

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00454 vom 6. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00454

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00454 du 6 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00454 del 6 maggio 2020

Erwägungen

E. 1.1

Wurde eine Rente

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 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 Neuanmeldung 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 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

Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs.

E. 1.3

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht;

vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4) .

Da bei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit . f IVV auf dem Weg der blossen Mit teil lung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu ver gleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hin weis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.4

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 08.2018 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. 2

Dagegen erhob X.____ am 19. Juni 2019 Beschwerde und beantragte, es sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 21. Mai

2019 eine poly disziplinäre Begutachtung durchzuführen und über den Rentenanspruch neu zu ver fü gen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 18. Juli

2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwer deführer am 19. Juli 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegeg nerin, der Beschwer deführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit auf dem Bau nicht mehr arbeitsfähig. Demgegenüber könne er in einer angepassten Verweistätigkeit nach wie vor ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen; die seitens der behandeln den Ärzte postulierte Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit sei auf psycho soziale Gründe zurückzuführen und damit invaliditätsfremd. Mithin bestehe kein IV-Leistungsanspruch (Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, seit der letzten Leistungsprüfung habe sich sein Gesundheitszustand verschlechtert. Es könne heute nicht mehr auf die kreisärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung 2017 abgestellt werden. Insbesondere seien auch die krankheitsbedingten Leistungseinschrän kungen zu berücksichti gen. Zudem bestehe eine eigenständige Depression. Mithin sei eine polydiszipli näre Begutachtung angezeigt (Urk. 1).

E. 3

Die IV-Stelle ist auf die Neuanschuldung vom 9. Januar 2019 (Urk. 6/ 89) eingetre ten. Strittig und zu prüfen ist, ob sich die Frage nach einer rentenwirksamen Ver änderung seit der leistungsabweisenden Verfügung vom 2 5. Juni 2014 (Urk. 6/60; vgl. E. 1.3) aufgrund der vorhandenen Akten hinreichend beurteilen lässt und be jahendenfalls, ob die Beschwerdegegnerin eine wesentliche Veränderung zu Recht verneint hat.

E. 4

Der Entscheid vom 2 5. Juni 2014 stützte sich auf die nachfolgende medizinische Sachlage:

E. 4.1

Im Rahmen der fachärztlich-chirurgischen Untersuchung vom 2 9. Januar 2014

diagnostizierte der beurteilende Kreisarzt einen St atus nach Verkehrsunfall am 3. April 2013 mit/bei

(Urk. 6/ 36/5): - Status nach

Femurkopfluxation rechts mit/bei: - Status nach Versorgung in Italien mi ttels Kirschnerdrähten am 3. April

2013 - Status nach Hüfttotalprothese-Implantation am 1 7. April 2013 - Ansatznahe, transmurale

Supraspinatussehnenruptur und Subluxation der langen Bicepssehne rechts (dominant)

Der Beschwerdeführer habe einen Verkehrsunfall erlitten und sich dabei unter anderem eine Femur kopfluxation rechts zu gezogen. Diese sei nach einer provi sorischen Versorgung in Italie n mittels Hüftprothese am 1 7. April 2013 definitiv revidiert wo rde n . Postoperativ hätten durchwegs Hüftbeschwerden bestanden; der Verlauf sei protrahiert. Der Hüftorthopäde habe in der Sechsmonatskontrolle bestätigt , dass die Beschwerden nur partiell objektivierbar seien. Zudem habe sich der Beschwerdeführer wahrscheinlich eine Rotatorenmanschettenläsion zu ge zo gen. Aufgrund der weitgehend freien Schulterfunktion sowie dem raschen Ausziehen der Oberbekleidung anlässlich der aktuellen Untersuchung bestehe dies bezüglich keine Operationsindikation.

Subjektiv sei die Hüfte deutlich schmerzhafter als die Schulter, wobei der Beschwerdeführer nur ausnahmsweise Dafalgan 500 mg benötige. Die machbare Gehstrecke sei nach Angaben des Beschwerde führers auf 20 - 30 Minuten limitiert; Trep pensteigen sei nur mühsam möglich (Urk. 6/36/5) .

