

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00012 vom 31. März 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00012

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00012 du 31 mars 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00012 del 31 marzo 2021

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 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 Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad 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 Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.4

Anlass zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen 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. 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. 1.5

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.6

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 1.7

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E.

4.7).

E. 2

).

Ferner treffe es nicht zu, dass seit der letzten rentenabweisenden Verfügung vom 5. Juni 2009 keine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten sei. Die Diagnosen hätten sich wesentlich verändert. Im Jahr 2009 seien die Diagnosen eines chronisch-persistierenden Zervikovertebralsyndroms und einer leichten Depression gestellt worden. Heute bestehe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, ferner werde zusätzlich zum zervikozephalen

Syndrom ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom diagnostiziert. Ob diese Veränderungen geeignet seien, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen, könne ohne eine Begutachtung nicht valide beurteilt werden (Urk. 15 S. 3).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Leistungsbegehrens des Beschwerdeführers damit, dass im Vergleich zur letzten Beurteilung im Jahr 2009, als er sich erstmals zum Leistungsbezug angemeldet habe und der Rentenantrag mit einem Invaliditätsgrad von 8 % verneint worden sei, keine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation festgestellt werden könne. Ein interdisziplinäres Gutachten hätte sie nur angeordnet, wenn anhand der Arztberichte eine Verschlechterung ausgewiesen wäre (Urk. 2 S. 1 -2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen im Wesentlichen vor, bereits aufgrund einer MRI-Untersuchung aus dem Jahr 2012 sei deutlich ersichtlich, dass sich der Zustand seiner Wirbelsäule gegenüber dem Jahr 2009 verschlechtert habe. Weiter habe sich die Depression von einer leichten zu einer mittelgradigen Ausprägung verschlechtert. Die Veränderung des Gesundheitszustandes sei markant und im Sinne von Art. 88a IVV beachtlich. Die Beschwerdegegnerin sei materiell auf die Neuanschuldung eingetreten, daher treffe sie die volle Abklärungspflicht. Der Sachverhalt sei jedoch faktisch und medizinisch ungenügend abgeklärt worden. Um eine zuverlässigere Beurteilung als durch die echtzeitlichen Arztberichte zu erreichen, sei eine externe interdisziplinäre Begutachtung durch eine unabhängige Gutachterstelle notwendig.

Ferner sei kein strukturiertes Beweisverfahren bezüglich der psychischen Situation durchgeführt worden. Ebenso

wenig seien von der Beschwerdegegnerin erwerbliche Abklärungen getroffen worden.

Sollte das Gericht hingegen davon ausgehen, dass der Sachverhalt vollständig abgeklärt sei, wären durch die Beschwerdegegnerin eine Rente sowie Wieder ein gliederungsmaßnahmen zu prüfen, was ebenfalls ungenügend abgeklärt worden sei (Urk. 1 S. 9).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin, es sei im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren in erster Linie relevant, ob im Vergleich zum Zeitpunkt der letzten rentenabweisenden Verfügung vom 5. Juni 2009 eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten sei, die geeignet sei, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dies sei vorliegend nicht der Fall, da in

den Berichten der behandelnden Ärzte sämtliche Beschwerden auf den im Jahr 2008 erlittenen Unfall zurückgeführt würden (Urk.

10 S.

1 f.).

E. 2.4

In der Eingabe vom 30. Oktober 2020

legte der Beschwerdeführer dar, er sei in zwischen im Rahmen eines interdisziplinären Privatgutachtens abgeklärt worden. Seit dem Jahr 2008 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychosomatischen und psychiatrischen Gründen, mit düsteren Aussichten. Neurologisch bestehe ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Wirbelsäulenchirurgisch würde bei 100%iger Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, eine partielle Restarbeitsfähigkeit bestehen, wobei noch ein funktioneller Leistungstest vorgenommen werden

müsse. Orthopädisch-chirurgisch wäre hingegen eine halbtägige Tätigkeit möglich (Urk. 15 S.

