

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00319 vom 26. September 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00319

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00319 du 26 septembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00319 del 26 settembre 2014

Erwägungen

E. 1.1

Der 1966 geborene

X.____, zum Kellner, Koch und Betriebsleiter Restauration ausgebildet,

Wirtepatentinhaber

und seit Mai 1994 im väterlichen Textilreinigungsgeschäft arbeitend,

zog sich anlässlich einer Autokollision vom

E. 1.2

Am

E. 1.3

Wurde eine Rente verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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 (BGE 117 V 198 E. 3a; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). 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 prüfen, 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 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.4

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 256 E. 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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen 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). 2.

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer allfälligen anspruchserheblichen Änderung bildet die Verfügung vom 20. Juni 2007, mit welcher ein Rentenan spruch - ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer Tätigkeit in der Hoteladministration - bei einem Invaliditätsgrad von 0 % verneint wurde (Urk. 8/101). Die Abweisung des Leistungsbegehrens beruhte in medizinischer Hinsicht auf den im Bericht des behandelnden Dr. med. Z.____, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, vom 23. Januar 2007 (Urk. 8/80/1-6) gestellten (wesentlichen) Diagnosen (Urk. 8/80/5 ; vgl. Feststellungsblatt vom 27.

April 2007 ,

Urk. 8/92) : - Posttraumatische OSG-Arthrose links bei Status nach Autounfall 1994 mit Femurschaftfraktur , zweitgradig offener Trümmerfraktur der Patella, erstgradig offener Bimalleolarluxationsfraktur (links) und - Status nach Marknagelung (Oktober 1994) und Re-Operation mit Plattenosteosynthese (Februar 1995, Femur); Status nach Platten- und Schraubenosteosynthese (Oktober 1994, Bimalleolarfraktur), Status nach Zuggurtungs-Osteosynthese (Oktober 1994, Patella) - Depression (ICD-10 F32.8) - Polytoxikomanie - Methadon-Langzeitsubstitution

Genannt wurde ferner – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – eine chronische Bronchitis bei Nikotinabusus (Urk. 8/80/5) . Dr. Z.____ befand den Beschwerdeführer als zu 80 % arbeitsunfähig in den bisher ausgeübten Tätigkeiten als Kellner und Koch (Urk. 8/80/1).

Med. pract . A.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) nahm am 11.

April 2007 Stellung zur medizinischen Aktenlage und hielt dafür, dass aus sozialmedizinischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in den Tätigkeiten als Koch und Kellner ausgewiesen sei. Eine Tätigkeit in der Hoteladministration sei dem Beschwerdeführer aber weiterhin zu 100 % zumutbar (Urk. 8/92/2) . 3.

In der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2013 geht die Beschwerdegegenrin unter Anerkennung einer medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit von nunmehr 85 % infolge Veränderung der psychiatrischen Problematik (Entwicklung einer

psychosomatischen Überlagerung) von einem weiterhin rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % aus (Urk. 2). In medizinischer Hinsicht stützte sie sich im Wesentlichen auf das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten vom 16. April 2012 (Urk. 8/131-133).

Der Beschwerdeführer stellte die Beweistauglichkeit dieses Gutachtens in Frage und machte geltend, die gutachterlichen Einschätzungen würden massiv von denjenigen seiner behandelnden Ärzte abweichen (Urk. 1 S.

10). Er stellte sich auf den Standpunkt, dass

er laut der Einschätzung seines behandelnden Psychiaters zu 80 % arbeitsunfähig sei (S. 13). 4.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 9. April 2013 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 11. März 2013 sei aufzuheben und es sei ihm ab 1. Oktober 2011 eine ganze Rente zuzusprechen. Zudem ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (S. 2). Ein Doppel der Eingabe wurde der IV-Stelle zugestellt und ihr Frist angesetzt, um dazu schriftlich Stellung zu nehmen (Urk. 5). Mit Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2013 schloss sie auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 23. Mai 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 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.

