

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00966 vom 18. April 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-04-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00966](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00966)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00966 du 18 avril 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00966 del 18 aprile 2011

## Erwägungen

### E. 1

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). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG). 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen konnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen konnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.3. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsunfähigkeit 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 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c.ââââââ nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

âââââââ Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.4ââââ Wurde eine Rente oder eine Hilflosenentschädigung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 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. 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 (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 Erw. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 Erw. 1b mit Hinweisen). 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 pr fen, 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 130 V 75 Erw. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 Erw. 3a, 109 V 115 Erw. 2b).

1.5ââââ Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b/cc).

âââââââ 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 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

## E. 2

2.1ââââ Mit rechtskräftig gewordener Verfügung vom 16. März 2007 stellte die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. Januar 2007 (Urk. 8/41)

fest, der Beschwerdeführer sei trotz der vorliegenden Rückenbeschwerden in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig und errechnete einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 26 % (Urk. 8/53, vgl. auch Urk. 8/43 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der angefochtenen Verfügung vom 3. September 2009 (Urk. 2) ging die Beschwerdegegnerin sodann davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 16. März 2007 nicht rententagierend verschlechtert habe. Gestützt auf das Gutachten von Dr. E. \_\_\_ sei weiterhin von einer Restarbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen, was einen Invaliditätsgrad von 26 % ergebe (S. 1 f.). Die Diagnosen Angst und depressive Stimmung würden keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit begründen. Beim Bericht von Dr. Z. \_\_\_ handle es sich um einen Bericht zu Händen des Rechtsbeistandes des Beschwerdeführers und damit um keine neutrale Untersuchung (S. 2). Die Untersuchung bei Dr. E. \_\_\_ habe gesamthaft rund drei Stunden gedauert und eine Exploration von 90 Minuten, eine testpsychologische Untersuchung von weiteren 100 Minuten sowie eine Verhaltensbeobachtung des Beschwerdeführers über die gesamte Zeitdauer beinhaltet (S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der Beschwerdeantwort (Urk. 7) hielt die Beschwerdegegnerin sodann fest, das Gutachten von Dr. E. \_\_\_ erfülle die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien vollumfänglich (Ziff. II.2). Ebenso wie die polydisziplinäre Abklärung vom Januar 2007 habe die Exploration durch Dr. E. \_\_\_ keine relevanten psychischen Störungen ergeben und der psychische Gesundheitszustand habe sich damit seit dem Erlass der rechtskräftigen, rentenverweigernden Verfügung nicht rententagierend verschlechtert (Ziff. II.3.d).

2.2 Ä Ä Ä Ä Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, sowohl Dr. Z. \_\_\_ als auch Dr. C. \_\_\_ seien von einer depressiven Stimmung ausgegangen, bei welcher es sich um eine eigenständige Krankheitsentwicklung handle, deren Verlauf verfestigt und therapeutisch nicht mehr beeinflussbar sei. Dr. C. \_\_\_ gehe von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % aus (Urk. 1 S. 8 Ziff. 6), Dr. Z. \_\_\_ von einer solchen von 60 bis 70 % (S. 7 Ziff. 5). Der Gutachter Dr. E. \_\_\_ gehe davon aus, dass eine Angst und depressive Stimmung gemischt unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsanwendung aus versicherungsmedizinischer Sicht keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit begründe und stütze sich bei seiner Beurteilung damit nicht auf medizinische Sachverhalte, sondern auf rechtliche (S. 9 Ziff. 7). Zudem fehle in seinem Gutachten die Fremdanamnese, obschon diese gerade bei einem psychiatrischen Gutachten einen wesentlichen Bestandteil bilde (S. 11 Ziff. 10). Die für die Untersuchung aufgewendete Zeit sei zudem wohl ungenügend, dies umso mehr, als keine Fremdanamnesen erhoben worden seien. Aufgrund der Angaben seines Sohnes, welcher ihn zur Untersuchung durch Dr. E. \_\_\_ begleitet habe, sowie des Besitzers des Imbisses, in welchem er das Mittagessen eingenommen habe, sei davon auszugehen, dass die Begutachtung maximal eine Stunde und 45 Minuten gedauert habe. Es erscheine höchst fraglich, ob innert einer solch kurzen Zeit eine genügende psychiatrische Abklärung vorgenommen werden könne (S. 11 ff. Ziff. 11-13). Insgesamt genüge das Gutachten von Dr. E. \_\_\_ den Anforderungen der Rechtsprechung bezüglich Anamneseerhebung, Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit nicht und sei hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nicht zu verwerten (S. 19 Ziff. 19).