E. 2.5

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 4. Juli 2018 (Urk. 11/39) eingetreten (Urk. 11/40). Es gilt somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand im massgeblichen Zeitraum zwischen der Verfügung vom

E. 5

Juni 2009 (Urk. 11/21), mit welcher der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint worden war, und der angefochtenen Verfügung vom 18. November 2019 (Urk. 2) insoweit verschlechtert hat, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. 3. 3.1

3.1.1

Die medizinische Aktenlage im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 5. Juni 2009 (Urk. 11/21) stellte sich wie folgt dar:

Dem Austrittsbericht der Rehaklinik Z.____ vom 23. Juni 2008, wo sich der Beschwerdeführer vom 29. Mai bis am 18. Juni 2008 zur stationären Rehabilitation

aufgehalten hatte, ist zu entnehmen, dass dieser am 7. Januar 2008 auf der Kellertreppe ausgerutscht und gestürzt sei und sich dabei eine Rückenkontusion lumbosakral zugezogen habe. Als unfallfremder Vorzustand habe ein kleiner Bandscheibenprolaps L2/3 und L5/S1 bestanden, neu aufgetreten sei eine Diskushernie LWK4/5 links mit einer Verlegung des Recessus

lateralis. Diagnostiziert wurde ferner ein chronisch-persistierendes Lumbovertebralsyndrom und ein dysfunktionales Umgangs- und Bewältigungsmuster mit selbstlimitierendem Verhalten (Urk. 11/11/28). Die Ärzte der Rehaklinik kamen zum Schluss, die bisherige Tätigkeit als Chauffeur in einer Spedition sei nicht mehr zumutbar, da dabei wiederholtes Hantieren mit schweren Lasten erforderlich sei. Eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne längerdauernde vorgeneigte Haltung sei hingegen ganztags zumutbar (Urk. 11/11/28 f.).

3.1.2

Hausarzt med.

pract.

A.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vermerkte in seinem Bericht vom 28. Januar 2009 zusätzlich zu den in der Rehaklinik Z.____ gestellten Diagnosen ein

chronisch-persistierendes Zervikovertebralsyndrom mit degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule und Diskushernien auf Höhe C5/6 und C4/5 sowie eine leichte Depression (Urk. 11/13/2).

Der Beschwerdeführer sei in leichten, angepassten Tätigkeiten, bei denen zwischen Sitzen, Gehen und Stehen abgewechselt werden könne, zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 11/13/6).

3.1.3

Gestützt auf die besagten Berichte der Rehaklinik Z.____

und von med. pract.

A.____ schloss Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom RAD in seiner Aktenbeurteilung vom 24. März 2009, der Beschwerdeführer sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Chauffeur in einer Spedition mit Heben von schweren Lasten seit dem 7. Januar 2008 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/16/3). Für eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne länger dauerndes Vornübergeignen und Heben von Lasten über 25 kg sei der Beschwerdeführer ab dem 18.

Juni

2008 (Austrittsdatum aus der Klinik Z.____) zu 100 % arbeitsfähig (Urk.

11/16/4). 3.1.4

Von dieser Zumutbarkeitsbeurteilung ging die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 5. Juni 2009 (Urk. 11/21) aus. 3.2

3.2.1

Im Zusammenhang mit der am 4. Juli 2018 erfolgten Neuanmeldung (Urk. 11/39) wurden folgende medizinische Unterlagen zu den Akten genommen:

Der Beschwerdeführer hielt sich vom 28. September bis am 24. Oktober 2015

zur stationären Rehabilitation in der Klinik C.____ auf (Urk. 11/41 /8) . Im Austrittsbericht vom 24. Oktober 2015 stellten die behandelnden Ärzte die Diagnosen eines chronischen, aktuell schmerzexazerbierten

lumbo vertebrales Syndroms mit rechtsseitigem

lumbospondylogischem Schmerzsyndrom L5 sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; Urk. 11/41/13). Es habe sich eine nach kaudal umgeschlagene mediane Diskushernie bis paramedian beidseits L4/5 gezeigt sowie eine osteodiskoligamentär bedingte neuroforaminale Kompression der Nervenwurzel L5 links (vgl. dazu auch Urk. 3/4 -5 , Berichte des Kantonsspitals D.____ über das MRI vom 12. Dezember 2012 und über die Infiltration vom 24. September 2015) . Ferner liege eine breitbasige Bandscheibenhernie paramedian bis extraforaminal links L4/5, eine rezessale und zentrale Spinalkanalstenose L4/5, eine Haltungsinsuffizienz und eine Dekonditionierung vor. Der Beschwerdeführer sei in der Steh- und Gehfähigkeit, den alltäglichen Verrichtungen und auch den Sozial- und Freizeitaktivitäten eingeschränkt (Urk. 11/41/14). Im angestammten Bereich sei er zu 0 % und in einer leichten Tätigkeit mit wechselnden Belastungen im geschützten Rahmen zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 11/41/15 f.).

