

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00776 vom 20. Februar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-02-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00776

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00776 du 20 février 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00776 del 20 febbraio 2020

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.

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. 3 IVV Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanmeldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Mit Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 108 E. 2a, 262 E. 3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahin gehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

), welche vorliegend aufgrund der neu genannten Diagnosen und bildgebend bestätigten Befunde als ausgewiesen zu betrachten sind.

E. 1.5

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.).

E. 2

Der Versicherte erhob am 31. Oktober 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 4. Oktober 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, es sei auf das Leistungsbegehren einzutreten und es seien weitere Abklärungen vorzunehmen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2). Mit Beschwerdeantwort vom 9. Dezember 2019 (Urk. 5) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 10. Dezember 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 1) davon aus, dass die eingereichten Berichte keine neuen Aspekte belegen würden, die auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes hinwiesen. Das chronische multilaterale Schmerzsyndrom sei bereits bei der letzten Anmeldung bekannt gewesen (S. 1 unten). Es hätten sich lediglich geringgradig veränderte objektive Befunde

gezeigt und die aufgeführten neuen Diagnosen würden nicht gewichtig ausfallen. Zwar sei aus versicherungsmedizinischer Sicht eine Veränderung des Gesundheitszustandes nicht auszuschliessen, aufgrund der vorliegenden Unterlagen jedoch nicht sehr wahrscheinlich, weshalb auf das neue Gesuch nicht eingetreten werde (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1), dass seit der letztmaligen Verfügung neue Diagnosen und Befunde vorlägen (S. 6 Ziff.

18, S. 9 Ziff. 26). Es bestünden daher gestützt auf die Feststellungen der behandelnden Ärzte ausreichende Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands (S. 8 Ziff. 23). Entsprechend sei der verschlechterte Gesundheitszustand durch die Beschwerdegegnerin vertieft abzuklären (S. 10 Ziff.

28).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung zu Recht nicht eingetreten ist. Prozessthema ist, ob der Beschwerdeführer im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV glaubhaft gemacht hat, dass sich sein gesundheitlicher Zustand seit der im September 2014 erfolgten, mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 15. April 2015 bestätigten, leistungsverneinenden Verfügung vom 9. September 2014 wesentlich verschlechtert hat.

E. 3.1

Dr. med. A.____, Facharzt für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 14. Juni 2012 (Urk. 6/35/16-17) die folgenden Diagnosen (S. 1): - chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom mit und bei - engem zervikalem Spinalkanal auf Höhe HWK 5/6 - Autounfall am 18. Dezember 2011 (Frontalkollision) - unspezifischem Schwindel - rezidivierenden depressiven Episoden - Knieschmerzen beidseits, exazerbierend seit Mai 2012 Eine bildgebende Untersuchung vom 18. April 2012 habe eine Einengung des zervikalen Spinalkanals auf mehreren Etagen, maximal auf Höhe HWK 5/6 mit aufgebrauchtem Subarachnoidalraum sowie eine Einengung der Neuroforamina HWK 6/7 beidseits sowie HWK 5/6 linksbetont gezeigt. Die wahrscheinliche Irritation des Myelons dürfte zumindest einen Teil der zervikozephalen Schmerzen erklären. Es sei eine operative Entlastung indiziert, weshalb die Überweisung an PD Dr. B.____ erfolge. Da die Knieschmerzen inzwischen ebenfalls ein invalidisierendes Ausmass angenommen hätten, sei auch hier eine weitergehende orthopädische Abklärung angezeigt (S. 1-2).

E. 3.2

) leichte bis mittelschwere degenerative Veränderungen kombiniert mit einer leichten Spinalkanalstenose (vor allem C3/C4 und C5/C6), einen Verdacht auf ein radiokuläres Reizsyndrom C6 links sowie Knieschmerzen beidseits unklarer Ätiologie .