E. 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.

E. 4.1

Der behandelnde Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 29. Juni 2011 (Urk. 8/118) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Kombinierte Persönlichkeitsstörung nach Unfall mit sieben Jahren und im Jahre 1994 (ICD-10 F61.0) - Rezidivierende depressive Episode (ICD-10 F33.1) - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - Polytoxikomanie, zurzeit stabilisiert mit 100 mg Methadon pro Tag (ICD-10 F19.22)

Der Diagnose einer posttraumatischen OSG-Arthrose für den Bewegungsapparat nicht belastende Berufe mass er keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (Ziff. 1.1). Dr. B.____ führte aus, der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner vielschichtigen und vielseitigen Probleme in seinen kognitiven Funktionen immer wieder eingeschränkt. Sehr auffallen seien die Affektivität und der Antrieb, die „massiv durch die schwere Depression und die

damit verbundene Antriebsstörung mit immer wieder resignativen Zügen bedingt“ seien (Urk. 8/118/7) . Aus psychiatrischer Sicht befand er den Beschwerdeführer zur Zeit als zu 100 %

arbeitsunfähig. Eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % schein nur unter allerbesten Rahmenbedingungen und gesicherten psychosozialen und finanziellen Umständen der Familie erreichbar . Seit Januar 2011 habe sich der Gesundheitszustand im psychischen Bereich eher verschlechtert, da sich der Druck auf die Familie wesentlich verstärkt habe und diese unter dem Existenzminimum lebe (Urk. 8/118/8).

E. 4.2

Der Hausarzt und Internist Dr. Z. ___ führte im Bericht vom 13./ 14. Juli 2011 (Urk. 8/119/ 1- 7) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Ziff. 1.1): - Subtalare Arthropathie bei: - Status nach OSG-Arthrodesen links (April 2009) bei Status nach erstgradiger offener Bimalleolarfraktur links, versorgt mit Platten und Schrauben-Osteosynthese (Oktober 1994) nach Autounfall 1994 - Status nach Femurschaftfraktur versorgt mit Marknagelung (Oktober 1994) und Re-Operation mit Platten-Osteosynthese (Februar 1995) - Status nach zweitgradiger offener Patella-Trümmerfraktur links, versorgt mit Zuggurtungsosteosynthese (Oktober 1994) - Chronische Depression - Polytoxikomanie inklusiv Methadon-Langzeitsubstitution

Der Diagnose einer chronischen Bronchitis bei Nikotinabusus mass er keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (Ziff. 1.1).

In bisheriger Tätigkeit befand er den Beschwerdeführer seit 23. Januar 2007 als zu 70 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6).

E. 4.3

Am 1. und 15. März 2012 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der IV-Stelle durch Dr. med. C. ___ , FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, und Dr. med. D. ___ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, untersucht.

In der entsprechenden Expertise vom 16. April 2012 (Urk. 8/131-133) nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/131 S. 10 , betreffend die ICD-Kodifizierung vgl. Urk. 8/133 S.

E. 4.4

Im Bericht vom 29. Oktober 2012 (Urk. 8/142) äusserte sich der behandelnde Psychiater Dr. B. ___ zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und nahm Stellung zum Gutachten. Er führte aus, dass aus psychiatrischer Sicht die Beeinträchtigung hauptsächlich im Bereich der emotionalen Instabilität und deren Folgen liege, so dass für den Beschwerdeführer nichts Längerfristiges mehr planbar sei. Bei den Stimmungsschwankungen würden einerseits schwere Antriebsstörungen mit resignativen Zügen und andererseits eine Dünnhäutigkeit und Spannungstoleranz auffallen , die zu einer Neigung zu Reizbarkeit und aggressiven Reaktionen führten (S. 1) . Falls die Situation gut strukturiert sei, seien die kognitiven und Planungsfunktionen intakt. Diese würden aber zusammenfallen, wenn er sich selber strukturieren und organisieren müsse.

