

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00432 vom 30. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00432](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00432)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00432 du 30 novembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00432 del 30 novembre 2012

## Erwägungen

### E. 2

2.1 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 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.2 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).

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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





vorher feststeht, dass der angebotene Beweis keine weitere Abklärung herbeizuführen vermag. Eine in diesem Sinne antizipierte Beweiswürdigung verstösst gemäss ständiger Rechtsprechung nicht gegen den Untersuchungsgrundsatz und das rechtliche Gehör (BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen).

Wenn die Beschwerdegegnerin entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers in den Einwandschreiben vom 7. Oktober und 22. November 2010 (Urk. 8/128, Urk. 8/132) auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ vom 13./17. März 2010 (Urk. 8/120-121) abstellte, ohne weitere Abklärungen vorzunehmen, hat sie nicht gegen den Untersuchungsgrundsatz und das Gehörsrecht verstossen, weil hiervon keine entscheidungswesentlichen neuen Tatsachen zu erwarten gewesen wären, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

## E. 5

5.1 Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 26. Juni 2009 (Urk. 8/90) eingetreten. Das Gericht hat daher in materiellrechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob sich der Invaliditätsgrad seit der rentenabweisenden Verfügung vom 26. Juli 1999 (Urk. 8/83; vgl. BGE 133 V 263) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 15. März 2011 (Urk. 2) in rentenbegründendem Ausmass verändert hat. Dabei ist mit den Parteien davon auszugehen, dass sich in erwerblicher Hinsicht keine Veränderung ergeben hat. Denn der Beschwerdeführer ist nach wie vor seit dem Unfall vom 23. Juni 1995 ohne Erwerbstätigkeit. Fraglich und zu prüfen ist daher einzig eine erhebliche, rentenbegründende Veränderung des Gesundheitszustandes.

Zufolge der Neuanmeldung vom 26. Juni 2009 (Urk. 8/90) ist dabei zu beachten, dass ein allfälliger Rentenbeginn in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG jedenfalls nicht vor Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs bei der IV (Art. 29 Abs. 1 ATSG), mithin nicht vor dem 1. Dezember 2009 in Frage kommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_160/2012 vom 6. Juni 2012).

### 5.2

5.2.1 In der letzten rentenabweisenden Verfügung vom 26. Juli 1999 war die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der Beschwerden am linken Knie die angestammte Tätigkeit seit dem 23. Juni 1995 nicht mehr und eine körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Sie schloss daraus auf einen Invaliditätsgrad von 31 % (Urk. 8/53). Dabei stützte sie sich in medizinischer Hinsicht auf die Berichte von Dr. med. E.\_\_\_\_, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie, vom 20. April 1998 (Urk. 8/32) und von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 1. März 1999 (Urk. 8/40) sowie auf den Bericht der G.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 1998 (Urk. 8/55 S. 15 ff.). Ausserdem berücksichtigte sie die Verfügung der Suva vom 2. Dezember 1998 (Urk. 8/55 S. 9), wonach der Beschwerdeführer ab dem 11. November 1998 als zu 100 % arbeitsfähig (in einer wechselbelastenden Tätigkeit ohne Leiternsteigen und ohne repetitives Treppensteigen, Urk. 8/55 S. 13) betrachtet worden war (vgl. Feststellungsblätter vom 5. März 1999, Urk. 8/42, und vom 31. Mai 1999, Urk. 8/50).

Dr. F.\_\_\_\_ hatte gemäss dem Bericht vom 1. März 1999 aufgrund der Diagnosen einer vorderen Kreuzbandruptur links vom 28. Juni 1995 bei Status nach lateraler und medialer Teilmenisektomie im Januar 1996 und Status nach vorderer Kreuzbandplastik links vom 23. April 1998 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der

