

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00593 vom 18. November 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00593

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00593 du 18 novembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00593 del 18 novembre 2014

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 ATSG).

E. 1.2

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117

V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 f. E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, 113 V 273 E. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung respektive des Einspracheentscheides (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert

gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112

V 371 E. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.1 mit Hinweis). 2.

E. 2

Dem Beschwerdeführer sei eine ganze Rente zuzusprechen.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihrer leistungsablehnenden Verfügung aus, ihre (frühere) leistungsabweisende Verfügung vom 25. März 2008 sei rechtskräftig. Das (neue) polydisziplinäre Gutachten vom 11. Juli 2012 habe ergeben, dass seit Juni 2007 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgewiesen sei. Demnach sei seit Juni 2007 und hier massgebend seit März 2008 keine wesentliche Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten, die geeignet wäre, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Im neuen Gutachten werde der seit Juni 2007 im Wesentlichen unverändert gebliebene Gesundheitszustand lediglich anders beurteilt. Somit liege kein Revisionsgrund vor und es sei weiterhin davon auszugehen, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden gegeben sei (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt dagegen, der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Beurteilung verschlechtert (Urk. 1 S. 3 ff.). Sodann sähen verschiedene Ärzte aktuell keine Möglichkeit für eine Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt (S. 5 unten). Es bestehe keine konsistent abrufbare Leistungsfähigkeit, er sei sehr stark durch seine Psychose-nahen Vorstellungen, durch Ängste und andere Affekte geprägt. Ein einigermaßen funktionierender, ihm und seiner Umgebung zumutbarer sozialer Umgang mit Arbeitskollegen und Vorgesetzten sei in der freien Wirtschaft nicht denkbar (S. 6 unten).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demgemäss, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten (rechtskräftig gewordenen) leistungsabweisenden Verfügung vom 25. März 2008 (Urk. 7/107) bis zum Erlass der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 21. Mai 2013 (Urk. 2) in der Weise verschlechtert hat, dass nunmehr Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung besteht. 3.

E. 3

Eventualiter seien ergänzende Abklärungen vorzunehmen, und es sei hernach über den Rentenanspruch zu entscheiden.

E. 3.1

Die Ärzte der Psychiatrischen Privatklinik Sanatorium E.____, wo sich der Beschwerdeführer mehrfach stationär behandeln liess, berichteten am 13. Juni 2007 (Urk. 7/93) und verwiesen auf die Hospitalisation vom 27. März bis

18. Mai 2007. Sie diagnostizierten nebst einem Diabetes mellitus eine polymorphe psychotische Störung mit den Symptomen einer Schizophrenie (Differenzialdiagnose: schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen), einen Verdacht auf eine

generalisierte Angststörung, anamnestisch einen Autounfall 2002 mit Contusio cerebri und zerviko-spondylogem Schmerzsyndrom rechts sowie chronischem Lumbovertebralsyndrom und anamnestisch chronisch rezidivierende Unterbauchbeschwerden bei rezidivierender Nephrolithiasis. Sie attestierten ab Eintritt eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit auf längere Sicht (S. 1).

Den psychopathologischen Befund bei der Aufnahme schilderten die Ärzte wie folgt (S. 2 Ziff. 4.5): „Der Patient spricht monoton mit leiser Stimme; sehr begrenzte Deutschkenntnisse, teilweise werden einfache Fragen nicht richtig verstanden. Formal sicher orientiert. Deutlich depressives Stimmungsbild, Affekte kaum modulierbar, deutliches Antriebsdefizit ohne sichere Tageszeitabhängigkeit. Patient ist verlangsamt, in den Inhalten eingeengt. Äussert durchgehendes Grübeln, Akustische Halluzinationen in Form imperativer Stimmen. Er schildert massive Ängste insbesondere im Kontakt zu anderen Menschen. Auch Ängste in engen Räumen oder auf grossen Plätzen. Diesbezüglich deutliche Vermeidungstendenz. Insgesamt misstrauisch wirkend, keine Hinweise für Zwänge. Keine Hinweise für Ich-Störungen. Von Suizidalität glaubhaft distanziert. Gestörte Vitalgefühle“.