Gepaart mit der Schwere und Antriebslosigkeit bringe er dann „nichts mehr auf die Reihe“. Der Drogenkonsum habe in diesen Situationen deutlich sekundären Charakter. Aus somatischen und psychischen Gründen sei er

zu 80 %

nicht mehr in der Lage, als Kellner und Koch zu arbeiten. Er könne dem Druck und der Spannung in der Gastronomie und Hotellerie nicht mehr standhalten (S. 2). Seit Juni 2011 habe sich die Gesamtsituation eher noch verschlechtert. Mit der gutachterlichen Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer zu 85 % arbeitsfähig sein soll, sei er nicht einverstanden. Der Drogenkonsum in der Rehabilitationszeit nach dem Unfall zeige, dass es neben der Traumatisierung und dem Schmerzsyndrom zu einer massiven psychischen Krise gekommen sei. Es sei nicht zulässig, aufgrund einer 75-minütigen Exploration festzustellen, dass der Explorand zwar einen „eher verzweifelten und resignierten Eindruck machte, eine deutliche Depressivität sich aber nicht nachweisen liess“. Die teils schweren, rezidivierenden depressiven Episoden seien klinisch mit einer quälenden Blockiertheit und Antriebslosigkeit manifest gewesen (S. 3). Die Diagnosen des Gutachtens sollten um die sich über die Jahre entwickelte kombinierte Persönlichkeitsstörung und die zum Teil schweren rezidivierenden depressiven Episoden ergänzt werden (S. 4).

E. 4.5

Am 17. und 21. Januar 2013 (Urk. 8/146-147) reichten die Gutachter in Ergänzung der Expertise vom 16. April 2012

ihre von der IV-Stelle veranlassten Stellungnahmen zum Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. B.____ und zum Einwand des Beschwerdeführers ein.

Der Psychiater Dr. D.____ führte namentlich detailliert aus, dass er anlässlich der Begutachtung keine neuen Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung und rezidivierende depressive Episoden entsprechende Symptomatik festgestellt habe. Die 15%ige Arbeitsunfähigkeit sei unter Mitberücksichtigung der

Foerster'schen Kriterien festgestellt worden (Urk. 8/146/1-7 S. 4). Aus dem Bericht des behandelnden

Dr. B.____ könne er keine neuen Erkenntnisse gewinnen, die seine Beurteilung zu ändern vermöchten (S. 5). Zudem erwähnte er, dass in einer Untersuchung wie der durchgeführten allfällige Störungen der kognitiven Funktionen und Planungsfunktionen durchaus aufgefallen wären, sofern sie vorhanden wären (S. 6).

Dr. C.____

hielt fest, dass Dr. D.____ und er an den Einschätzungen beziehungsweise an der interdisziplinären Beurteilung vom 16.

April 2012 festhielten (Urk. 8/147). 5.

5.1

Das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten vom 16. April 2012 (Urk. 8/131-133), welches der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2013 in medizinischer Hinsicht hauptsächlich zugrunde liegt (vgl. Urk. 8/152/4, Urk. 8/135/5), umfasst eine einlässliche Anamneseschilderung (Urk. 8/131 S. 2 f., Urk. 8/133 S.

4 ff.), beruht auf einlässlichen rheumatologischen (Urk. 8/131 S. 3 ff.) und psychiatrischen (Urk. 8/133 S. 6 f.) Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und beantwortet die gestellten Fragen umfassend (Urk. 8/131 S. 19, Urk. 8/133 S. 10 ff.). Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und

Zusammenhänge ein (Urk. 8/131 S. 10 ff., Urk. 8/133 S. 7 ff.) , ist sorgfältig abgefasst und enthält begründete Schlussfolgerungen . Damit entspricht es den rechtssprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.5 hie vor) . 5.2

Die rheumatologische Beurteilung des Dr. C.____ , wonach für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nur teilweise ein entsprechendes morphologisches Korrelat vorliegt, ist schlüssig begründet.