Tätigkeit als Transportmitarbeiter und in allen kniebelastenden Tätigkeiten attestiert. Mit einer Knieschiene könne er in Tätigkeiten ohne Bücken und ohne Gehen auf unebenem Gelände sowie in sitzenden Tätigkeiten, etwa in Kontrollfunktionen, bei Büroarbeiten oder beim Taxifahren etc., voll arbeiten. Die vordere Kreuzbandplastik sei insofern kein durchschlagender Erfolg gewesen, als sich das Implantat gelockert habe und eine gewisse Instabilität im Knie zurückgeblieben sei. Eine Reoperation dränge sich derzeit nicht auf (Urk. 8/40). Dem Bericht der G. \_\_\_ vom 27. Oktober 1998, wo der Beschwerdeführer vom 2. September bis 7. Oktober 1998 stationär behandelt worden war, ist zu entnehmen, dass trotz intensiver physiotherapeutischer Behandlungen keine Besserung der Schmerzproblematik habe erreicht werden können. Allerdings hätten die objektiv klinisch erhobenen Befunde das Schmerzverhalten des Beschwerdeführers nicht vollständig zu erklären vermocht. Bei Austritt sei ihm ein stockfreier Gang möglich und zumutbar gewesen. Die Tätigkeit als Zügelmann in einer Spedition sei ihm nicht mehr zumutbar. In einer wechselbelastenden Tätigkeit ohne Leiternsteigen und repetitives Treppensteigen sei er zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/55 S. 16 f.).

5.2.2. Nach der letzten Knieoperation vom März 2004 war gemäss dem Bericht des H. \_\_\_ (I. \_\_\_), Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, vom 26. August 2004 wiederum von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit auszugehen. Dabei berücksichtigten die Ärzte des I. \_\_\_ nebst der Diagnose chronischer persistierender Knieschmerzen links - soweit aktenkundig erstmals - die Diagnose eines sekundären lumbovertebralen Schmerzsyndroms links bei Fehllhaltung/-belastung und muskulärer Dysbalance. Diese linksseitigen lumbalen Schmerzen beständen seit sechs Jahren (Urk. 8/96 S. 8 f.).

5.3. In der Neuanmeldung vom 26. Juni 2009 machte der Beschwerdeführer nebst den Beschwerden am linken Knie nunmehr chronische Rückenschmerzen, eine mittelgradige depressive Symptomatik und chronische Bauchschmerzen geltend (Urk. 8/90 S. 7). Der Anmeldung wurden der Austrittsbericht des Z. \_\_\_ vom 9. Januar 2009 (Urk. 8/87 S. 3 ff.), der Bericht von Dr. F. \_\_\_ vom 20. März 2009 (Urk. 8/87 S. 2) und der Bericht von med. pract. J. \_\_\_, praktischer Arzt des K. \_\_\_ vom 9. Juni 2009 (Urk. 8/87 S. 1), beigelegt.

Gemäss dem Austrittsbericht des Z. \_\_\_ wurde der Beschwerdeführer vom 6. bis 17. Dezember 2008 dort stationär behandelt, nachdem ihn Dr. F. \_\_\_ aufgrund einer depressiven Symptomatik bei psychosozialer Belastungssituation und sekundär lumbovertebralem Schmerzsyndrom links mit Fehllhaltung und muskulärer Dysbalance zugewiesen hatte. Nach Angaben des Beschwerdeführers (bei Eintritt in das Z. \_\_\_) sei seine Frau, die er am Anfang März 2008 geheiratet habe, nach Streitereien vor wenigen Tagen in den L. \_\_\_ abgereist. Auch habe er Probleme mit dem Sozialamt und aktuell nicht viel Geld zum Leben, nachdem ihm nach der Heirat die Sozialhilfe gekürzt worden sei. Als zusätzliche Belastungsfaktoren habe er seine Knieschmerzen, Blockaden im Kopf und linksseitige Rücken-, Kopf- und Nackenschmerzen angegeben. Er spüre seit längerer Zeit an der gesamten linken Körperperipherie weniger. Er habe keine Hoffnung mehr, schlechte Stimmung, rezidivierende Suizidgedanken, Durchschlafstörungen und sei sozial zurückgezogen. Die Ärzte des Z. \_\_\_ schlossen auf eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei psychosozialer Belastungssituation und chronischem lumbovertebralem Schmerzsyndrom. Unter antidepressiver Therapie mit Efexor habe sich die depressive

Symptomatik gebessert und der Beschwerdeführer habe subjektiv eine Verbesserung der linksseitigen Schmerzen empfunden. Bei Austritt sei er noch leichtgradig depressiv gewesen (Urk. 8/87 S. 3 ff.).

