liess sich eine höhergradige neuroforminale Stenose im LWS-Bereich bildgebend nachweisen (Urk. 6/ 250/11); im MRI vom 15. Mai 2019 wurde auf Höhe L3/4 eine mittelschwere Foraminalstenose beidseits mit beginnender Kompression der L4 -Nervenwurzel rechts festgestellt (Urk. 3/3). Soweit der behandelnde Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, im beschwerdeweise eingereichten Bericht vom 14. Mai 2019 behauptet, es bestehe eine schwere Foraminalstenose L4 mit Nervenwurzelkompression L4 rechts und daher (sinngemäss) eine wesentliche Verschlechterung (Urk. 3/2), kann ihm damit nicht gefolgt werden. Die von demselben

ausserdem behauptete «deutliche Myelopathie» widerspricht ebenfalls der MRI-Beurteilung vom 15. Mai 2019. Wurde doch eine Myelopathie – entsprechend dem klinischen Eindruck anlässlich der B.____-Begutachtung (vgl. Urk. 6/ 274 S. 49) - ausdrücklich verneint (Urk. 3/3) .

Im Übrigen hat

Dr. C.____

die postulierte 50%ige Arbeits unfähigkeit nicht hinreichend plausibilisiert und wurden die chronischen lumbospondylogenen Beschwerden im Rahmen der gutachterlichen Arbeitsfähig keitsbeurteilungen adäquat gewürdigt . 6.2

In psychiatrischer Hinsicht korrelieren die subjektiven Beschwerdeschilderungen seit der Neuanmeldung weitestgehend mit den jenigen anlässlich der psychiatrischen Exploration 2014 (vgl. auch

das Z.____ -Gutachten 2007, Urk. 6/116/17) . Der Beschwerdeführer litt nach eigenen Angaben bereits 2014 unter depressiven Verstimmungen , Gereiztheit, Schlaf- und Antriebsstörungen und berichtet e von sozialem Rückzug (Urk. 6/182/38). Als dann war er seit 2004 (resp. 2006, Urk. 6/116/17) – soweit ersichtlich – ununterbrochen in psychiatrischer Behandlung (Urk. 6/182/38) und wurde gutachterlicherseits sowohl 2014 als auch 2018

ein langjähriger, chronischer Zustand/Verlauf festgehalten (Urk. 6/182/38, Urk. 6/274 S. 41). Gleichzeitig

erfolgen psychiatrische Explorationen von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei, weshalb verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009 in Sachen A., 8C_694/2008, Erw . 5.1). Insofern lässt sich die unterschiedliche Qualifikation der depressiven Episode sowie Schmerzstörung zwanglos erklären (vgl. auch die gutachterliche Interpretation anno 2007, Urk. 6/116/19) . Davon abgesehen vermöchte weder eine neu hinzugetretene Diagnose (BGE 141 V 9 E. 5.2 S . 12; 141 V 385 E. 4.2 S. 391)

noch eine Chronifizierung der beklagten Leiden (Urteil des Bundesgerichts 9C_288/2008 vom 16. Mai 2008 E.

5) per se eine relevante Gesundheitsverschlechterung dar zu stellen. Dasselbe gilt im Übrigen auch für eine höhere Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C_955/2012 vom 13. Februar 2013 E.

3.3.4) . Schliesslich lässt sich aus den beschwerdeweise eingereichten Unterlagen der behandelnden Psychiaterin, worin diese vornehmlich Kritik am A.____ -Gutachten äusserte, vorliegend nichts zugunsten des Beschwerdeführers ableiten. Zudem lässt ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit jegliche Begründung vermissen (Urk. 9/1-2). 6.3

Zusammenfassend ist aufgrund der insoweit hinreichend aufschlussreichen und aussagekräftigen Aktenlage (vgl. E. 1.4) festzuhalten , dass sich die Verhältnisse des Beschwerdeführers seit der gerichtlich bestätigten Rentenaufhebung vom 13. Mai 2016 (Urk. 6/228) bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 2019 (Urk. 2) nicht anspruchrelevant verändert haben. Damit erübrigen sich – entgegen der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 2) - weitere Abklärungen. Weil es damit auch an einem Revisionsgrund fehlt, bleibt kein Raum für eine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassende Prüfung des Rentenanspruchs.

Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechters und die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG)). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Urs Späti -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage je des Doppels von
Urk. 8 und

Urk. 9/1-2 - 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 Bundesge-
setzes 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstHediger

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