3.2.2

Dr. med.

E.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 30. Oktober 2018 die Diagnosen einer depressiven Episode, mittleren, intermittierend auch schwereren Grades (ICD-10 F32.1/2) sowie einer chronischen Schmerzstörung (ICD-10 F44.41, Urk. 11/45/2). Er führte aus, der Beschwerdeführer stehe seit März 2016 monatlich in seiner Behandlung, die Problematik halte seither konstant an . Ungünstige Begleitfaktoren seien die therapieresistenten chronischen Schmerzen, mit denen der Beschwerdeführer umgehen müsse . Der Verlauf sei protrahiert beziehungsweise mit grosser Wahrscheinlichkeit invalidisierend. Die Wahrscheinlichkeit einer Heilung durch eine Psychotherapie sei als äusserst gering einzuschätzen (Urk. 11/45/ 1- 3).

3.2.3

In ihren Berichten vom 4. Mai 2018 und 14. Januar 2019 diagnostizierten Dr. med. F.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. klin . psych . G.____ , klinischer Psychologe und Supervisor, beide vom Zentrum H.____ , ein zervikozephalales Syndrom und ein chronisches radiokuläres Schmerzsyndrom und stellten auf ihrem Fachgebiet die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) und hielten fest, der Beschwerdeführer sei aufgrund der chronischen Schmerzen und der depressiven Symptome auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig .

Sie beschrieben zunehmende LWS-Beschwerden und eine depressive Störung seit dem Unfall im Jahr 2008 mit verminderter Belastbarkeit und kognitiver Leistungsfähigkeit . Neu sei eine Depression mit deutlich chronifiziertem und progredientem Verlauf, welche sich trotz der Behandlungen verselbständigt habe. Die Situation habe sich seit 2009 deutlich verschlechtert. Die neuropsychologische Abklärung vom 9. Juni 2017 habe das Bild einer schweren Depression bei überdurchschnittlichem Misstrauen ergeben

(Urk.

11/38/ 1- 4 , Urk. 11/55/4 und 6). 3.2.4

Dr. med. I.____ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, und Dr. med. J.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, beide vom RAD, nahmen am 13. März 2019 zum medizinischen Sachverhalt Stellung. Sie kamen zum Schluss, neu werde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) diagnostiziert, die übrigen Diagnosen seien bereits im Feststellungsblatt vom 1. April 2009 aufgeführt. Im Arztbericht des H.____ vom 5. Mai 2018 werde eine neuropsychologische Untersuchung vom 9. Juni 2017 mit der Diagnose einer schweren Depression angegeben. Als Befund würden leichte Einschränkungen im logischen Denken erwähnt, ansonsten sei der Befund unauffällig. Der psychopathologische Befund im Bericht des H.____ vom 14.

Januar 2019 sei widersprüchlich. Der Beschwerdeführer sei gehemmt, sachlich, deutlich depressiv-resigniert, dann aber aktiv im Spontanverhalten, motorisch unruhig und affektiv unkontrolliert. Die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung sei anhand der unterschiedlichen Befunde der neuropsychologischen und der psychiatrischen Untersuchung nicht klar nachvollziehbar. Eine Verschlechterung des Gesundheitsschadens lasse sich nicht nachweisen (Urk. 11/60/5 f.). 3.3 3.3.1

Den im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Berichten lässt sich Folgendes entnehmen:

Dr. med. K.____ , Facharzt für Neurologie, untersuchte den Beschwerdeführer am 31. Mai 2017 und diagnostizierte ein chronisches, lumboradikuläres Schmerzsyndrom mit sensiblen Ausfällen L5/S1 links, ohne Hinweise für eine relevante Läsion einer lumbalen oder sakralen Wurzel. Er führte aus, bei seit dem Treppensturz vom Jahr 2008 bestehenden Lumbalgieen mit radikulären Reizerscheinungen im linken Bein habe die klinische Untersuchung sensible Ausfälle in den Segmenten L5 und S1 am linken Bein ergeben. Weitere Ausfälle hätten sich keine gefunden, insbesondere keine sicheren Hinweise für motorische Ausfälle am linken Bein. Die angegebene Beinsschwäche mit im Status reduzierten Fussheber- und Senkerfunktionen müssten somit im Rahmen einer Schmerzhemmung interpretiert werden (Urk. 3/3). 3.3.2

Den Verlaufsberichten zur interdisziplinären Schmerzbehandlung im Zentrum L.____ vom 20. Dezember 2019 und September 2020 sind die bereits bekannten Diagnosen zu entnehmen (Urk. 3/6 S. 1, Urk. 16 S. 1). Die behandelnden Fachpersonen kamen zum Schluss, der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht subjektiv zu 100% arbeitsunfähig, auch in angepassten Tätigkeiten. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht sei hingegen eine leichte, rückschonende Tätigkeit höchstens noch halbtags zumutbar, aus wirbelsäulen chirurgischer Sicht sei er in einer angepassten Tätigkeit partiell einsatzfähig, wobei noch ein funktioneller Leistungstest durchgeführt werden müsse. Aus anästhesiologischer Sicht sei allenfalls eine angepasste Tätigkeit mit zeitlich reduziertem Pensum möglich, aus neurologischer Sicht sei er wiederum als zu 100% arbeitsunfähig anzusehen. Insgesamt sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aufgrund der chronischen Schmerzen und der depressiven Symptome auch in einer leichten angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig sei (Urk. 3/6 S. 4, Urk. 16 S. 9). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Beurteilung der RAD-Ärzte Dr.

I.____ und Dr. J.____

vom 13. März 2019

davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Beurteilung im Jahr 2009 nicht verschlechtert hat (Urk. 2 S. 1). 4.2

Die von der Beschwerdegegnerin konsultierten Dr. I. ___ und Dr. J. ___ vom RAD verfügen als Facharzt für Orthopädie und Traumatologie beziehungsweise Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie grundsätzlich über die notwendige

fachliche Qualifikation zur Beurteilung der medizinischen Sachlage. Bei ihrer Einschätzung vom 13. März 2019 handelt es sich um eine Aktenbeurteilung, da der Beschwerdeführer nicht untersucht wurde. Ihr kann trotzdem voller Beweiswert zukommen, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E.

3.2.2 mit Hinweisen). Ob dies vorliegend der Fall ist, ist nachfolgend zu prüfen. 4.3

Zum psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der rentenabweisenden Verfügung vom 5. Juni 2009 ist den Akten einzig die nicht näher erläuterte Diagnose einer leichten Depression, gestellt von Hausarzt med. pract.

A. ___ im Bericht vom 28. Januar 2009, zu entnehmen (Urk. 11/13/2). Es ist nicht ersichtlich, mit welchen Befunden diese Diagnose begründet wurde. Im Gegensatz dazu konnten die behandelnden Ärzte der Rehaklinik Z. ___

im Juni 200

E. 5.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der hier anwendbaren, bis am 31. Dezember 2020 in Kraft gewesenen Fassung ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG (ebenfalls in der hier anwendbaren, bis am 31. Dezember 2020 in Kraft gewesenen Fassung; Art. 83 ATSG)

kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt und vorliegend auf Fr. 700.-- festgesetzt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 5.2

Ausserdem steht der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler, eine Prozessentschädigung zu. Da die Rechtsvertreterin trotz der eingeräumten Gelegenheit keine Honorarnote eingereicht hat (Urk. 12 Dispositiv-Ziffer 4), ist die Entschädigung

nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen ermessensweise auf Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Die Beschwerdegegnerin hat diesen Betrag der unentgeltlichen Rechtsvertreterin zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 18. November 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler, Frauenfeld, eine Prozessentschädigung von Fr.