Unter entsprechender Medikation sowie paramedizinischer Therapie habe sich eine verbesserte Stimmung gezeigt, im Umgang mit den Mitpatienten hätten weiterhin ausgeprägte Ängste bestanden (S. 2 Ziff. 4.4). Wegen dieser Ängste und den imperativen Stimmen habe sich der Beschwerdeführer häufig nicht in der Lage gesehen, am paramedizinischen Therapieprogramm teilzunehmen (S. 3 Ziff. 6.5). 3. 2 3.2.1

Grundlage der rentenabweisenden Verfügung vom 25. März 2008 bildete das Gutachten der MEDAS

N.____ vom 19. Dezember 2007 (Urk. 7/104), welches auf einer internistischen (Dr. med. O.____, Innere Medizin und Endokrinologie/ Diabetologie FMH), einer rheumatologischen (Dr. med. P.____, Rheumatologie FMH) und einer psychiatrischen (Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) Untersuchung samt Schlussbesprechung basierte (S. 26). 3. 2 .2

Die Gutachter berichteten zum aktuellen Leiden (S. 21 f.), der Beschwerdeführer

klage über Stimmenhören. Dies habe etwa im Jahre 2000 begonnen oder eventuell schon 1999, als seine jüngste Schwester durch einen Lehrer in der Türkei vergewaltigt worden sei. Es sei seither immer schlimmer geworden, nachts noch schlimmer als tagsüber, so dass er jede Nacht etwa sechs- oder siebenmal wegen dieses Problems erwache und auch jedes Mal aufstehe, in der Wohnung herum gehe, hie und da etwas Wasser trinke und / oder urinieren, nie etwas esse, aber meist rauche; wenn es unaushaltbar werde, was quasi jede Nacht der Fall sei, müsse er zusätzlich eine oder sogar zwei Tabletten Abilify schlucken, welches ihn beruhige und die Stimmen zum Verschwinden bringe. Obschon seine Lebenspartnerin in einem anderen Haus wohne, seien sie manchmal nachts zusammen, sie helfe ihm stets, wenn er aufstehen müsse, werde nicht böse und stehe häufig auch auf und gebe ihm die Tablette. Wenn die beiden Töchter über die Wochenenden bei ihm schliefen, gebe es keine Probleme, da sie, in einem anderen Zimmer schlafend, von seinen nächtlichen Aktivitäten nichts wahr nähmen.

Entspannende Ferien habe er seit dem Erscheinen dieser Stimmen nie mehr machen können. Das Schlimmste an diesen Stimmen, welche übrigens Deutsch sprächen, seien die

ständigen Todesdrohungen, was zu starker Angst führe; diese Stimmen könne er nicht individualisieren, das heisst konkreten Menschen zuordnen, es seien sowohl Männer - als auch Frauenstimmen, welche er lediglich höre, er sehe nie gleichzeitig einen Menschen oder ein Gesicht, sondern höre nur. Auf die spezielle Frage, ob er (nach der Scheidung im Januar 1998) auch die Stimme seiner Ex-Frau höre, seufze er, verneine, schaue vor sich hin und habe die Tränen zuvorderst. Auf die Frage nach konkreten Äusserungen, antworte er: „Wir machen dich tot...“; „Wir machen dir Scheiss...“. Er könne diese Stimmen nicht abwehren, könne sie auch nicht überwinden oder „abstellen“. Manchmal sehe er auch Ziegen kommen, eine setze sich dann auf seine Schultern, er habe dann das Gefühl, zu ersticken, erwache mit kaltem Schweiß. Auf die Frage, ob es Ereignisse, Nahrungsmittel, Getränke, Medikamente, Wetter-Veränderungen, Stresssituationen und so weiter gebe, welche dieses „Stimmenhören“ auslösen könnten, verneine er alle Vorschläge und sehe auch sonst keine Zusammenhänge.

Eindeutig das Beste gegen diese Stimmen sei Abilify, das Zweitbeste sei Stilnox. Auch Bewegung, das Herumgehen in der Wohnung und so weiter helfe manchmal etwas, aber ganz gut sei auch das Gespräch mit „meiner Frau“, welche ihn zu beruhigen suche.

Als Begleitphänomene nenne er vor allem Angst, ferner Schwitzen, Herzklopfen, Atemnot und Mundtrockenheit (letztere eventuell medikamentös mitbe dingt), das Einschlafen der linken Hand und des linken Fusses, Schwindel, Augenflimmern und in den Ohren ein Sirren („wie Zahnarztbohrer“).

Die Gutachter erwähnten als weitere Klagen (S. 22 f.) „Zucker“, welche Diagnose im Juli 2006 vom seinem Hausarzt gestellt worden sei, „Cholesterin“, Nierensteine, Schmerzen beim Stuhlen.