So legt er nachvollziehbar dar, dass das im April 2009 operativ eingesteifte linke Sprunggelenk und eine leicht gradige Arthrose im unteren Sprunggelenk zwar die Beschwerden im Bereich des linken Fusses erklären ;

für die geschilderte Schmerzintensität in der linken Hüfte und im linken Knie aber relevante bildgebend darstellbare Befunde fehlten bzw. sich klinisch keine pathologischen Befunde objektivieren liessen . Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt er den Beschwerdeführer als in der Ausübung einer angepassten Verweistätigkeit nicht eingeschränkt und

kam zum Schluss, dass in somatischer Hinsicht keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit Juni 2007 eingetreten sei . Vergleicht man die von Dr. C.____ erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen mit denjenigen im Zeitpunkt der letzten rentenabweisenden Verfügung vom 20. Juni 2007, ergibt sich ein praktisch identisches Bild , indem der Beschwerdeführer damals wie im Zeitpunkt der nun strittigen Rentenabweisung an Beschwerden der linken unteren Extremität aufgrund des Unfalls von 1994 litt. In diagnostischer Hinsicht ergibt sich

abgesehen vom Status nach genannter OSG- Arthrodeese im April 2009 ein nahezu ebenso unverändertes Bild.

Die abweichende Beurteilung des Hausarztes Dr. Z.____

(vgl. E. 4.2) ist nicht geeignet, die gutachterliche Einschätzung des Dr. C.____ in Zweifel zu ziehen. So ist zunächst zu berücksichtigen, dass Dr. Z.____ über einen Facharzt titel für Allgemeine Innere Medizin und nicht

über einen solchen für Rheumatologie verfügt , was für die Würdigung medizinischer Berichte eine erhebliche Rolle spielt (vgl. Urteil des Bundesgericht 9C_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1). Überdies darf und soll bei Berichten von behandelnden

Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden , dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit Hinweisen). Zudem

lässt sich auch dem Bericht des behandelnden Hausarztes Dr. Z.____ keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht seit Juni

2007 entnehmen . Soweit er aufgrund des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes eine höhere Arbeitsunfähigkeit attestiert, vermag seine Einschätzung keine relevante Verschlechterung zu belegen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

5.3

Die psychiatrische Beurteilung des Dr. D.____ ,

wonach beim Beschwerdeführer - aufgrund der Umstände , dass er sich auf den Schmerz fixiert, hypochondrische Befürchtungen äussert sowie die bestehenden Lebensprobleme zu einer Schmerzausdehnung führen - eine Schmerzsymptomatik im Vordergrund steht, ist nachvollziehbar ;

für die vom behandelnden

Dr. B.____ diagnostizierte rezidivierende depressive Störung wie auch insbesondere für die kombinierte Persönlichkeitsstörung konnte er beim Beschwerdeführer keine der ICD-Kriterien entsprechende Symptome feststellen , weshalb er auf eine Dysthymie schloss .

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die psychiatrische Exploration

von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann . Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte

wie vorliegend lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E.

5.1 mit Hinweisen). Dem Beschwerdeführer ist wohl beizupflichten , dass bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung auch die potentiellen Stärken der Berichte der behandelnden Ärzte nicht vergessen werden dürfen (vgl. Urk. 1 S.

11 f.). Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits

rechtsprechungsgemäss nicht zu, ein Administrativgutachten

(oder Gerichtsgutachten) stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Anders verhält es sich nur, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der (psychiatrischen) Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_79/2008 vom 19. August 2008 E. 4.1 mit Hinweis und 9C_24/2008 vom 27.

