

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00868 vom 29. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00868

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00868 du 29 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00868 del 29 maggio 2012

Erwägungen

E. 2

2.1. Letztmaliger, das Ergebnis einer rechtsgen¹glichen materiellen Pr¹fung des Rentenanspruchs darstellender Rechtsakt ist der rentenablehnende Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 19. November 2003 (Urk. 8/26). Im vorliegenden Kontext unbeachtlich zu bleiben hat demgegen¹ber im Lichte der aufgef¹hrten Rechtsprechungsgrunds¹etze der Einspracheentscheid der IV-Stelle vom 22. Mai 2006 (Urk. 8/42), mit welchem sie mangels Glaubhaftmachung einer Ver¹nderung der tats¹chlichen Verh¹ltnisse auf das Leistungsersuchen nicht eingetreten war. Auf das 2008 gestellte Rentenbegehren trat die Verwaltung indes wiederum ein, beurteilte es in der Sache jedoch abschl¹gig (Verf¹gung vom 19. Juli 2010 [Urk. 2]). Zu pr¹fen ist daher, ob sich im Zeitraum zwischen dem Einspracheentscheid vom 19. November 2003 (Urk. 8/26) und der einen Rentenanspruch abermals verneinenden Verf¹gung vom 19. Juli 2010 (Urk. 2) entgegen der von der IV-Stelle vertretenen Auffassung eine die Zusprechung von Rentenleistungen rechtfertigende Verschlechterung der Situation eingestellt hat.

2.2. Der rentenverweigernde Einspracheentscheid vom 19. November 2003 basierte soweit ersichtlich (vgl. Urk. 8/13) im Wesentlichen auf den Ausf¹hrungen der ¹rzte der Universit¹tsklinik D.____ sowie auf denjenigen des Dr. med. E.____, Facharzt FMH f¹r Orthop¹die. Die ¹rzte der Klinik D.____ erachteten den Beschwerdef¹hrer, der an Lumbalgien mit Ausstrahlung ins rechte Bein litt (bei MR-diagnostisch vorhandener geringgradiger Segmentdegeneration und geringgradiger Protrusion L5/S1) von Seiten der Lendenwirbels¹ule f¹r schwere T¹ttigkeiten zu 50 % und f¹r leichte T¹ttigkeiten zu 100 % arbeitsf¹hig (Berichte vom 7. November 2002 und vom 30. Januar 2003 [Urk. 8/8/5, 8/12/7]). Dr. E.____ attestierte dem Beschwerdef¹hrer ab Februar 2003 auch f¹r "normale" beziehungsweise f¹r schwere T¹ttigkeiten eine vollst¹ndige Arbeitsf¹higkeit (Bericht vom 14. April 2003 [Urk. 8/11/5]). Die psychischen Funktionen des Beschwerdef¹hrers waren laut Dr. E.____ nicht eingeschr¹nkt (vgl. Bericht vom 14. April 2003 [Urk. 8/12/4]).

E. 2.3

2.3.1. Im Rahmen der Neuanmeldung zog die IV-Stelle im Wesentlichen folgende ¹rztlche Stellungnahmen bei:

¹ Dr. Z.____ diagnostizierte am 3. November 2008 in psychiatrischer Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), eine andauernde Pers¹nllichkeitsst¹rung (ICD-10 F62.8) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzst¹rung (ICD-10 F45.4) (Urk. 8/62/1). Dr. Z.____ erachtete den

Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit seit Anfang der Behandlung bei ihr im März 2003 (richtig: März 2008 (vgl. Urk. 8/69/1) aus psychiatrischer Sicht als zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 8/62/5 Ziff.; vgl. auch Bericht von Dr. Z. ___ vom 15. September 2008: Urk. 8/69).

2.3.2.2. Dr. med. F. ___, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin, diagnostizierte mit Bericht vom 3. November 2008 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, ein chronisches Cervicovertebralsyndrom und eine depressive Entwicklung (Urk. 8/63/2). Sie attestierte dem Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen wie auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/63/4 f.).

2.3.3.2. Die Berichterstatte des Zentrums C. ___, in dem sich der Beschwerdeführer vom 1. Oktober bis 25. November 2008 einer tagesklinischen Rehabilitationsbehandlung unterzogen hatte, gingen ebenfalls davon aus, dass der Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) sowie an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leide (vgl. Bericht vom 16. Februar 2009: Urk. 8/72/3). Sie hielten weiter fest, dass sie den 53-jährigen Hilfsarbeiter am 25. November 2008 in wenig gebessertem Zustand - die Depression habe ein wenig reduziert werden können - und bei andauernder 100%iger Arbeitsunfähigkeit aus der Behandlung entlassen hätten (Urk. 8/72/6).