E. 3.3

Die Gutachter des Z.____ stellten nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchung in ihrem Gutachten vom 21. Oktober 2013 (Urk. 7/69/2-21) keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

nannten sie : - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Schmerzverarbeitungsstörung (Symptomausweitung; ICD-10 F54) - unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik - Status nach Verkehrsunfall am 18. Dezember 2011 - radiologisch Diskushernien HWK3/4 und 5/6 ohne klaren Hinweis für Neurokompression oder Myelopathie - Hepatopathie unklarer Ätiologie - Thrombozytopenie unklarer Ätiologie - CRP-Erhöhung unklarer Ätiologie Bei der orthopädischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer während einer Dreiviertelstunde ruhig gesessen und seine Beschwerden geschildert. Er habe wiederholt beim Entkleiden im Sitzen und Stehen gestöhnt, welches aber flüssig und ohne sichtbare Einschränkung gelinge. Insgesamt sei die Kooperation bei der körperlichen Untersuchung deutlich eingeschränkt gewesen (S. 13 unten f.). Der Beschwerdeführer habe erklärt, die Gangarten unmöglich durchführen zu können, habe jedoch dabei beobachtet werden

können, wie er in normalem Wechselschritt treppab gehe. Es falle angesichts der ausladenden, sprunghaften und häufig auf die Untersuchungsfragen nicht eingehenden Ausführungen schwer, den Leidensdruck zu erfassen. Bei der gesamten körperlichen Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen komme es zur unablässigen, von der aktuellen Prüfung weitgehend unabhängigen, diffusen und wechselhaften Schmerzangabe da und dort. Der Beschwerdeführer gebe eine Druckdolenz der gesamten Körperoberfläche mit Ausnahme des Bauches an. Fünf von fünf Waddell-Zeichen seien positiv. Auf radiologischer Ebene bestünden Diskushernien im Halswirbelkörper (HWK) 3/4 und 5/6 ohne klaren Hinweis für Neurokompression oder Myelopathie. In Anbetracht des klinisch objektiv weitgehend blanden Befundes werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet (S. 15 f.). Die vom Beschwerdeführer beklagten, völlig diffus unter anderem den ganzen Bewegungssystem umfassenden Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls begründen. Die gesamte anamnestiche und klinische Präsentation einschliesslich massiver Inkonsistenzen, anamnestiche fehlenden Ansprechens auf konservative Therapiemassnahmen, analgetische Therapie und langdauernde körperliche Schonung sowie Arbeitskarenz könnten als klare Hinweis für eine im Vordergrund stehende nicht-organische Beschwerdekomponente angesehen werden (S. 16). Insgesamt könne aus polydisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen Erwerbstätigkeit festgestellt werden (S. 18 unten). Es sei nur schwierig möglich, aufgrund der vorliegenden Unterlagen die Arbeitsfähigkeit zu einem früheren Zeitpunkt retrospektiv gesehen mit Sicherheit zu beurteilen. Somit gelte die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der Untersuchung im August 2013. Aufgrund der vorliegenden Akten könne jedoch aus rein gutachterlicher Sicht eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit nicht nachvollzogen werden (S. 19).

E. 4

.3

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, G.____, nannte in seinem Bericht vom 26. März 2019 über die am 22. März 2019 erfolgte Schmerzsprechstunde (Urk. 6/116) die folgenden, hier verkürzt aufgeführten, Diagnosen (S. 1): - chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom mit somatischem und psychischem Faktor - Autounfall am 18. Dezember 2011 - chronisches posttraumatisches, zerviko-cephales und zerviko-brachiales Schmerzsyndrom - enger zervikaler Spinalkanal C5/6 - chronische Gonalgie beidseits - chronische Schulterschmerzen beidseits: subacromiale Dekompression mit AC-Gelenksteilresektion rechts vom Januar 2016, Rotatorenmanschettenruptur links, Erstdiagnose November 2017 - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom - chronische, brennend stechende Schmerzen an den Füßen beidseits Differentialdiagnose (DD): Polyneuropathie, Spinalkanalstenose Es handle sich um ein schwergradiges und hochgradig chronifiziertes, multilokuläres Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren. Soweit er dieser Erstkonsultation vernennen könne, bestehe aktuell der grösste Leidensdruck aufgrund der brennend heissen Schmerzen an beiden Füßen. Diese könnten durch eine Polyneuropathie oder aber auch durch die vorbekannte und möglicherweise progrediente zervikale Spinalkanalstenose verursacht sein (S. 2). Es zeige sich ein durchwegs ataktisches, jedoch auch (möglicherweise etwas ostentativ akzentuiert) verlangsamtes und beeinträchtigtes Gangbild. Grundsätzlich sei bei dieser multilokulären hochgradig chronifizierten komplexen Schmerzproblematik, welche mit Sicherheit neben