Mai 2008 E. 2.3.2 mit weiteren Hinweisen). Zwar erwähnte der behandelnde

Dr. B.____ in seinen Berichten, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner vielschichtigen Probleme in den kognitiven Funktionen eingeschränkt sei , doch beschrieb er nicht näher, wie sich diese im Alltag hinderlich und damit auf die Leistungsfähigkeit auswirkten (E. 4.1 und 4.4 hievore). Zudem kann davon ausgegangen werden, dass dem begutachtenden Dr. D.____ allfällige Störungen der kognitiven Funktionen anlässlich der Exploration des Beschwerdeführers aufgefallen wären

(E. 4.5 hievore). Weitere objektive Gesichtspunkte bringt der behandelnde Psychiater nicht vor . Dem Gutachter

Dr. D.____

waren die von

Dr. B. ___ genannten Diagnosen und Beschwerden bekannt ; er

klärte sie hinreichend ab (Urk. 8/133 S. 3 ff.) und nahm auch Stellung dazu (Urk. 8/133 S. 11) . Gestützt auf seine eigenen Untersuchungsergebnisse kam er alsdann zum nachvollziehbaren Schluss, dass sich weder eine Depressivität noch eine kombinierte Persönlichkeitsstörung nachweisen lasse .

Damit steht fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der massgeblichen Zeitspanne insofern verändert hat, als er nun – neben unveränderten organischen Beschwerden – an einer somatoformen Schmerzstörung und an einer Dysthymie leidet. Inwiefern dies Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat, bleibt nachfolgend zu prüfen. 6. 6.1

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen ; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn ; „ Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis

trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3 ff.).

6.2

6.2.1

Die Gutachter gingen davon aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund eines somatoformen Geschehens seit Februar 2008 in einer angepassten Verweistätigkeit zu 85 % arbeitsfähig sei (Urk. 8/132 S. 2). Bei der zusätzlich zur somatoformen Schmerzstörung

diagnostizierten Dysthymie

handelt es sich indes nicht um eine psychisch ausgewiesene Komorbidität hinreichender Ausprägung (vgl. dazu etwa Bundesgerichtsurteil 8C_303/2012 E. 4.2 mit Hinweisen) . So

hielt Dr. D. ___ denn auch fest,

die Dysthymie

zeige einen wechselhaften Verlauf und halte sich in Grenzen (vgl. Urk. 8/133 S. 9 und S. 10).

Eine chronische körperliche Begleiterkrankung liegt ebenfalls nicht vor. Die im rheumatologischen Teil des Gutachtens

erwähnten somatischen Beschwerden haben

keine wesentlichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beziehungsweise sind von geringer Intensität und nur teilweise körperlich erklärbar. Ferner besteht aufgrund der Aktenlage kein Grund zur Annahme, dass die therapeutischen Optionen ausgeschöpft wären. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist ebenfalls nicht zu erkennen, so unterhält

der Beschwerdeführer Kontakte zu seinen Kindern und auch

einigen Freunden (vgl. Urk. 8/133 S. 6). Allerdings ist die Schmerzproblematik laut Dr. D. ___ progredient und chronifiziert. Dieser Umstand allein wiegt jedoch in Würdigung der Gesamtumstände nicht derart schwer, dass praxisgemäss von der Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung auszugehen wäre. 6.2.2

Nach dem Gesagten erscheint die gutachterliche Folgerung, der Beschwerdeführer vermöge lediglich zu 85 % (und nicht zu 100 %) einer angepassten beruflichen Tätigkeit nachzugehen, aus Sicht des Rechtsanwenders nicht ohne weiteres zwingend.

Angesichts dessen, dass es sich bei der Frage nach der zumutbaren Willensanstrengung rechtsprechungsgemäss um eine ausserhalb des Kompetenzbereiches des Arztes liegende Rechtsfrage handelt, können sich Konstellationen ergeben, bei denen von einer anderen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist als im Gutachten festgehalten wurde, ohne dass am Beweiswert des Gutachtens Einschränkungen bestehen (Bundesgerichtsentscheid 8C_285/2009 vom 7. August 2009 E. 3.3.2 mit Hinweis unter anderem auf BGE 130 V 352 E.

3; zur Aufgabenteilung von rechtsanwendender Stelle und begutachtender Arztperson ferner BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2 mit diversen Hinweisen).