2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Swissbroke Vorsorgestiftung, Postfach 527, 7004 Chur 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Engesser

E. 8

(noch) keine Hinweise auf eine krankheitswerte psychische Störung feststellen und verzichteten aus diesem Grund auf die vom Unfallversicherer geforderte psychosomatische Abklärung (Urk. 11/11/29, vgl. Urk. 11/11/47). Dementsprechend befassten sich weder der RAD-Arzt (Urk. 11/16/3-4) noch die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 5. Juni 2009 mit dem psychiatrischen Krankheitsbild.

Aus den im Neuanmeldungsverfahren eingeholten medizinischen Akten ergeben sich hingegen verschiedene Hinweise auf psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen. So wurde bereits im Austrittsbericht Rehabilitation der Klinik C.____ vom 24. Oktober 2015, wo der Beschwerdeführer während des Aufenthaltes psychologisch mitbetreut wurde, die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

gestellt, und es wurde ihm empfohlen, psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen (Urk. 11/41/13 und 15). In der Folge nahm der Beschwerdeführer im März 2016 eine psychiatrische Therapie

bei Dr. E.____ auf , der am 30. Oktober 2018 eine depressive Episode mittleren, intermittierend auch schweren Grades (ICD-10 F32.1/2) sowie eine chronische Schmerzstörung (ICD-10 F44.41) diagnostizierte und von einem protrahierten, mit grosser Wahrscheinlichkeit invalidisierenden Verlauf ausging (Urk.

11/45/2). Zudem ist der Beschwerdeführer seit dem 21.

Februar 2017 (teilweise tagesklinisch, vgl. Urk. 11/38/4) im H.____ in Behandlung, wobei die behandelnden Fachpersonen die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD10 F33.1) ,

stellten und von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgingen (Urk. 11/55/6).

In ihrer Stellungnahme vom 13. März 2019 äusserten sich die RAD-Ärzte einzig zum Bericht des H.____

vom 14. Januar 2019 (Urk.

11/45) und kamen zum Schluss, dass der darin erhobene psychopathologische Befund Widersprüche enthält beziehungsweise dass die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung anhand der unterschiedlichen Befunde der neuropsychologischen und der psychiatrischen Untersuchung nicht klar nachvollziehbar ist

(Urk. 11/60/6).

Zwar ist den RAD-Ärzten dahingehend beizupflichten, dass der genannte Bericht aufgrund des teilweise widersprüchlich anmutenden psychiatrischen Befundes für sich alleine als Nachweis für eine rentenrelevante Änderung des Gesundheitszustandes nicht ausreicht , zumal auch auf die darin vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt werden kann, da dabei fachfremde Beschwerden mit einbezogen wurden. Jedoch kann eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers

- trotz einiger Ungereimtheiten - gestützt auf diesen Bericht

in Anbetracht der anders als noch im Vergleichszeitpunkt auffälligen psychischen Befundlage und der gestützt darauf gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD10 F33.1) ,

auch nicht von vornherein verneint werden. Die weiteren Berichte, insbesondere denjenigen des behandelnden Psychiaters Dr. E.____ , worin ebenfalls auffällige psychiatrische Befunde erhoben und im Vergleich zum Juni 2009 neue Diagnosen gestellt wurden, liessen die RAD-Ärzte für ihre Beurteilung sodann gänzlich ausser Acht , so dass nicht von der ärztlichen Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts gesprochen werden kann . Die Stellungnahme der RAD-Ärzte erweist sich somit nicht als schlüssig und nachvollziehbar, es bestehen mehr als geringe Zweifel an deren Zuverlässigkeit.

Insgesamt ergeben sich damit aus den medizinischen Unterlagen Hinweise auf ein psychisches Krankheitsbild, dessen aktuelle Ausprägung und Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden kann. Die medizinische Aktenlage erweist sich daher als ergänzungsbedürftig. 4.4

In somatischer Hinsicht ist sodann zu bemerken, dass sich zwar die aktuellen Diagnosen - wie von RAD-Arzt Dr. I.____ festgestellt - nicht massgeblich von jenen im Jahr 2009

unterscheiden, sich der Gesundheitszustand je doch auch bei grundsätzlich unveränderter Diagnose verändern kann. Rechtsprechungsgemäss besteht zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine unmittelbare Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 6.4). Massgebend sind vielmehr die konkreten funktionellen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der betroffenen Person (Urteile des Bundesgerichts 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E.