Betreffend Gemüt habe der Beschwerdeführer vorgebracht, er sei, seit er nicht mehr arbeiten könne, immer traurig. Er habe zweimal einen Selbstmordversuch unternommen, erstmals auf einer sehr hohen Brücke, wo ihn ein Onkel zurück geholt habe, das zweite Mal während einer psychiatrischen Hospitalisation, wo er sich habe erhängen wollen, sich von einem jungen Arzt aber durch Gespräche davon habe abhalten lassen. Auch jetzt habe er noch hie und da Suizidge danken, weniger im aktiven als im passiven Sinn von „genug haben“.

Die Gutachter fügten an (S. 23 unten), der Beschwerdeführer habe auf die Frage, was ihn invalid mache, das Stimmenhören genannt. Beruflich erwärmen könne er sich im Moment für nichts. 3. 2. 3

In ihrer zusammenfassenden Beurteilung führten die MEDAS -Ärzte aus (S. 27 f.), der Beschwerdeführer sei 1987 in die Schweiz gekommen, wo er zunächst in Zürich als „Faktotum“ in einem Café, dann in einer Restaurantküche, als Stapelfahrer in einer Grossmolkerei, erneut in einem Restaurant, in einer Holzbau-Firma, in der Metallfabrikation und im Gemüsebau tätig gewesen sei. Nach der Scheidung sei er 1998 nach Basel umgezogen, wo er in zwei verschiedenen Unternehmen als Bauarbeiter gewirkt habe, zwischendurch wegen einer Finanz affäre inhaftiert gewesen und am 9. August 2001 bei der Arbeit gestürzt sei, mit in der Folge so starken Rückenschmerzen, dass er seither nicht mehr habe arbeiten können.

Objektiv wirke der adipöse Versicherte leicht vorgealtert, bewusstseinsmässig klar und gefühlsmässig deprimiert. Das Achsenorgan habe eine minimale S-förmige Skoliose und

eine in allen Richtungen leicht eingeschränkte Motilität der Brust- und Lendenwirbelsäule, links paralumbal Druck- und Klopfdolenz, ohne dortigen Muskelhartspann. Im Neurostatus, vom Scheitel bis zur Sohle und genau in den Medianen endend, gebe der Beschwerdeführer eine Hyposensibilität links an. Es bestehe eine leichte Verdeutlichungstendenz.

In psychiatrischer Hinsicht führten die Gutachter aus, der konsiliarisch beigezogene Psychiater hege erhebliche Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Aussagen des Beschwerdeführers und könne infolgedessen keine verlässliche psychiatrische Diagnose stellen. Aus psychiatrischer Sicht könne auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden.

Der rheumatologische Experte finde unspezifische Rückenschmerzen bei einer leichten linkskonvexen Skoliose und einer leichten Segmentdegeneration L5/S1 sowie keine objektivierbaren residuellen Alterationen am Bewegungsapparat bei Status nach Heckauffahrkollision am 15. Oktober 2002 und veranschlage die Arbeitsunfähigkeit für alle in Frage kommenden beruflichen Tätigkeiten auf 0%. 3. 2. 4

Die Gutachter konnten keine Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit stellen. Als Diagnosen ohne wesentliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein metabolisches Syndrom (mit Adipositas simplex, Diabetes mellitus Typ 2, Dyslipidämie

und Verdacht auf arterielle Hypertonie), einen Nikotinabusus (20-30 Zigaretten pro Tag, zirka 30 pack years), eine chronisch rezidivierende Urolithiasis (Kalziumoxalat) sowie ein Hämorrhoidalleiden (S. 28). 4.

E. 4

Subeventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zu rückzuweisen, damit diese, nach Vornahme weiterer Abklärungen, erneut über den Rentenanspruch entscheide;

unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin.