2.3 Ä Ä Ä Ä Strittig und zu präfen ist damit der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers.

### E. 3

3.1. Am 12. Dezember 2006 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin im Ärztlichen Begutachtungsinstitut Basel (Y.\_\_\_\_) internistisch, psychiatrisch sowie rheumatologisch untersucht (Urk. 8/41 S. 1). Die Gutachter nannten in ihrem Gutachten vom 9. Januar 2007 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17 Ziff. 5.1):

- chronisches linksbetontes Schmerzsyndrom
- mässiggradige Spondylarthrose L4/L5 sowie beginnende lumbale Spondylose und Chondrosen L4/S1
- Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung sowie muskuläre Dekonditionierung
- aktuell keine Hinweise auf radikales Reizgeschehen
- zeitweise Anpassungsstörung

Ab August 2003 könne in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besttigt werden. Körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch jedoch ganzttig mit einer Leistungseinbusse von 10 % zumutbar. Die Prognose bezüglich Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit sei aufgrund der Selbstlimitierung jedoch ungünstig (S. 19 Ziff. 6.8).

3.2. Gesttzt auf eine psychiatrische Untersuchung vom 10. Januar 2008 führte Dr. med. Z.\_\_\_\_, Oberärztin Psychosomatik, Klinik A.\_\_\_\_, in ihrem Bericht vom 11. Februar 2008 aus, seit etwa eineinhalb Jahren sei es im Zusammenhang mit einer kardiovaskulären Dekompensation und konsekutiver Hospitalisation in B.\_\_\_\_, wobei der Beschwerdeführer Todesangst empfunden habe, zu einer Zunahme des vorbestehend depressiven Zustandsbildes gekommen (Urk. 8/57/1). Das aktuelle Beschwerdebild entspreche einer mittelgradigen (depressiven) psychischen Beeinträchtigung bei struktureller Vulnerabilität zur neurotischen Symptombildung im Sinne einer anzunehmenden prä-morbiden Problematik (Urk. 8/57/2). Im Hoch- und Tiefbau sei der Beschwerdeführer seit August 2003 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/57/1). Medizinisch-theoretisch sei eine Arbeitsunfähigkeit von 60 bis 70 % gerechtfertigt, wobei ab Februar 2008 ein Teilzeitpensum zumutbar und zweckmässig sei (Urk. 8/57/2). Im Falle des Beschwerdeführers müsse von einem chronifizierten Prozess mit innerpsychischer Verfestigung und drohender, progredienter Invalidisierung ausgegangen werden. Prognostisch gntig könne sich langfristig das tragfähige, therapeutische und soziale Bezugssystem des Beschwerdeführers auswirken (Urk. 8/57/3).

3.3. Der behandelnde Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. Juli 2008 (Urk. 8/57/4-5) eine rezidivierende mittel- bis schwergradig depressive Störung (Ziff. 1). Der psychische Gesundheitszustand habe sich seit Sommer/Herbst 2007 verschlechtert (Ziff. 2). Die Depression müsse als eigenständige Krankheitsentwicklung gesehen werden. Seit Januar 2008 nehme der Beschwerdeführer wieder Antidepressiva ein, ohne dass allerdings eine Besserung eingetreten wäre. Der Verlauf zeige sich verfestigt und nicht mehr beeinflussbar (Ziff. 3). Die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit betrage mindestens 70 % (Ziff. 4).

3.4. Der Hausarzt Dr. med. D. \_\_\_\_, Innere Medizin FMH, nannte in seinem Bericht vom 13. August 2008 (Urk. 8/63/7) folgende Diagnosen (Ziff. 1):

- chronisch lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
- depressive Verstimmung
- arterielle Hypertonie

Seit dem 2. April 2006 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 2). Der Gesundheitszustand sei stationär. Inwieweit die Arbeitsfähigkeit gebessert werden könne, seien die Spezialisten zu befragen (Ziff. 4).