2.3.4.2. Dr. med. G. ___, Spezialarzt FMH für Chirurgie, stellte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Cervical- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom, Status nach LWK 1 Kompressionsfraktur, Status nach Morbus Scheuermann, Spondylosis deformans, mittelschwere bis schwere Osteoporose, anhaltende somatoforme Schmerzstörung, mittelgradig depressive Episode (Berichte vom 9. beziehungsweise vom 14. April 2009: Urk. 8/74, 8/75). Weiter hielt Dr. G. ___ fest, aus somatischer Sicht bestehe vor allem eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans: Für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben oder Tragen von Lasten sowie in wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten in Zwangshaltungen, für lang andauerndes Stehen insbesondere in vornüber geneigter Körperhaltung, für alle Tätigkeiten mit repetitiven Rumpf- oder HWS-rotierenden Stereotypen wie Arbeiten überwiegend im Nackenbereich sei der Beschwerdeführer aufgrund der Diagnose nicht geeignet. Zumutbar erschienen Dr. G. ___ jedoch körperlich leichte Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, ohne Heben von schweren Lasten. Um die Arbeitsbeziehungsweise Einsatzfähigkeit optimal prüfen zu können, müsste ein Leistungstest (am Besten in einer Wiedereingliederungsstätte) durchgeführt werden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht müsse durch einen Psychiater beurteilt werden (Urk. 8/74/4, 8/75/2).

2.3.5.2. Dr. A. ___ stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 8. Juni 2009 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) (Urk. 8/79/7). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 %. Diese Arbeit sei dem Beschwerdeführer wegen seiner ausgeprägten Schmerzproblematik sicherlich nicht mehr zumutbar. In einer schmerzangepassten Tätigkeit bestehe aus rein psychiatrischer Sicht jedoch eine

Arbeitsfähigkeit von 50 % bei einer Leistungsfähigkeit von 100 %. Die Arbeitsfähigkeit sei eingeschränkt durch die psychiatrische Grunderkrankung der rezidivierenden depressiven Störung und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Dem Beschwerdeführer sei ein volles Pensum nicht mehr zumutbar wegen der erwähnten Schmerzen und der eingeschränkten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit. Er benötige genügend Zeit zur psychophysischen Regeneration. Bei einer Überforderung durch ein überhöhtes Arbeitspensum wäre jederzeit eine Dekompensation der rezidivierenden depressiven Störung (ev. mit schwerer Episode) und des Schmerzsyndroms möglich (Urk. 8/79/9 f.). Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus rein psychiatrischer Sicht könnte auf circa 2005 datiert werden. Genauere Angaben seien nicht möglich (Urk. 8/79/10).

2.3.6 Â Prof. Dr. B. ___ vom RAD diagnostizierte in seinem psychiatrischen Untersuchungsbericht vom 14. Januar 2010 eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) sowie eine Symptomausweitung bei ungenügender Kooperation und Leistungsbereitschaft mit Selbstlimitierung (Urk. 8/93/4). Dr. B. ___ führte im Weiteren aus, an depressionsrelevanten Symptomen habe Dr. A. ___ lediglich Freudlosigkeit, negativ-pessimistische Zukunftsperspektiven, Ängstlichkeit und Verzweiflung festgehalten. Damit seien die Voraussetzungen für die Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode gemäss ICD-10 (mindestens zwei der typischen Symptome, depressive Stimmung, Verlust von Interesse oder Freude und erhöhte Ermüdbarkeit) sowie drei bis vier der anderen Symptome nicht erfüllt. Es änden sich auch weder im Gutachten noch in der persönlichen Befragung des Beschwerdeführers während der Untersuchung Hinweise auf eine rezidivierende psychiatrische Störung. Im Rahmen der von ihm vorgenommenen Untersuchung fiel Prof. Dr. B. ___ auf, dass der Beschwerdeführer auf Fragen nach depressiven Symptomen das Vorhandensein dieser Symptome bejahte, aber sein Verhalten in der Interaktion mit dem Übersetzer nicht dem typischen Verhalten bei einer mittelschweren Depression entsprochen habe. Hingegen könne die Diagnose einer Dysthymie gestellt werden, einer chronischen Verstimmung die weder die Kriterien für die Diagnose einer leichten noch einer mittelschweren Störung erfüllt. Es sei auch ganz auffällig gewesen, dass der Beschwerdeführer einfache Fragen wie zum Beispiel solche nach dem Alter seiner Kinder angeblich nicht habe beantworten können. Auch die Frage nach dem Schweregrad des Unfalls aus dem Jahre 1999, der angeblich die chronischen Schmerzen ausgelöst habe, sei offen geblieben. Sicher sei die Tatsache, dass bis zur Untersuchung durch Dr. G. ___ keine für die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit relevante Störung des Bewegungsapparates gefunden worden sei. Die Beschreibung der Schmerzen sei unpräzise; der Beschwerdeführer präsentiere eine erhebliche Behinderung, die aber angesichts seiner lebhaften Interaktion mit dem Übersetzer nicht plausibel erscheine. Das Fehlen jeder Leistungsbereitschaft und das Ausmass der Selbstlimitierung spreche für eine Symptomausweitung, das heisst, für ein dysfunktionales Verhalten ohne Krankheitswert. Eine relevante psychische Symptomatik mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei in der Untersuchung nicht gefunden worden (Urk. 8/93/4 f.).