Wie es sich vorliegend damit verhält bedarf indes, da nicht ergebnisrelevant, keiner abschliessenden Klärung. Auch bei Annahme einer (für den Beschwerdeführer günstigeren) 85 % igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit resultiert aus dem - im Übrigen unbeanstandet gebliebenen Einkommensvergleich - wie von der Verwaltung am 11. März 2013 jedenfalls im Ergebnis zu Recht verfügte kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

7.

Da die Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. Urk. 3/4), ist dem Beschwerdeführer in Gutheissung des Gesuches vom 9. April 2013 (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen.

Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der

unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Der Beschwerdeführer ist auf §

E. 7

Abs. 2 ATSG). 1. 2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

); - Autounfall mit Rippen serienfrakturen mit Hämatothorax links, Femurschaftfraktur links im Übergang zum mittleren Drittel, zweitgradig offener Patellatrümmerfraktur links und erstgradig offener Bimalleolarluxationsfraktur links (23. Oktober 2004): - Femurmarknagel links, Zuggurtungsosteosynthese

der Patella links und offene Reposition sowie Osteosynthese der Malleolarfraktur links (23. Oktober 1994) - Femurmarknagel -Extraktion wegen proximal ausgebrochenem Femurmarknagel und Plattenosteosynthese (27. Januar 1995) - Osteosynthesematerialentfernung im Bereich Femur und Patella (22. März 1996) - OSG- Arthrodese links (15. April 2009) - aktuell: belastungsabhängige Schmerzen im Bereich des linken Beines - aktuell: leichtgradige

femoropatellare Arthrose links, ossär nicht durch gebaute „OSG- Arthrodesierung“ links, leichtgradige Arthrose im unteren Sprunggelenk links - Alkoholabhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (F10.20) - Cannabiskonsum (F12.1) - Dysthymie (F34.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Störungen durch Opiate, gegenwärtig Teilnahme an ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (F10.22) - Schulden, Status nach Strafverfahren (Z59/Z65.0) - Polytoxikomanie

Den Diagnosen einer chronisch obstruktiven Pneumopathie, des Nikotinkonsums, eines anamnestischen Reizmagensyndroms sowie einer radiologisch leichtgradigen lateralen Coxarthrose rechts massen sie keine langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 8/131 S. 10).

Aus somatisch-rheumatologischer Sicht führte Dr. C.____ aus, der Beschwerde führe schildere aufgrund der wiederholten Operationen infolge des im 1994 erlittenen Autounfalls

im linken Bein aufgetretene belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der linken Hüftregion, des linken Kniegelenkes und des linken Fusses. Bezüglich der Hüften führte er aus, dass im Vergleich zur rechten Seite eine vermehrte Hüft-Aussenrotation und eine verminderte Hüft-Innenrotation objektivierbar

seien. Die anlässlich der Begutachtung durchgeführten Röntgenaufnahmen im Bereich des Beckens würden linksseitig posttraumatische respektive postoperative Veränderungen im mitdargestellten Anteil des Femurs und ein normales Hüftgelenk dokumentieren (Urk. 8/131 S. 11). In Bezug auf

die geschilderten Knieschmerzen könne er klinisch keinen pathologischen Befund objektivieren. Die Röntgenaufnahmen würden rechtsseitig normale Befunde und linksseitig ein normales mediales und laterales Gelenksegment und eine leichtgradige Arthrose im femoropatellaren Gleitlager dokumentieren, womit sich die geschilderte Schmerzintensität nicht erkläre. Im Bereich der Füße imponiere linksseitig das operativ eingesteifte Sprunggelenk. Die Gelenkstrukturen der Mittel- und Vorfüsse seien beidseits frei beweglich. Die entsprechenden Röntgenaufnahmen dokumentierten rechtsseitig normale Sprunggelenke und linksseitig eine ossär nicht vollständig durchgebrachte „OSG-Arthrodesierung“ (erfolgt im April 2009) und eine leichtgradige Arthrose im unteren Sprunggelenk, womit sich die geschilderte Schmerzintensität im Bereich des linken Fusses begründen lasse. Mit dem Tragen der orthopädischen Serien schuhe mit Einlagenversorgung sei das Gehen derzeit hinkfrei möglich (S. 12). Dr. C.____ beurteilte die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. In diesem Zusammenhang führte er zudem aus, dass grundsätzlich invaliditätsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens sowie eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren seien (S. 13). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte er aus, dass der Beschwerdeführer aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht für die früher ausgeübten Tätigkeiten seit dem Unfall ausschliesslich unfallbedingt vollständig bis und mit Ende Juli 1996 eingeschränkt gewesen sei. Seither sei eine durchschnittliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 70 % anzu nehmen. Seit August 1996 lasse sich für eine angepasste Verweistätigkeit aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formulieren (S. 17). Seit Juni 2007 könne er keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes begründen (S. 19).