Klinisch zeige sich vor allem eine ventrale Schultersymp tomatik als Folge eines Impingements bzw. der Bicepssehnen -Subluxation (Urk. 6/36/6) .

Der Beschwerdeführer sei hinsichtlich einer leichten Tätigkeit, ohne hüftgelenks-und schulterbelastende Arbeiten ganztags arbeitsfähig; im Detail werde das Belastbarkeitsprofil der B.____ übernommen (Urk. 6/36/6).

E. 4.2

Vom 4. September bis 9. Oktober 2013 weilte der Beschwerdeführer zur stationären Rehabilitation in der B.____ . Bei Austritt hätten regrediente , schmerzhafte Bewegungseinschränkungen in der rechten Hüfte, eine schmerz hafte Bewegungseinschränkung in der rechten Schulter und

ein subacromiales

Impingement bestanden. Bei Austritt habe der Beschwerdeführer keine Medikamente genommen und es wurde die Weiterführung der physikalischen Therapien empfohlen. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zuzumuten. Hinsichtlich einer leichten, wechselbelastenden Arbeit, ohne Zwangshaltungen der rechten Hüfte, ohne Tätigkeiten auf hohen Leitern, ohne andauernde Überkopfarbeiten, ohne Heben von schweren Lasten bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit (vgl. Austrittsbericht vom 10. Oktober

2013, Urk. 6/13/1 f.).

E. 5

Im Rahmen der Neuanmeldung vom 9. Januar 2019 liegen im Wesentlichen die nachfolgenden medizinischen Unterlagen bei den Akten :

E. 5.1

Der Beschwerdeführer weilte zur stationären Rehabilitation vom 26. Mai bis 15. Juni 2015 in der C.____. Im Austrittsbericht

vom 26. Mai 2015 wurden folgende Diagnosen festgehalten (Urk. 6/93/191): - Restbeschwerden bzw. chronische Schmerzsymptomatik bei - chronischer Lumbago - Status nach Hüft-Totalprothese rechts wegen Femurkopfluxationsfraktur am 17. April 2013 - Status nach

Kirschnerdraht -Osteosynthese bei Verkehrsunfall am 03. April 2013 - Gonarthrose links mehr als rechts - Hyperurikämie akuter Gichtanfall am 12. Juni 2015 am Malleolus

lateralis rechts, Harnsäure 528µmol/l, BSR: 63 mm/h Im Zusammenhang mit den beklagten postoperativen Schmerzen in der rechten Hüfte habe ein infektiöses Geschehen ausgeschlossen werden können und sich radiologisch eine regelrechte Prothesenlage gezeigt. MR-tomographisch habe sich keine Erklärung für die Schmerzproblematik in der Hüfte finden lassen. Die Abklärung der Lendenwirbelsäule habe sich ebenfalls als unauffällig erwiesen.

Die subjektiv chronisch intermittierenden Schmerzen in der rechten Hüfte bestünden sowohl bei Belastung als auch in Ruhe. Aus diesem Grunde sei der Beschwerdeführer seit 2013 bis anhaltend zu 100% arbeitsunfähig. Im Juni 2015 habe er zudem massive Schmerzen über dem oberen Sprunggelenk (OSG) rechts berichtet. Klinisch habe sich eine Rötung sowie prall-elastische Schwellung mit massiver Druckempfindlichkeit über dem Malleolus

lateralis rechts gezeigt. Laborchemisch habe sich eine erhöhte Harnsäure ergeben. Bei bekannten intermittierenden Gelenksschwellungen, insbesondere im Knie und OSG rechts, sowie einem Alkoholkonsum von 3-4 Bier täglich

sei von einem akuten Gichtanfall auszugehen. Eine medikamentöse Therapie sei initiiert und der Beschwerdeführer bezüglich des Zusammenhanges von Gichtanfall, gesunder Ernährung und Alkoholkonsum aufgeklärt worden. Im Rahmen des Klinikaufenthaltes sei eine Verlängerung der selbständigen

(ohne Hilfsmittel)