E. 4.1

4

Die Gutachter massen nur den psychiatrischen Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig unvollständig remittiert, Erstdiagnose 2001, sowie des Ganser-Syndroms, Erstmanifestation 2001, Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 57): -

Dysfunktionales Krankheitsverhalten seit 2001 -

Diabetes mellitus II, aktuell nicht ausreichend behandelt, seit 2004 -

Lumbospondylogenes Syndrom mit myofascialer Komponente, dokumentiert seit 2001 -

Vorbefundlich: rezidivierende Kalziumoxalat-Nephrolithiasis mit Restkonkrement links, seit 2003 -

Vorbefundlich: rezidivierendes Hämorrhoidalleiden, dokumentiert seit 2004 -

Vorbefundlich: traumatische Proktitis bei Obstipation, dokumentiert seit 2004 -

Chronische Hepatitis B, inaktiv, Erstdiagnose 2008

E. 4.1.1

Das im Rahmen des vorliegend zu beurteilenden Revisionsverfahrens eingeholte Gutachten der MEDAS Y.____

vom 11. Juli 2012 (Urk. 7/219) basiert auf den Untersuchungen von Dr. med. Z.____ , Innere Medizin und Klinische Pharmakologie FMH, Dr. med. A.____ , Facharzt für Innere Medizin, Facharzt für psychosomatische Medizin, Dr. med. von B.____ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. C.____ , Rheumatologie FMH (S. 79).

E. 4.1.2

Die Gutachter verwiesen vorweg auf die berufs- und sozialanamnestischen Umstände: Der Beschwerdeführer , mit kurzer Schul- und ohne Berufsausbildung, sei 20-jährig in die Schweiz gekommen. Aus einer Partnerschaft in der Türkei stammten drei Kinder, 16, 14 und zwölf Jahre alt, aus einer Partnerschaft in der Schweiz zwei Kinder, acht und neun Jahre alt. Als der Beschwerdeführer 1988 in die Schweiz gekommen sei, sei er eine Ehe mit einer Schweizerin eingegangen, laut Unterlagen sei die Scheidung 1998 erfolgt. Die derzeitige Partnerin des Versicherten sei die Mutter der beiden gemeinsamen Töchter, nach ihren Angaben sei die Beziehung beendet, sie kümmere sich weiter um den Beschwerdeführer , weil er krankheitsbedingt (Ängste) hilflos sei. Der Beschwerdeführer spreche von ihr weiter als „meine Frau“, eine intime Beziehung bestehe weiter (S. 58).

Die Experten terminierten den Beginn der Krankheitsgeschichte auf das Jahr 2001. Im August 2001 sei der Beschwerdeführer in der Rheumaklinik des Universitätsspitals

D.____ (D.____) wegen eines akuten lumbospondylo-genen Syndroms links mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein behandelt worden, dies wegen eines Verletzungstraumas als Bauhilfsarbeiter. Im November 2001 habe der Hausarzt attestiert, dass der Beschwerdeführer arbeitsfähig sei, aber nicht mehr auf dem Bau arbeiten könne. Das Arbeitsverhältnis sei im November 2001 aufgelöst worden. Im November 2001 sei eine Untersuchung in der psychiatrischen Poliklinik des D.____ aus unklarem Grund erfolgt; diagnostiziert worden sei eine mittelgradige depressive Episode unter Verweis auf zahlreiche psychische und soziale Probleme. Im Besonderen sei es um eine (in unterschiedlichen Versionen berichtete) Verletzung der jüngsten Schwester des Versicherten gegangen (durch einen Sprung aus dem Fenster nach Vergewaltigung oder Vergewaltigungsversuch ; an anderer Stelle nach Misshandlung , weil sie Kurdin sei). Immer werde von einer Querschnittlähmung der Schwester berichtet. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer hohe Schulden. Subjektiv hätten Kopfschmerzen, Vergesslichkeit und Einschlafen der Beine bestanden, objektiv sei der Beschwerdeführer als verlangsamt, leise, monoton, deprimiert und hoffnungslos beschrieben worden (S. 58).

E. 4.1.3

Der psychiatrische Konsiliararzt diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig unvollständig remittiert, ein Ganser-Syndrom (Erstmanifestation 2001) sowie ein dysfunktionales Krankheitsverhalten (S. 48).

Unter Berücksichtigung der zur Verfügung gestellten Akten sowie der persönlich erhobenen Angaben und Befunde konnte er keine Hinweise auf eine organische Störung oder hirnorganische Störung mit psychischer Symptomatik oder auf psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen finden. Hinweise auf Störungen aus dem Bereich Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen fand er bedingt. Aktuell beharre der Beschwerdeführer darauf, unter einer Schizophrenie zu leiden, äussere

dies mehr fach explizit in der Exploration, äussere aber auch dementsprechend Symptome, nämlich , dass er ständig Stimmen höre. Der Beschwerdeführer habe sich zwi schen 2007 und 2011 jährlich in stationärer Behandlung im Sanatorium E.____ befunden. Bereits im ersten Austrittsbericht vom 13. Juni 2007 (Urk. 7/93) habe es Hinweise auf eine psychotische Störung im Sinne einer polymorphen psychotischen Störung mit den Symptomen einer Schizophrenie gegeben. Der Beschwerdeführer habe damals über imperative Stimmen geklagt. Unter neuro leptischer Therapie habe sich die psychotische Symptomatik während des Auf enthaltes zurückgebildet.