somatischen auch psychische Faktoren mit ein beziehe, bezüglich interventionellen und operativen Massnahmen grösste Zu rückhaltung geboten. Vielmehr dürfe durch eine regelmässige und engmaschige gute hausärztliche und psychotherapeutische Betreuung einer weiteren Deterio ration entgegengehalten werden (S. 2 f.). In seinem Bericht vom 28. Mai 2019 über die Sprechstunde vom 24. Mai 2019 (Urk. 6/150) nannte Dr. F.____ dieselben Diagnosen wie im Bericht vom März 2019. Aus seiner Sicht sei eine Arbe itstätigkeit bei diesem multilok ulären und multidimensionalen schwergradigen invalidisierenden Schmerzsyndrom schlicht nicht denkbar (S. 2).

E. 4.1

Dr. med. D.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Trau matologie des Bewegungsapparates, nannte in seinem Bericht vom 7. Januar 2019 (Urk. 6/142/13-14) die folgenden Diagnosen (S. 1): - chronisches, posttraumatisches cervicocephal es und cervicobrachiales Schmerz syndrom bei - engem zervikalen Spinalkanal C5/6 - Autounfall am 18. Dezember 2011 mit unspezifischem Schwindel und rezidivierenden depressiven Episoden - chronische Gonalgie beidseits nach Dashboard Injury im Rahmen des oben genannten Autounfalls mit - Insuffizienz des vorderen Kreuzbands (VKB; nicht eindeutig trauma tisch) - medial betonter femoro tibialer

Chondropathie und begleitender femo ro patellärer

Chondropathie - n icht operativ versorgte Rotatorenmanschetten -Ruptur linksseitig (MRT Diagnose vom 8. November 2017) - konservative Therapie auf Wunsch des Patienten (schwierige soziale Situation) - chronisches myofasiales panvertebrales Schmerzsyndrom mit MRT-mor phologisch lediglich Spondylose und rechtskonvexer Fehlhaltung ohne relevante Diskuspathologie, Osteochondrose oder Spondylarthrose Unverändert leide der Beschwerdeführer unter hartnäckigen Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule, lumbalen Rückenschmerzen, starken linksseitigen Knie schmerzen sowie Schulterbeschwerden . Er erhoffe sich von der stationären Rehabilitation ein besseres Krankheitsverständnis des Patienten sowie eine erhöhte Motivation durch ein intensives Eigentaining, um zumindest den myo faszialen Anteil der Symptomatik nachhaltig zu verbessern. Sicherlich bestehe im Bereich der HWS eine gewisse Degeneration, eventuell auch posttraumatisch nach dem Schleudertrauma (S. 1). Ferner bestehe eine beginnende Arthroseentwicklung im linken Knie mit VKB-Insuffizienz sowie eine chronische Rotatoren man schet ten-Ruptur-Situation linksseitig. Im Verlauf mache es Sinn, mittels aktueller MRT-Bildgebung die Situation an der linken Schulter und am linken Knie noch einmal zu bilanzieren und zu beurteilen, inwiefern allenfalls operative Behand lungsmassnahmen nachhaltig eine Beschwerdelinderung und Leistungsver besse rung erbringen könnten (S. 2).

E. 4.2

Die Ärzte des E.____ nannten in ihrem Austrittsbericht vom 11. Februar 2019 über den Aufenthalt vom 28. Januar bis 10. Februar 2019 (Urk.

6/117/1-2) dieselben Diagnosen wie im Bericht von Dr. D.____ vom Januar 2019 (vorstehend E. 4.1). Aufgrund der zentralen maladaptiven Schmerzverarbeitung und starken Soma tisierungstendenz werde das Rehapo tential bei dem im Prinzip (ohne Beobach tung) gut mobilen Patienten als sehr limitiert angesehen . Nur für sitzende leichte Tätigkeiten bestehe eine Teilarbeitsfähigkeit (S. 2).

E. 4.4

Mit Stellungnahme vom 12. Mai 2019 (Urk. 6/139 S. 2) erachtete Dr. med.

H.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), das in den neu vorgelegten Berichten beschriebene chronische multilokuläre Schmerzsyndrom als seit Jahren bekannt. Wesentliche neue medizinische Aspekte seien nicht berichtet worden (S.