Gehstrecke auf 500 Meter erreicht worden; Treppensteigen und –ab steigen sei machbar bis 50 Stufen . Die angegebene Schmerzintensität und Beweglichkeit sei während des gesamten stationären Aufenthaltes sehr tagesabhängig gewesen. Für körperlich schwere Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Er sei nur noch geeignet für eine mittelschwere , wechselbelastende

(mit Arbeiten stehend/ gehend am Stück während maximal einer Stunde)

Tätigkeiten , ohne Lastenheben über 10 kg, ohne Zwangshaltungen in der rechten Hüfte, ohne

andauernde Überkopftätigkeiten sowie aus Sicherheitsgründen ohne Tätigkeit auf hohen Mauern . Als Austrittsmedikation wurden Targin 5/2.5 (1-0-0-1), Olfen 50 mg (1-0-1-0), Pantozol 20 mg genannt (0-0-1 0, Urk. 6/93/191 ff.).

E. 5.2

Vom 12. Oktober bis 9. November 2015 absolvierte der Beschwerdeführer ein stationäres interdisziplinäres Schmerzprogramm

in der D.____. Grund dafür seien die bestehenden LWS-Beschwerden mit Ausstrahlungen in den rechten Oberschenkel sowie progrediente HWS- und Schmerzen in der rechten Schulter mit starken Mobilitätseinschränkungen gewesen . Im Austrittsbericht vom 17. November 2015 wurde

keine neuen Diagnosen genannt und es wurde dem Beschwerdeführer ab dem 16. November 2015 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit Lastenheben bis 5kg, ohne häufiges Bücken, ohne lange Hebebelastungen und ohne einseitig belastende Zwangshaltungen attestiert. Die Schulterproblematik rechts habe sich vor allem bei Überkopfarbeiten manifestiert. Die Schmerzsituation habe sich im Rahmen des Aufenthaltes leicht verbessert. Durch das intensive physikalische Training hätten auch die Alltagsaktivitäten wie Heben, Tragen und Bücken deutlich verbessert werden können. Allerdings habe der Beschwerdeführer während des Aufenthaltes viel Anleitung und Zuspruch benötigt. Mit herannahendem Klinikaustritt habe er Bedenken an der eigenverantwortlichen Weiterführung des Trainings zu Hause geäußert; in der Vergangenheit habe er jeweils ca. drei Wochen nach Beendigung einer Therapie die Motivation verloren. Als Austrittsmedikation wurden Pantozol 20 mg (1-0-0-0-0), Novalgin 500 mg (max. 4x täglich), Stilnox

E. 5.3

Die radiologische Untersuchung des Thorax, des Beckens und rechten Hüftgelenks, der rechten Schulter sowie Knie beidseits vom 26. September

2017 ergab ein intaktes, gut verankertes Fremdmaterial im rechten Hüftbereich, eine mässig mediale Gonarthrose, ein beidseits medial etwas verschmälerter Gelenkspalt im Femorotibialgelenk , links führend und einen grenzwertig hohen Subakromialraum im rechten Schultergelenk (Urk. 6/93/81).

E. 5.4

Am 26. September 2017 wurde der Beschwerdeführer zudem erneut kreisärztlich -chirurgisch untersucht. Der beurteilende Kreisarzt hielt neu folgende zusätzlichen Diagnosen fest (Urk. 6/82/6 f.): - Arterielle Hypertonie, derzeit medikamentös

unzureichend eingestellt. - Coxarthrose links - Erhöhung der Transaminasen und der γ GT im Serum als Zeichen einer Leberschädigung - Morbus

Dupuytren beider Hände - Verdacht auf periphere arterielle Verschlusskrankheit

Im Rahmen der Untersuchung habe der Beschwerdeführer sein Hemd im Stand über Kopf aus gezogen, ohne auffällige Ausgleichsbewegungen. Die Hose habe er angelehnt an die Untersuchungsliege unter wechselndem Gebrauch beider Hände aus gezogen. Dabei habe er beidseits den

Einbeinstand eingenommen. Die Socke am linken Fuss habe der Beschwerdeführer mit der rechten Hand aus gezogen; für das Ausziehen der rechten Socke (eben falls mit der linken Hand) habe er das rechte Bein gebeugt und dabei die rechte Hüfte deutlich über 90° gebeugt.