Dr. F. \_\_\_ erklärte im Bericht vom 20. März 2009, der Beschwerdeführer sei zeitweise suizidgefährdet, nehme starke antidepressive Medikamente ein und sei nach der langen Arbeitslosigkeit körperlich kaum belastbar und völlig dekonditioniert. Er leide an chronischen Rücken- und vor allem Kniebeschwerden links. Theoretisch sei eine Tätigkeit noch vorstellbar, jedoch werde dies nur gelingen, wenn man ihn bei der Wiederaufnahme begleite (Urk. 8/87 S. 2).

Med. pract. J. \_\_\_ führte im Bericht vom 9. Juni 2009 aus, der Beschwerdeführer sei aus psychischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei eine regelmäßige psychiatrische Betreuung (wichtig) notwendig. Ausserdem sollte die Problematik, dass er zusammen mit seinem Bruder in einer Einzimmerwohnung wohne, geändert werden (Urk. 8/87 S. 1).

#### 5.4 Die

5.4.1 Die Abklärungen der Beschwerdegegnerin nach der Neuanschuldung ergaben Folgendes: Im Bericht vom 22. Mai 2009 hielt Dr. F. \_\_\_ fest, der Beschwerdeführer berichte, dass er nicht mehr alleine wohnen könne. Es würden ihn Ängste plagen. Die jetzige Wohnsituation mit seinem Bruder sei wegen der Einzimmerwohnung nicht günstig. Einmal pro Woche werde der Beschwerdeführer vom M. \_\_\_ betreut. Medikamente beziehe er von ihm. Zurzeit sei er weder arbeits- noch vermittlungsfähig (Urk. 8/96 S. 7).

Gemäss dem Bericht des M. \_\_\_ des Z. \_\_\_ vom 9. Juli 2009 besuchte der Beschwerdeführer zweimal zehn Gruppensitzungen der Bewegungs-Gruppentherapie, und zwar vom 23. Januar bis 3. April und vom 8. Mai bis 10. Juli 2009. Die Behandlung habe bezüglich der Schmerzen nur eine geringe Linderung der Symptomatik gebracht. Die regelmäßigen Gruppensitzungen hätten einen stabilisierenden Einfluss auf das psychische Befinden gehabt. Die Arbeitsfähigkeit könne nicht beurteilt werden (Urk. 8/98 S. 2).

5.4.2 Gegenüber den Gutachtern Dr. B. \_\_\_ und Dr. C. \_\_\_ gab der Beschwerdeführer gemäss deren Gutachten vom 13./17. März 2010 (Urk. 8/120-121) an, nach dem Unfall im Jahr 1994 habe er nicht arbeiten können und sei zunehmend in finanzielle Schwierigkeiten gekommen. 1999 sei es deswegen zur zweiten Scheidung gekommen. Seitdem leide er auch unter psychischen Problemen. Er habe kein Geld mehr gehabt, habe ständig Schmerzen verspürt, sei allein geblieben und habe sich sehr einsam gefühlt. Seine dritte Ehefrau habe ihn wegen den finanziellen Problemen im November 2008 verlassen, was in ihm eine tiefe psychische Krise verursacht habe. Während der stationären Behandlung im Z. \_\_\_ habe sich sein Zustand gebessert. Danach sei es ihm wieder zunehmend schlechter gegangen. Er sei dann über ein Jahr im M. \_\_\_ (ambulant) in Behandlung gewesen, wobei er die Therapie wegen Sprachproblemen beendet habe. Seit eineinhalb Jahren schlafe er bei seinem Bruder, da er sich in seiner kleinen Dachwohnung sehr einsam und ängstlich fühle. Er habe kein Geld, er habe Angst allein in der Wohnung zu sein und er spüre nur die Schmerzen, so dass er kaum gehen könne. Er spüre eine ständige Nervosität und er könne kaum mit Leuten sprechen. Am Liebsten sei er alleine (Urk. 8/120 S. 3 f.). Er habe Schmerzen im Nacken, im

ganzen Rücken und in beiden Beinen. Die ganze linke Seite sei schmerzhaft. Die Rückenschmerzen seien drei bis vier Jahre nach der ersten Knieoperation eingetreten. Die Nasenoperation vom 25. November 2009 habe ihm sehr geholfen; er könne nun besser atmen (Urk. 8/121 S. 59).