3.5. In seinem Bericht vom 16. August 2008 (Urk. 8/66/2-6) nannte Dr. C. \_\_\_\_, folgende Diagnosen (Ziff. 1.1):

- mittel- bis schwergradige depressive Störung
- vegetative Labilität mit chronischem Schwindel
- chronisches Schmerzsyndrom

Als Hilfsarbeiter einer Baufirma sei der Beschwerdeführer seit dem 16. August 2005 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 2). Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd und könne auch durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden (Ziff. 4.1 und 4.2). In seinen psychischen Ressourcen wie Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit sei der Beschwerdeführer mittelgradig bis stark eingeschränkt (Ziff. 5.1) und auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm nicht mehr zumutbar (Ziff. 5.2).

Am 19. Februar 2009 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch Dr. med. E. \_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht. In seinem Gutachten vom 16. April 2009 (Urk. 8/78) diagnostizierte er Angst und depressive Störung, gemischt (S. 11 Ziff. 4). Eine solche fähigkeit gemäss der aktuellen Rechtsanwendung nicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit. Mögliche Voraussetzungen für die Unzumutbarkeit einer Schmerz-/Tremor-Überwindung würden aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht vorliegen (S. 17 Ziff. 6). Dem Beschwerdeführer sei zudem die Willensanstrengung zur Mitarbeit bei beruflichen Massnahmen oder Integrationsmassnahmen medizinisch-theoretisch möglich und zumutbar (S. 17 Ziff. 8).

3.7. In seiner Stellungnahme zum Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_, vom 20. Juni 2009 (Urk. 8/80) hielt Dr. C. \_\_\_\_, fest, der Beschwerdeführer sei ungenügend exploriert worden. Es fehle jegliche Diskussion von wichtigen Items der psychischen Arbeitsfähigkeit im Verlauf der letzten vier Jahre. Das Gutachten sei zudem nur sehr oberflächlich recherchiert, setze sich mit der Leidengeschichte des Beschwerdeführers und seiner psychischen und physischen Belastbarkeit überhaupt nicht auseinander und bestehe vorwiegend aus plakativen, auf den ersten Blick plausibel klingenden Behauptungen (S. 1). Die Diagnose einer mindestens mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störung müsse weiterhin als für das Krankheitsgeschehen passendste Diagnose betrachtet werden. Die Kriterien eines sozialen Rückzuges sowie eines verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlaufes seien eindeutig erfüllt. Die von Dr. E. \_\_\_\_, gemachten Therapievorschlüsse würden zudem deutlich belegen, dass dieser den Krankheitszustand als schwerwiegender einstufte. Dies stehe im

Widerspruch zu den Schlussfolgerungen (S. 2).

3.8. Am 27. Juli 2009 führte Dr. E. \_\_\_ ergänzend aus (Urk. 8/92), aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seien keine besonderen Hinweise vorhanden, welche schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (S. 2). Die Untersuchung von gesamthaft rund drei Stunden habe eine Exploration von 90 Minuten, eine testpsychologische Untersuchung von weiteren 100 Minuten sowie eine Verhaltensbeobachtung des Beschwerdeführers über die gesamte Zeitdauer beinhaltet (S. 5). Nicht erklärbar sei, weshalb eine Angst und depressive Stimmung gemischt keine engagierte intensive Therapie verdiene, nur weil sie keine relevante längerdauernde Arbeitsunfähigkeit begründe (S. 7).

#### E. 4

4.1. Vorwegzuschicken ist, dass das psychiatrische Gutachten des Dr. E. \_\_\_ vom 16. April 2009 (Erw. 3.6) die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert einer Expertise erfüllt. So ist es für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Es beruht sodann auf den notwendigen Untersuchungen samt testpsychologischen Abklärungen, berücksichtigt detailliert die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und erweisen sich die Schlussfolgerungen als begründet. So legte Dr. E. \_\_\_ nachvollziehbar dar, dass die Gesundheitsstörung den Beschwerdeführer wohl in der Arbeitsfähigkeit behindert, es diesem aber zumutbar ist, die Beschwerden mittels Willensanstrengung zu überwinden und vollzeitlich einer Arbeitstätigkeit nachzugehen.