Im Barfußgang habe der Beschwerdeführer eine normale Schrittlänge und ein leichtes Hinken rechtsseitig gezeigt. Am rechten Oberschenkel im Bereich des Trochanter major habe er einen deutlichen Druckschmerz angegeben; dort vermutete

der Beschwerdeführer die Schrauben der Implantate. In Rückenlage auf der Untersuchungsliege habe er ausserdem eine deutlich eingeschränkte Beugung des rechten Hüftgelenkes sowie Schmerzen angegeben; zuvor habe er im Sitzen problemlos einen rechten Winkel erreicht. Die Kniegelenke zeigten beidseits keine Ergussbildung. Bei der aktiven und passiven Bewegung im Kniegelenk links sei ein deutliches Krepitiere retropatellar tastbar; rechts zeige sich ein retropatellares Reiben, geringer als auf der linken Seite. Die Beschwielung der Handinnenflächen und der Fingerkuppen seien seitengleich ausgeprägt; auffällig seien schwärzliche Partikel unter den Fingernägeln beider Hände und im Bereich der Nagelfalze. Im Bereich der rechten Schulter bestehe ventralseitig ein Druckschmerz. Die Haltekraft in 90° Abduktion sei weder in Innenrotation noch

in Aussenrotation abgeschwächt. Der Nackengriff gelinge beidseits vollständig, rechts etwas langsamer. Mit allen Fingerkuppen der Langfinger könnten die Daumenkuppen erreicht werden. Der Faustschluss sei auf beiden Seiten vollständig möglich. In der Hohlhand

bestünden auf beiden Seiten derbe und knotige Stränge mit Betonung im Bereich des 4. Strahls. Diese Veränderungen entsprächen dem klinischen Befund eines Morbus Dupuytren. Die Handkraft, gemessen mit dem Jamar

betrage rechts (3

Messungen) 20, 14,

E. 5.5

Im Verlaufsbericht vom 28. Januar 2018 diagnostizierte der seit August 2017 behandelnde

Dr. Z. ____

ein chronisches zervikolumbales Schmerzsyndrom (ED

November

2015). Der Beschwerdeführer leide an einem chronischen

Nackenschmerz, Schulter- sowie Hüft- und Oberschenkelbeschmerzen rechts. Die aktuelle Medikation bestehe aus Sildenafil (0-0-1), Ecofenac 75 mg (1-0-1) und Venlafaxin 75 mg (1-0-0). Es bestehe für sämtliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Aufgrund der chronischen Schmerzen und mangelnden Ressourcen sei die Prognose für eine

berufliche Wiedereingliederung nicht gut; der Beschwerdeführer spreche nur Italienisch, verfüge über keine Berufsausbildung und habe keine Computerkenntnisse (Urk. 6/96).

E. 5.6

Gemäss Konsiliarbericht von PD Dr. A. ____

vom 4. Dezember 2018 habe der Beschwerdeführer HWS-Schmerzen mit Ausstrahlung bis in den rechten Oberarm, Beckenschmerzen rechts mit Ausstrahlung in den Oberschenkel sowie Schulterschmerzen beidseits mit Blockade bis in die Brustwirbelsäule beklagt. Zudem könne der Beschwerdeführer die rechte Hand nicht bewegen. Er habe keine Kraft, vergesse viel, habe Angst, sich zu bewegen, weil er sich vor Schmerzen fürchte. Klinisch habe sich eine verminderte Beweglichkeit der HWS in alle Richtungen gezeigt, schmerzbedingt. Passiv seien die Gelenke der Arme und Beine frei beweglich. Die Schultergelenke seien beidseits schmerzbedingt bei der Abduktion eingeschränkt. Die Motorik und Sensibilität im rechten Arm seien nicht beurteilbar. Unter Vorbehalt eines noch mals durchzuführenden Entzündungslabors bestehe ein «Krankheitsbild im Sinne eines chronischen Schmerzpatienten bei Status nach Unfall». Als Therapie scheine nur noch eine symptomatische Behandlung übrig zu bleiben; zur Schmerzbewältigung könnte eine psychiatrische Betreuung erfolgen. Es sei fünf Jahre nach dem Unfall nicht mehr mit einer relevanten Besserung zu rechnen. Für mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeiten bestehe aufgrund der Schmerzen keine Arbeitsfähigkeit; für leichte Arbeiten fehlten dem Beschwerdeführer die Ressourcen (Sprache/Computerkenntnisse/Ausbildung, Urk. 6/96/7 f.). 6.