2.3.7 Â Dr. Z. ___ hielt in ihrer Stellungnahme vom 7. Oktober 2010 fest, dass der Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht an einer rezidivierenden depressiven Störung mit verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühlen von Wertlosigkeit, Suizidgedanken,

Interesse- und Lustlosigkeit sowie Libidoverlust leide (Urk. 10 S. 1 Ziff. 2). Seit dem 31. März 2008 sei er aus rein psychiatrischer Sicht sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig. Bei dieser 50%igen Arbeitsunfähigkeit bestehe eine Leistungsminderung von 50 % (Urk. 10 S. 2 Ziff. 4-6).

E. 3

3.1 Auf Grund der Akten - insbesondere gestützt auf die Ausführungen von Dr. G. in seinen Berichten vom 9. beziehungsweise 14. April 2009 - ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht die Ausübung von körperlich leichten Tätigkeiten (in wirbelsäulenadaptierten Wechsellagen mit der Möglichkeit zum Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, ohne Heben von schweren Lasten) weiterhin im Umfang eines Vollzeitpensums zumutbar ist (vgl. Urk. 8/74/4, 8/75/2). Damit steht fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in somatischer Hinsicht nicht in revisionsrechtlich erheblicher Weise verschlechtert hat. Etwas Anderes wird zu Recht auch vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht (vgl. Urk. 1).

3.2 Zu präzisieren bleibt, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht verhält. Während die IV-Stelle gestützt auf den Untersuchungsbericht von Prof. Dr. B. vom RAD vom 14. Januar 2010 (Urk. 8/93) davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig sei und er bei Ausübung einer solchen Tätigkeit keine rentenrelevante Erwerbseinbusse erleide (Urk. 2 S. 2), vertritt dieser gestützt auf die Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin, Dr. Z., sowie auf das Gutachten von Dr. A. vom 8. Juni 2009 (Urk. 8/79) die Auffassung, es bestehe lediglich noch eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, körperlich leichten Tätigkeit. Nach Abzug eines leidensbedingten Abzuges von 20 % vom Invalideneinkommen resultiere beim Vergleich mit dem Valideneinkommen ein Invaliditätsgrad von 60 %, weshalb Anspruch auf eine Dreiviertelrente bestehe (Urk. 1 S. 7).

3.3 Gegenwärtig leidet der Beschwerdeführer gemäss Untersuchungsergebnis des Prof. Dr. B. (vom 14. Januar 2010) unter einer Dysthymie sowie einer Symptomausweitung (Urk. 8/93/4), während Dr. Z. und Dr. A. vom Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie von einer rezidivierenden depressiven Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode ausging (Urk. 8/62/1, 8/79/7, 10). Wie das psychische Beschwerdebild diagnostisch einzustufen ist, muss nicht abschliessend geklärt werden. Offen bleiben kann auch, ob mit der - von den Dres. Z. und Dr. A. (nicht aber von Prof. Dr. B.) diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, neben der Schmerzproblematik (als pathogenetisch [ätiologisch] unklarem syndromalem Zustand) eine psychische Komorbidität vorliegt (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50 f. mit Hinweisen), da deren Erheblichkeit, das heisst die Eignung, ausnahmsweise auf die Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung schliessen zu lassen (BGE 130 V 352 E. 3.3.1 S. 358), ohnehin zu verneinen wäre. In erster Linie existieren keine genügenden Anhaltspunkte für die Annahme, dass die Schmerzproblematik auf Grund der geltend gemachten psychischen Komorbidität eine invalidisierende Wirkung zeitigte. Die gegenteilige Würdigung des medizinischen Sachverhalts erweist sich als - in wesentlichen Teilen - nicht nachvollziehbar. Zum Einen fällt auf, dass sowohl Dr. Z. als auch die Berichterstatter des Zentrums C. in ihren Stellungnahmen vom 3. November 2008 (Urk. 8/62/1) beziehungsweise vom 16. Februar 2009 (Urk. 8/72/3) noch