In Bezug auf den psychischen Zustand des Beschwerdeführers führte Dr. D.____ aus, dass sich nach dem Unfall im Jahre 1994 ein bis heute andauerndes chronisches Schmerzsyndrom entwickelt habe. Es liessen sich, soweit nicht organische Befunde die Schmerzen verursachen würden, Hinweise für eine psychosomatische Überlagerung erkennen: So sei der Beschwerdeführer auf die Schmerzen fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Auffallend sei zudem, dass Lebensprobleme zu einer Verstärkung der Schmerzen führen würden. Demnach sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorhanden. Diese Problematik stehe für den Beschwerdeführer im Hinblick auf eine eventuelle Arbeitsaufnahme im Vordergrund. Wegen einer Beziehung zu einer drogensüchtigen Frau habe er Heroin konsumiert; eine psychische Krankheit habe dabei keine Rolle gespielt. Die Methadon-Behandlung werde bis heute weitergeführt. Drogenfrei sei der Beschwerdeführer eigenen Angaben zufolge aber nicht geworden. So müsse weiterhin von einer Polytoxikomanie ausgegangen werden.

Nachvollziehbar sei er in Verstimmungen

geraten, wobei vor

allem der Unfall von 1994 und dessen negative Folgen ausschlaggebend gewesen seien. In den Akten sei erst ab Anfangs 2008 eine psychiatrisch abgestützte Diagnose angeführt (Urk. 8/133 /1-

E. 13

S. 8). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung habe der Beschwerdeführer einen eher verzweifelten und resignierten Eindruck gemacht; eine deutliche Depressivität lasse sich nicht nachweisen. Der Verlauf beziehungsweise die immer wieder auftretenden Phasen von besserer Stimmungslage liessen diagnostisch auf eine Dysthymie schliessen. Der Beschwerdeführer leide unter sehr grossen Lebensproblemen: er sei hoch verschuldet, werde noch heute durch die Geschichte mit dem Sozialhilfebetrug belastet, stehe finanziell schlecht da, beruflich sei er schon lange ausgegliedert und habe trübe Zukunftsaussichten. Dies seien ungünstige krankheitsfremde Faktoren, welche immer wieder zu Verstimmungen führten. Seit 2008 bestehe eine psychische Komorbidität

mit wechselndem Verlauf; diagnostisch sei von einer Dysthymie auszugehen (S. 9). Die soziale Integration sei „nicht verloren“ gegangen. Die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert. Die prämorbid Persönlichkeitsstruktur sei nicht auffällig. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte Dr. D. ___ aus, dass diese aus psychischer/psychosomatischer Sicht nicht mehr als zu 15 % eingeschränkt sei und seit Februar 2008 bestehe (S. 10).

Aus interdisziplinärer Sicht (Urk. 8/132) hielten die Gutachter fest, dass für angepasste Tätigkeiten eine Einschränkung von 15 % bestehe. Die früher ausgeübten Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar (S. 2).

E. 16

Abs. 4 GSVGer

hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich, Sozialzentrum Höggerstrasse - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 4.

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 Beweismitel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Minder

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