Die Gutachter stellten aus psychiatrischer und internistisch/rheumatologischer Sicht die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Knieschmerzen links bei Status nach Unfall mit Verletzung des linken Knies am 23. Juni 1995 mit medialer Seitenruptur links und isolierter vorderer Kreuzbandruptur und (bei Status) nach Unfall mit Verletzung des linken Knies am 16. Januar 1996 mit Korbhakenläsionen des lateralen und posteromedialen Meniskus mit arthroskopischen Behandlungen am 28. Juni 1995, 26. Januar 1996, 2. September 1999 und am 29. März 2004 sowie vorderer Kreuzbandplastik am 23. April 1998, beginnender Arthrose femorotibial und retropatellar (Computertomographie [CT] vom Februar 2010), klinisch jetzt normale Beweglichkeit beider Knie, ohne Instabilität, mit symmetrischen Beinumfangen ohne Quadriceps-Atrophie links. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie Anpassungsprobleme mit Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10 Z60.0), ausgedehnte chronische Schmerzen, den Status nach einer Scaphoid-Querfraktur rechts am 17. Dezember 2006 mit konservativer Therapie und den Status nach Nasenoperation vom 25. November 2009 wegen Nasenatmungsbehinderung bei Septumdeviation und chronisch hyperplastischer Rhinosinusitis mit Polypen rechts. Gestützt auf die klinischen Untersuchungen, die medizinische Aktenlage und die rheumatologisch/internistische Abklärungen (Blut/Urintests, Abklärung zum Medikamentenbezug, bildgebende Untersuchungen) schlossen sie auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit dem 23. Juni 1995 und auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Heben oder Tragen von Lasten bis zu 15 Kilogramm (Urk. 8/120 S. 8).

Gemäss dem internistisch-rheumatologischen Teilgutachten von Dr. B. \_\_\_ vom 13. März 2010 ergaben die klinische Untersuchung (Urk. 8/121 S. 64 ff.) und das CT der LWS vom 16. Februar 2010 (Urk. 8/121 S. 83 f.) keine wesentliche lumbale Erkrankung. Eine Fibromyalgie bestehe ebenfalls nicht. Der Beschwerdeführer habe zwar ausgedehnte Schmerzen angegeben, jedoch seien in der Dolorimetrie nicht nur 16 von 18 Tender Points, sondern auch sechs der acht Kontrollpunkte als schmerzhaft angegeben worden, und zwar schon bei sanften Berührungen. Die angegebenen Schmerzen der ganzen linken Körperseite und lumbal seien im Rahmen einer Schmerzausweitung zu interpretieren. So gebe es für die demonstrierte reduzierte Handkraft, welche im Widerspruch zu den Gebrauchsspuren an beiden Händen und dem normalen beidseitigen Handeinsatz während der Untersuchung gestanden hätten, aus rheumatologischer Sicht keine Ursache. Die Scaphoidfraktur rechts sei geheilt. Es bestehe am ehesten eine Selbstlimitation in der Untersuchungssituation. Von den vier an den Beinen gemessenen Umfangen seien drei je auf der rechten und linken Seite gleich gross. Der vierte Umfang (15 cm oberhalb des Patellaoberrandes) sei links sogar 0,5 cm grösser als rechts. Es gebe daher keinen klinischen Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer das linke Bein weniger einsetze als das rechte. Die früher beschriebene Quadriceps-Atrophie links sei nicht mehr vorhanden. Ausserdem seien die Angaben zum Medikamentengebrauch diskrepant zu seinen Bezügen bei der Krankenkasse und den Medikamentenspiegeln im