Die Neuanmeldung vom 9. Januar 2019 (Urk. 6/89 ff.)

erfolgte rund neun Monate nach

dem Nichteintretensentscheid

vom 18. April 2018 (Urk. 6/85). 6.1

In somatischer Hinsicht sind den eingereichten Unterlagen keine anspruchrelevanten Veränderungen zu entnehmen. Insbesondere vermag weder eine höhere Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C_955/2012 vom 13. Februar 2013 E.

3.3.4) noch neu hinzugetretene Diagnose (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; 141 V 385 E. 4.2 S. 391) für sich allein genommen eine wesentliche Veränderung zu begründen. Zwar wurde im Jahr 2015 neu eine degenerative Veränderung in den Knien, ein Morbus Dupuytren

sowie Gicht diagnostiziert. Daraus ergaben sich indes keine klinisch relevanten Einschränkungen, insbesondere auch kein Streckdefizit der Hände (vgl. E. 5.4; vgl. auch die kreisärztliche Bilddokumentation der Hand, Urk. 6/93/67; vgl. ausserdem den Radiologiebericht vom September 2017, wonach es sich bei den Knie-Befunden

lediglich um mässig degenerative Veränderungen handle, E. 5.3). Die verminderte Handkraft (rechts mehr als links) liess sich zudem nicht objektivieren (vgl. E. 5.4). Alsdann wurden

in den zeitlich nachfolgenden Arztberichten weder die Knie-Befunde noch der Morbus Dupuytren erwähnt; einzig im Bericht vom 4. Dezember

2018 hielt Dr. A. ___ rudimentär fest, der Beschwerdeführer habe angegeben, die Hand nicht richtig bewegen zu können. Objektive Befunde diesbezüglich

liess Dr. A. ___ indes vermissen. Offenbar bestand in diesem Zusammenhang weder seitens des Beschwerdeführers noch aus ärztlicher Sicht ein weiterer Abklärungs- oder Behandlungsbedarf; Gegenteiliges ist den vorhandenen Akten jedenfalls nicht zu

entnehmen. Vielmehr standen im massgeblichen Beurteilungszeitraum die vorbekannten HWS-/Becken- und Schulterschmerzen im Vordergrund. Die

diesbezüglich dokumentierte

Chronifizierung

ist indes per se ungeeignet, eine relevante Gesundheitsverschlechterung darzustellen

(Urteil des Bundesgerichts 9C_288/2008 vom 16. Mai

2008 E. 5) . Daran vermögen auch die stationären Rehabilitationsaufenthalte 2015 nichts zu ändern. Insbesondere liessen sich die beklagten Schmerzen dabei nicht hinreichend objektivieren. Zudem ergeben sich bei den ärztlichen Hinweisen auf Inkonsistenzen, Motivationsschwierigkeiten zum eigenverantwortlichen Training sowie bei der fraglichen Medikamentencompliance zumindest Hinweise darauf, dass die beklagten Beschwerden von invaliditätsfremden Faktoren (mit-)verursacht und/oder unterhalten werden (vgl. E. 5.2, E. 5.4) . Die beschwerdeweise geltend gemachte «reaktive eigenständige Depression» (Urk. 1 S. 16) ist medizinisch nicht ausgewiesen; es liegt weder eine fachärztlich festgestellte Diagnose aus dem depressiven Formenkreis noch eine anderweitige psychiatrische Störung mit Krankheitswert vor. 6.2

Zusammenfassend besteht aufgrund der insoweit hinreichend aufschlussreichen und aussagekräftigen Aktenlage

kein weiterer Abklärungsbedarf und ist die Beschwerdegegnerin unter zutreffender Würdigung der vorhandenen Akten zum überzeugenden Schluss gelangt, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers seit der rechtskräftigen Verfügung vom 25. Juni

2014 (Urk. 6/60)

bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 21. Mai 2019 (Urk. 2) nicht anspruchrelevant verändert haben.

Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtens 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 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 10

Kp, und links

30,

22,

20 Kp; im Klemmgriff zwischen D1 und D2 figurieren die gemessene Kraft rechts bei

E. 15

Kp und links bei

E. 17

Kp . Die Rumpfdrehung im Sitzen gelinge beidseits bis 30-0-30°. Der Finger-Bodenabstand bei 0° Rumpfeigung nach vorn betrage 0 cm.

Beim Ankleiden zum Ende der Untersuchung habe der Beschwerdeführer Ausgleichsbewegungen des rechten Armes gezeigt, welche auf eine Funktionseinschränkung im rechten Schultergelenk schließen lassen.

Aufgrund der Laboruntersuchungen sei die Diagnose einer Gicht zu bestätigen; der Rheumafaktor figuriere im Normalbereich und die als eingenommen angegebenen Medikamente (Paracetamol, Diclofenac, Tizanidin) seien nicht im ausreichenden Mass nachweisbar (Urk. 6/93/60 ff.) . Zusammenfassend stünden die klinischen Untersuchungsbeobachtungen im Widerspruch zu den beklagten Einschränkungen; Unterschiede ergäben sich vor allem bezüglich des Bewegungsausmasses der rechten Hüfte. Der Beschwerdeführer sei im Rahmen der Befragung 2x30 Minuten mit einer Hüftbeugung von mindestens 90° (die für das normale Sitzen erforderlich sei) gesessen. Dabei sei ihm auch eine Rumpfbeugung nach vorne (beim Gestikulieren) gelungen. Dies lasse vermuten, dass

die 90° Beugung im rechten Hüftgelenk auch überschritten werden könne. Unterstützt werde diese Vermutung durch die Angaben des Beschwerdeführers, wonach er ungefähr eine Stunde lang ein Auto lenken könne. Im Rahmen der klinischen Untersuchung habe er sodann eine Einschränkung der Beugung im Hüftgelenk bei 70° unter der Angabe starker Schmerzen demonstriert. Mit einer Limitation auf 70° sei ein normales Sitzen auf einem Stuhl oder in einem Auto auf dem Fahrsitz ohne Anpassungen indes nicht möglich. Weiter sei der Beschwerdeführer mit einer rechts geführten Gehstütze

zur Untersuchung erschienen, deren Gummistoppfen indes fast keine Abnutzung zeigten. Die Sohlen seiner Schuhe seien seitengleich abgenutzt und am rechten Bein sei keine Minderung des Muskelmantels nachweisbar gewesen. Eine verminderte Gebrauchsfähigkeit des rechten Beines sei daraus nicht abzuleiten. Das angegebene Taubheitsgefühl im Bein sei alsdann nicht konstant. Im Rahmen mehrerer neurologischer Untersuchungen seien keine Sensibilitätsstörungen dokumentiert worden. Bei alledem seien die subjektiven Beschwerden und die gezeigten Einschränkungen nur partiell objektivierbar.

Bezüglich der rechten Schulter habe der Beschwerdeführer eine Einschränkung der Abduktion und eine Einschränkung der Rotationsfähigkeit gezeigt. Der Muskelmantel des rechten Ober- und Unterarms sei

indes deutlich kräftiger als auf der linken Seite (Oberarm 1,5 cm, Unterarm 1,1 cm), die Beschwellung der Hände sei seitengleich ausgeprägt und an beiden Händen fanden sich Gebrauchsspuren ohne Seitendifferenzen. Ein Druckschmerz sei lediglich ventral über der rechten Schulter auslösbar gewesen, eine Schwellung habe nicht vorgelegen. Die geringeren Werte der Handkraft rechts ließen sich einerseits nicht ausreichend mit einem Schaden der Supraspinatusehne begründen und sei andererseits

nicht kongruent zu der deutlich kräftiger ausgeprägten Muskulatur des rechten Arms. Bei alledem lasse sich eine Schwäche der rechten oberen Extremität oder eine verminderte Gebrauchsfähigkeit nicht objektivieren (Urk. 6/93/44 ff.).

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