2).

E. 4.5

Dr. med. I.____, Praktische Ärztin, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 16. September 2019 (Urk. 6/156 S. 3) aus, dass die zahlreichen Berichte seit 2013 bis Mai 2019 bei dem dokumentierten chronischen multilokulären Schmerzsyndrom geringgradig veränderte objektive Befunde auswiesen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei eine Veränderung des Gesundheitszustands nicht auszu-schliessen, jedoch nicht sehr wahrscheinlich (S. 3).

E. 5.1

Nach der Einschätzung der Beschwerdegegnerin vermochte der Beschwerdeführer seit Erlass der - mit Gerichtsurteil vom 15. April 2015 im Verfahren IV.2014.01047 (Urk. 6/95) bestätigten - anspruchsverneinenden Verfügung vom

E. 5.2

Den im Rahmen der erneuten Anmeldung ein gereichten Berichten sind neu als Diagnosen eine chronische

Gonalgie beidseits mit VKB -Insuffizienz und medial betonter femorotibialer Chondropathie und begleitender femoropatellärer

Chondropathie und ein enger zervikaler Spinalkanal HWK 3/4 und HWK 5/6 mit

möglicher Kompression der Nervenwurzeln C 6 und C 7 zu entnehmen. Ferner wurden neu chronische Schulterschmerzen beidseits mit subacromialer Dekompression mit AC-Gelenksteilresektion rechts vom Januar 2016 sowie eine

Rotatormanchetten-Ruptur links seit November 2017 festgehalten (vorstehend E. 4.1 und E. 4.3). Die bildgebende Diagnostik erfolgte gestützt auf die MRI -Untersuchungen der Halswirbelsäule vom November 2015 (Urk. 6/121) , des linken Knies vom Mai 2017 (Urk. 6/142/3-4) sowie der linken Schulter vom November 2017 (vgl. Urk. 6/120) , welche diese Befunde bestätigten. Entgegen der Ansicht von RAD-Ärztin Dr. H.____ (vorstehend E. 4.4) wurden damit neue medizinische Aspekte berichtet, die auf eine möglicherweise anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustands schliessen lassen . RAD-Ärztin Dr. I.____

(vorstehend E. 4.5) hielt fest, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht eine Veränderung des Gesundheitszustands nicht auszuschliessen sei, sie dies jedoch

insbesondere mit Verweis auf die von den behandelnden Ärzten berichtete maladaptive Schmerzverarbeitung und starke Somatisierungstendenz

des Beschwerdeführers als nicht sehr wahrscheinlich erachte. Für das Beweismass des Glaubhaftmachens genügt jedoch, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen (vorstehend.

E.

E. 5.3

Nach dem Gesagten liegen Anhaltspunkte für eine mögliche relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers vor, was zur Glaubhaftmachung ausreicht (vgl. vorstehend E. 1.4). Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Unrecht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die Beschwerde gut zuheissen und die Sache zur materiellen Beurteilung an sie zurückzuweisen ist. 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zu legen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Der obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 4. Oktober 2019 aufgehoben und die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, um auf die erneute Anmeldung einzutreten und diese materiell zu prüfen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 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 Leo Sigg - 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Rami

E. 8

September

2014 (Urk. 7/86) keine Verschlechterung seines Gesundheitszustands glaubhaft zu machen. Im Zeitpunkt der für die Rentenabweisung massgebenden Begutachtung durch das Z.____

(vorstehend E. 3.3) wurden als orthopädische Diagnosen ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik und ein unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom genannt .

In radiologischer Hinsicht bestanden Diskushernien der HWK3/4 und HWK5/6 ohne klaren Hinweis für eine Neurokompression oder Myelopathie . In Anbetracht des klinisch objektiv weitgehend blanden Befundes wurde auf die Anfertigung neuerer Bilddokumente verzichtet. Die diffus wirkenden und den ganzen Bewegungsapparat umfassenden Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht begründen, weshalb die Gutachter eine nicht-organische Beschwerdekomponekte als im Vordergrund stehend betrachteten (Urk. 7/69/2-21 S. S. 16 Ziff. 4.2.4). So wohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit wurde dem Beschwerdeführer eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit attestiert.

Der behandelnde Dr. B.____ diagnostizierte

im August 2012 (vorstehend E.

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