4.2. Nicht abgestellt werden kann demgegenüber auf die Einschätzung von Dr. Z. \_\_\_ (Erw. 3.2), legte sie doch - abgesehen von den Testergebnissen - nicht dar, wie sie auf die gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven psychischen Beeinträchtigung bei struktureller Vulnerabilität zur neurotischen Symptombildung im Sinne einer anzunehmenden prä-morbiden Problematik kam. In subjektiver Hinsicht verurkundete sie einfach die Angaben des Beschwerdeführers (soziale Belastungsintoleranz, Schmerzen, Schlafqualitätsminderung, Dys-somnie und Alpträume, Angst, Insuffizienzgefühle, Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit, Konzentrationsminderung, Anspannung) und dies in einer derart unspezifischen Form sowie ohne Bezugnahme auf die Lebensumstände, dass die Schlussfolgerungen nicht nachvollzogen werden können (Urk. 8/57/1-3 S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In objektiver Hinsicht imponierte der Beschwerdeführer im Gegenteil als kooperativ, wach und allseits orientiert. Auch die fremdanamnestischen Angaben des Sohnes des Beschwerdeführers (zunehmende Verfestigung des Zustandsbildes mit progredienter Invalidität, fehlende Tagesstruktur, fehlender zirkadianer Rhythmus und progredient zunehmende regressive Dynamik) sind so allgemein gehalten und unkonkret, dass eine hieraus abgeleitete psychiatrische Diagnose nicht nachvollzogen werden kann (Urk. 8/57/1-3 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was sodann die von Dr. Z. \_\_\_ diagnostizierte strukturelle Vulnerabilität im Sinne einer prä-morbiden Problematik betrifft, legte sie in derselben Beurteilung dar, dass sich lediglich andeutungsweise Anhaltspunkte für diese Annahme fänden, ohne diese zu nennen. Im Gegenteil fand Dr. Z. \_\_\_ keine Auffälligkeiten in der

Kindheit oder im Lebenslauf des Beschwerdeführers und konnte nicht darlegen, aus welchen Gründen sie zu ihrer Annahme gelangte.

Anzufügen bleibt, dass Dr. Z.\_\_\_\_ keine Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem nannte, so dass sich das Leiden des Beschwerdeführers von vornherein nicht näher einordnen lässt. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wird jedoch zur Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens genau dies verlangt, um die festgestellten Beeinträchtigungen der rechtlichen Leistungsüberprüfung zugänglich zu machen (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6).

4.3 In Bezug auf die Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 8/80) ist festzuhalten, dass dieser seine Diagnose einer mindestens mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störung mit dem Hinweis auf das vom Beschwerdeführer geschilderte Erleben (depressive Stimmung, Interessenverlust, verminderter Antrieb, gesteigerte Ermüdbarkeit, Verlust des Selbstvertrauens, Gedanken an den Tod, Denk- und Konzentrationsstörungen, psychomotorische Hemmung, Schlafstörungen) begründete, indessen nicht darlegte, inwiefern diese Störungen im Alltag zum Vorschein kommen. So ist keiner seiner Einschätzungen die Schilderung eines Tagesablaufs zu entnehmen, welchem Hinweise auf das effektive Vorliegen der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden zu entnehmen wäre.

Dr. C.\_\_\_\_ ging sodann in seinem Bericht vom 12. Juli 2008 von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % aus (Urk. 8/57/5 Ziff. 4). Nur gut einen Monat später, am 16. August 2008, führte er aus, dem Beschwerdeführer könne keine Tätigkeit mehr zugemutet werden (Urk. 8/66/6 Ziff. 5.2). Inwiefern sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers innerhalb eines Monats derart verschlechtert hatte, dass auch ein Teilzeitpensum von maximal 30 % in einer angepassten Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden könnte, begründete Dr. C.\_\_\_\_ jedoch nicht weiter. Seine Beurteilung vermag auch aus diesem Grund nicht zu überzeugen.