3.2.1 und 9C_851/2018 vom 23. Mai

2019 E.

4.1.4).

Diesen Aspekt hat Dr.

I. ___ nicht berücksichtigt. Im Zeitpunkt seiner Stellungnahme lag zum somatischen Gesundheitszustand einzig der nicht mehr aktuelle Bericht der Klinik C. ___ vom 24. Oktober 2015 vor. Zu den darin erhobenen Befunden, insbesondere der MRI-Untersuchung vom Dezember 2012 und der Infiltration vom September 2015, äusserte er sich genauso wenig wie zur von den behandelnden Ärzten vorgenommenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, so dass vom medizinischen Laien nicht beurteilt werden kann, ob sich der Befund massgeblich verändert hat oder lediglich eine abweichende Beurteilung der Auswirkungen eines gleich gebliebenen Gesundheitszustandes vorliegt.

Aus dem Bericht der Klinik C. ___ ergibt sich sodann insbesondere, dass im Jahr 2015 eine Schmerzexazerbation

der Rückenbeschwerden stattfand, wobei eine eingeschränkte Steh- und Gehfähigkeit festgestellt und eine Arbeitsfähigkeit von

nurmehr 50 % für leichte Tätigkeiten mit wechselnden Belastungen im geschützten Rahmen für zumutbar erachtet wurde (Urk. 11/41/14 und 16). Zwar ist diese Einschätzung gemäss Bericht vom 26. Juli 2018 der Ärzte der Klinik wohl veraltet (Urk. 11/41/16), die Beschwerdeführerin hat jedoch diesbezüglich keine weiteren Abklärungen angestellt, so dass nicht beurteilt werden kann, wie sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiter entwickelt hat.

Den vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichten ärztlichen Berichten kann diesbezüglich zwar entnommen werden, dass die Rückenbeschwerden auf den im Jahr 2008 erlittenen Treppensturz zurückzuführen sind (Urk. 3/3 S. 2, Urk. 16 S. 1), indes erwähnen die behandelnden Ärzte auch im Verlauf zunehmende Schmerzausstrahlungen ins linke Bein (Urk. 3/3 S. 1) sowie eine Verschlechterung der Symptomatik in den letzten vier Jahren bei Progredienz der Beschwerden (Urk. 16 S. 6).

Eine zuverlässige Beurteilung des aktuellen somatischen Gesundheitszustandes ist somit ebenfalls nicht möglich.

4.5

Insgesamt erweisen sich die vorhandenen medizinischen Unterlagen für eine abschliessende Beurteilung des Verlaufs des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und damit des vorliegend strittigen Leistungsanspruchs als nicht genügend. Die Beschwerdeführerin ist zwar auf die Neuanschätzung des

Beschwerdeführers eingetreten (Urk. 11/40) . Obwohl sie es mithin als möglich erachtet hat, dass eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten sein könnte, hat sie aber die nötigen medizinischen Abklärungen nicht vorgenommen.

Die Beschwerdegegnerin hat daher ergänzende medizinische Abklärungen vorzu nehmen, die sämtliche Beschwerden des Beschwerdeführers umfassen und eine hinreichende fachärztliche Grundlage darstellen, welche die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlauben. Hierzu empfiehlt sich eine polydisziplinäre Begutachtung , die insbesondere eine Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes nach Massgabe der Standardindikatoren gemäss der mit BGE 141 V 281 begründeten Rechtsprechung ermöglicht .

Besonderes Augenmerk wird im Rahmen der ergänzenden Abklärung insbesondere auf die Frage nach der effektiven Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Referenzzeitpunkt zu richten sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_300/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 2.6.2) .

Hernach hat die Beschwerdegegnerin neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde in den Sinn gutzuheissen , dass die angefochtene Verfügung vom 18. November 2019 (Urk. 2) aufgehoben wird und die Sache an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zurück gewiesen wird . 5.

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