vom Vorliegen mittelgradig depressiver Episoden ausgingen. Diesbezüglich ist aber zu beachten, dass mittelgradige depressive Episoden - ebenso wie eine Dysthymie - praxismässig regelmässig als keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens betrachtet werden, welche es der betroffenen Person verunmöglichen, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden (so unter anderem Urteile des Bundesgericht 9C_124/2011 vom 18. April 2011 E. 3.2, 8C_958/2010 vom 25. Februar 2011 E. 6.2.2.2, 9C_749/2010 vom 23. November 2010 E. 4.3.1 und 9C_803/2008 vom 29. Mai 2009 E. 5.3.2 mit Hinweisen). Dazu kommt, dass das Beschwerdebild im zu beurteilenden Fall in nicht unerheblichem Masse von - grundsätzlich invaliditätsfremden und daher auszuklammernden (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteile des Bundesgerichts 9C_1040/2010 vom 6. Juni 2011 E. 3.4.1, 9C_272/2009 vom 16. September 2009 E. 5.2 mit Hinweisen, in: SVR 2010 IV Nr. 19 S. 58, und 9C_749/2010 vom 23. November 2010 E. 4.3.1) - psychosozialen Belastungsfaktoren (Verlust der Arbeitsstelle im Jahr 2001, langjährige Fürsorgeabhängigkeit, Eheprobleme sowie zwei "traumatisierende" Operationen des Sohnes [vgl. Urk. 8/79/4, 10 S. 1 Ziff. 2 unten]; Tod des Vaters sowie von zwei Geschwistern [vgl. Urk. 10 Ziff. 2]) mitbestimmt beziehungsweise verstärkt wird.

3.4.4 Neben der fehlenden erheblichen psychischen Komorbidität sind auch die übrigen Umstände für eine ausnahmsweise invalidisierende somatoforme Schmerzstörung nicht erfüllt (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354). Chronische Begleiterkrankungen sind zu verneinen, da sich das diagnostizierte lumbospondylogene und cervicovertebrale Schmerzsyndrom als zu wenig erheblich zeigte, um Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu haben. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist ebenfalls zu verneinen. Auch Dr. A. sprach lediglich von einer Tendenz zum sozialen Rückzug, der jedoch nicht total sei (Urk. 8/79/9). Abgesehen davon, dass der Beschwerdeführer im täglichen Kontakt zu seiner Ehefrau und seinen Kinder steht, verbringt er seine Tage gemäss seinen eigenen Angaben meistens draussen und geht in der Stadt oder der Natur umher (Urk. 8/79/5). Zudem geht er auch selbständig einkaufen (Urk. 8/93/1 E. 3). Die von Dr. A. geltend gemachte "Flucht in die Krankheit" (Urk. 8/79/9) ist nicht belegt. Schliesslich sind auch die unbefriedigenden Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen zu verneinen, da davon auszugehen ist, dass diesen in erster Linie aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung, welcher kein Krankheitswert zukommt, kein Erfolg beschieden war. Nach dem Gesagten ist - mit der IV-Stelle - wegen Fehlens der notwendigen Kriterien eine zumutbare willentliche Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung und ihrer Folgen zu bejahen. Damit hat sich im Zeitraum zwischen der Verfügung vom 19. November 2003 (Urk. 8/26) und der einen Rentenanspruch abermals verneinenden Verfügung vom 19. Juli 2010 (Urk. 2) keine die Zuspätkommen von Rentenleistungen rechtfertigende Verschlechterung der Situation eingestellt und es war weiterhin keine rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit ausgewiesen. Daran vermag auch der am 23. Mai 2012 überwiesene Verlaufsbericht des Zentrums C. vom 13. Februar 2012 nichts zu ändern, da sich auch diesem betreffend den vorliegend massgeblichen Zeitraum keine erhebliche Veränderung beziehungsweise Verschlechterung entnehmen lässt.

4.4.4 Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

4.4.4.4

4.1. Zu prüfen bleibt der Antrag auf Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Nach Einsicht in die Akten (insbesondere Urk. 3/4) sind die Voraussetzungen nach Art. 61 lit. f. ATSG in Verbindung mit § 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung erfüllt.

4.2. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzugewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden sie jedoch unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 GSVGer einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 14. September 2010 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt.

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zuzugewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Stadt Zürich, Soziale Dienste, Rechtsdienst SOD
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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.