4.4 Soweit der Beschwerdeführer auf eine ungenügende Dauer der Untersuchung durch Dr. E.\_\_\_\_ schloss (Urk. 1 S. 11 ff.), so ist vorweg festzuhalten, dass das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung der Dauer einer psychiatrischen Exploration keinen bedeutenden Stellenwert zumisst, solange die Expertise den praxisgemässen Kriterien entspricht (Urteil des Bundesgerichts i.S. H. vom 27. Juli 2009, 8C\_448/2009, Erw. 2.2 und i.S. G. vom 21. September 2010, 8C\_485/2010, Erw. 2.4.3). Mithin spricht der Detaillierungsgrad des Gutachtens von Dr. E.\_\_\_\_ nicht gegen den Beweiswert und es ist nicht ersichtlich, dass die Expertise unsorgfältig erstellt worden wäre.

Dem Beschwerdeführer ist insofern Recht zu geben, dass Dr. E.\_\_\_\_ die Kriterien für das Vorliegen einer depressiven Episode auf den ersten Blick pauschal verneinte (Urk. 1 S. 18). Dr. E.\_\_\_\_ wies aber hinlänglich darauf hin, dass die Kriterien nicht mit dem erforderlichen Schweregrad erfüllt sind (Urk. 8/78 S. 12 unten). Dies wurde denn auch detailliert dargelegt, unter anderem mit dem unbestritten gebliebenen Hinweis auf soziale Kontakte im Sinne des regelmässigen Treffens eines Kollegen sowie eines vorhandenen Antriebs (Spazieren gehen, Urk. 7/78 S. 7). Solcherlei fand ebenso wenig Eingang in die Berichte der widersprechenden Ärzte wie auch nur ansatzweise kritische Überlegungen. Auch aus diesen Gründen erweist sich die Expertise von Dr. E.\_\_\_\_ als beweistaugliche Grundlage.

4.4. Zutreffend ist indes der Hinweis des Beschwerdeführers, dass sich Dr. E. \_\_\_ nicht nur zu medizinischen, sondern auch rechtlichen Fragen äusserte (Urk. 1 S. 9). Dies stellt wohl einen formalen Mangel dar, dieser ist indessen nicht derart, dass deshalb auf das Gutachten nicht abgestellt werden könnte. Denn Dr. E. \_\_\_ legte unabhängig von diesen Ausführungen in nachvollziehbarer Weise dar, dass dem Beschwerdeführer die Überwindung der Problematik aus medizinischer (und nicht rechtlicher) Sicht zumutbar ist.

4.5. Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt als in dem Sinne erstellt zu erachten, dass dem Beschwerdeführer bei Aufbietung einer zumutbaren Willensanstrengung die Ausübung einer Arbeitstätigkeit vollumfänglich zumutbar ist.

5. Bei diesem Ergebnis steht fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der rechtskräftigen Rentenverneinung (Verfügung vom 27. und 30. August 2004; Urk. 8/12-13) nicht in relevanter Weise verändert hat, und er nach wie vor in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Da auch in erwerblicher Hinsicht keine Veränderungen geltend gemacht wurden oder solche ersichtlich sind, hat es mit der Feststellung sein Bewenden, dass dem Beschwerdeführer nach wie vor keine Rente der Invalidenversicherung zusteht. Demgemäss erweist sich die angefochtene Verfügung vom 3. September 2009 (Urk. 2) als zutreffend, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

## E. 6

6.1. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

6.2. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin, Rechtsanwältin Gabriella Mattmüller, Bälach, hat mit Honorarnote vom 9. März 2011 einen Aufwand von 10.75 Stunden und Barauslagen von Fr. 51.50 geltend gemacht (Urk. 14/2). Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist sie somit mit Fr. 2'368.80 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

6.3. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) aufmerksam gemacht, wonach er zur Nachzahlung der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist.

7. Anzuführen bleibt, dass es als wenig nachvollziehbar erscheint, dass die Beschwerdegegnerin versicherte Personen bei Dr. E. \_\_\_ in F. \_\_\_ gutachterlich abklären lässt. Dies insbesondere deshalb, weil im Raum psychiatrische Gutachter zur Verfügung stehen, welche qualitativ zufriedenstellende Expertisen verfassen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen

auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Gabriella Mattmüller, BÄlch, wird mit Fr. 2'368.80 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Gabriella Mattmüller
- 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).

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