4), ist dagegen festzuhalten, dass eine solche nicht zwingend geboten war. Denn der von Dr. B.\_\_\_\_ im Rahmen ihrer internistisch-rheumatologischen Untersuchung erhobene neurologische Befund fiel normal aus (Urk. 8/121 S. 68) und gab somit keinen Anlass zu einer fachärztlichen neurologischen Zusatzuntersuchung. Im Übrigen liegt es in erster Linie im Ermessen der Gutachter zu bestimmen, welche Fachrichtungen zur Beurteilung eines Gesundheitszustandes beigezogen werden müssen. Aufgrund des somatischen Gesundheitszustandes rechtfertigt sich nach dem Gesagten keine Neubeurteilung des Rentenanspruchs.

5.5.2.2 In psychischer Hinsicht war im Vergleich zur Sachlage zurzeit der Verfüng vom 26. Juli 1999 (Urk. 8/53) zwar im November 2008 eine gesundheitliche Veränderung eingetreten. Diese beschränkte sich jedoch auf eine mittelgradige depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation und sekundärer lumbovertebraler Schmerzsymptomatik im November/Dezember 2008. Die Einweisung in das Z.\_\_\_\_ erfolgte im Kontext sozialer Probleme (Urk. 8/87 S. 3). Die depressive Symptomatik besserte sich bereits nach wenigen Wochen der stationären Behandlung. Bei Austritt war der Beschwerdeführer nur noch leichtgradig depressiv (Urk. 8/87 S. 6). Eine psychiatrische ambulante Nachbehandlung wurde zwar empfohlen (Urk. 8/87 S. 7), erfolgte jedoch lediglich in Form der Teilnahme an einer Schmerztherapie des M.\_\_\_\_ des Z.\_\_\_\_ (Urk. 8/98 S. 2). Die vom Hausarzt Dr. F.\_\_\_\_ verschriebenen Psychopharmaka (Urk. 8/96 S. 6 f.) wie auch die übrigen Medikamente wurden gemäss den von Dr. B.\_\_\_\_ veranlassten Abklärungen vom Beschwerdeführer zudem nicht in der verschriebenen und therapeutisch wirksamen Menge eingenommen (Urk. 8/121 S. 72). Es handelte sich bei den psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers damit um eine vorübergehende psychische Störung milder Ausprägung, die rechtsprechungsgemäss nicht dazu geeignet ist, die Überwindbarkeit der hier teilweise nicht objektivierbaren Schmerzsymptomatik in Zweifel zu ziehen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_235/2007 vom 8. Mai 2008 E. 3.3 und 8C\_677/2011 vom 4. April 2012 E. 4.5). Ausserdem ist bezüglich der Bestimmung der Arbeitsfähigkeit bei einem Beschwerdebild, wie es beim Beschwerdeführer vorlag respektive vorliegt, zu berücksichtigen, dass im Vordergrund stehende und das Beschwerdebild stark mitbestimmende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren ohne das Vorliegen einer psychischen Störung von Krankheitswert keinen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden begründen. Nach der Rechtsprechung braucht es in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlich schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein (BGE 127 V 294 E. 5a). Letzteres ist beim Beschwerdeführer für die Zeit nach Austritt aus dem Z.\_\_\_\_ am 17. Dezember 2008 indes nicht ausgewiesen.

Vor diesem Hintergrund sind insbesondere die von Dr. C.\_\_\_\_ gemäss dem Gutachten vom 17. März 2010 gemachten Erhebungen und Schlussfolgerungen nachvollziehbar und hinreichend, wenn er zum Schluss kommt, dass es beim Beschwerdeführer zufolge seiner sozialen Belastungssituation im November 2008 zu einer depressiven Anpassungsstörung gekommen sei. Ebenso zutreffend führte er aus, mit der Sicherung einer sinnvollen Tagesstruktur und den therapeutischen Massnahmen

während der stationären Behandlung sei es rasch zu einer Verbesserung des psychischen Zustandes gekommen. Dr. C.\_\_\_\_ konnte ausser einer leichten Depressivität anlässlich seiner Untersuchung vom 17. Februar 2010 schliesslich keine psychische Störung erheben und keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (Urk. 8/120 S. 4 f.). Davon ist mit der Beschwerdegegnerin auszugehen.

5.5.3.1 Den Beweiswert des Gutachtens vom 13./17. März 2010 vermessen im Übrigen auch die Einwendungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4 ff.) nicht in Zweifel zu ziehen, zumal es entgegen dessen Ansicht alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c) erfüllt. So ist nicht zu beanstanden, dass Dr. C.\_\_\_\_ auf eine Testung zur Erhebung von testpsychologischer Befunde verzichtete, nachdem diese wegen Schwierigkeiten des Beschwerdeführers abgebrochen werden musste (Urk. 8/120 S. 4). Denn einem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration kann generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_391/2010 vom 19. Juli 2010 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Auch die Dauer einer psychiatrischen Begutachtung sagt nichts über dessen beweisrechtliche Verwertbarkeit eines Gutachtens aus, wenn wie hier alle wesentlichen Sachverhalte und Befunde erhoben wurden, das Verhalten des zu Begutachtenden und die medizinischen Vorakten/Anamnese berücksichtigt sowie die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet wurden. Weder die Vorakten noch die beim Gespräch erhobenen Befunde legen die Notwendigkeit von weiteren Erhebungen nahe, dies erst Recht nicht mit Blick auf den im Rahmen der somatischen Untersuchung erhobenen psychopharmakologischen Medikamentenspiegel. Denn trotz der nur reduzierten Einnahme der Psychopharmaka im nicht therapeutischen Bereich zurzeit der Begutachtung (Urk. 8/121 S. 60, S. 70 und S. 72) waren die psychischen Funktionen und der psychopathologische Eindruck bis auf eine leichte Depressivität unauffällig (Urk. 8/120 S. 4 f.). Nichts zu seinen Gunsten vermag der Beschwerdeführer vor diesem Hintergrund daraus abzuleiten, dass Dr. C.\_\_\_\_ die Weiterführung der Psychopharmakotherapie empfahl (Urk. 8/120 S. 6). Denn eine solche Empfehlung sprach er zur Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht aus (Urk. 8/120 S. 7), nachdem psychosoziale Belastungen den psychischen Zustand bereits einmal zu verschlechtern vermochten und zur Hospitalisierung geführt hatten. Schliesslich äusserte sich Dr. C.\_\_\_\_ auch hinreichend zur Krankheitsentwicklung und erläuterte einleuchtend die auf der Grundlage der psychosozialen Belastung entstandene depressive Anpassungsstörung (Urk. 8/120 S. 3 ff.).

5.5.4.1 Bei dieser Sach- und Rechtslage ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auch in psychischer Hinsicht auf die gutachterliche Einschätzung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (Urk. 8/120 S. 5 und S. 7) abstellte. Von weiteren Beweissmassnahmen sind keine anderen oder weiteren entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 613/02 vom 10. März 2003 E. 1.2).

Es ist nach dem Gesagten damit insbesondere ab dem hier massgeblichen Zeitpunkt ab Dezember 2009 (vgl. Erwägung 5.1 hiervor) wie schon zurzeit der Verfallung vom 26. Juli 1999 (Urk. 8/53) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelastenden und knieschonenden Tätigkeit auszugehen. Daraus folgt, dass sich keine rentenbegründende Veränderung ergeben hat und die angefochtene Verfallung vom 15. März 2011 (Urk. 2) somit nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

Streitgegenstand des Verfahrens bildet die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist für das vorliegende Verfahren nach Massgabe von 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 sowie unter Berücksichtigung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- und der eingereichten Honorarnote vom 30. Oktober 2012, welche einen angemessenen Aufwand von 8,90 Stunden und Barauslagen von Fr. 75.50 ausweist (Urk. 18), mit Fr. 2'003.95 (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Eric Stern, Zürich, wird mit Fr. 2'003.95 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Eric Stern

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

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.