Ebenfalls 2007 sei eine bidisziplinäre Begutachtung erfolgt. Auch hier sei darauf hingewiesen worden, dass der Beschwerdeführer immer wieder angegeben habe, Stimmen zu hören. Den Beginn habe der Beschwerdeführer auf das Jahr 2007 datiert. Im psychiatrischen Konsil seien erhebliche Zweifel an der Glaubwürdig keit des Beschwerdeführer s geäussert worden, weshalb auch keine verlässliche psychiatrische Diagnose gestellt worden sei. Die Arbeitsfähigkeit für die letzte Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter sei medizinisch-theoretisch als 100 % beurteilt worden.

Am 24. November 2008 (Urk. 7/132/2-4) sei (erneut) aus dem Sanatorium E.____ berichtet worden, die Diagnose einer psychotischen Störung im engeren Sinne werde nicht mehr genannt, stattdessen eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen. Am 2 2. April 2009 (Urk. 7/144/2-3) sei als Diag nose eine mittelgradige depressive Episode genannt worden, nicht mehr eine psychotische Erkrankung. Gleichzeitig heisse es, er höre seit langer Zeit Stimmen, die ihm sagten, er solle sich umbringen. Sodann bestünden progre diente Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, von Suizidalität habe er sich stets glaubhaft und klar distanziert. Im Austrittsbericht vom 17. Februar 2010 (Urk. 7/159) werde als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Depression mit psychotischen Symptomen genannt. Bei der Aufnahme werde eine unveränderte Angstsymptomatik vor allem nachts geschildert. Des W eiteren Stimmenhören, eher kommentierend und angstein flössend, ohne Aufträge. Drei bis vier Gestalten könne er sehen.

Im Austrittsbe richt vom 4. Juli 2011 (Urk. 7/199) werde wiederum eine rezidivierende depres sive Störung genannt, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychoti schen Symptomen. Hingewiesen werde auch auf einen positiven Kokainnach weis , der zum Führerschein-Entzug geführt habe.

Der psychiatrische Konsiliararzt führte aus, zusammenfassend gingen sämtliche vormaligen fachärztlichen Einschätzungen davon aus, dass im Längsschnitt nicht die Störung einer Schizophrenie oder einer schizophreniformen Störung vorliege, trotz den konstanten Angaben, Stimmen zu hören, und den gelegentli chen Angaben, Gestalten zu sehen (S. 4

E. 4.1.5

In ihrer zusammenfassenden, interdisziplinären Beurteilung der Unter - suchungser gebnisse führten die Gutachter aus, auf somatischem Gebiet lä gen Gesundheitsstörungen vor, die teilweise intensiver Behandlung bedürften (Diabetes mellitus), insgesamt jedoch keine Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführer s hätten. Zu nennen sei das metaboli sche Syndrom, wozu der derzeit schlecht behandelte Diabetes mellitus zähle, die rezidivierende Nephrolithiasis , das rezidivierende Hämorrhoidalleiden und am Bewegungsapparat wechselnd ausgeprägte, überwiegend myofasciale Rücken schmerzen. Sie seien unspezifischer Natur und schränkten den Beschwerdefüh rer im

Alltagsleben nicht wesentlich ein.

Die dominierende Gesundheitsstörung bestehe auf psychiatrischem Gebiet. Seit 2001 sei eine rezidivierende depressive Störung mit Episoden unterschiedlichen Schweregrades dokumentiert, zeitweise schwergradig mit psychotischen Symptomen. Zusätzlich gebe es eine Reihe von psychischen Symptomen, die schwer einzuordnen seien, was erkläre, dass in Zeiten gering ausgeprägter oder remittierender Depression, trotz ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten, keine psychiatrische Diagnose gestellt (Gutachten Dr. F. ____ 2007, Urk. 7/104) oder eine massive Aggravation angenommen worden sei (psychiatrische Untersuchung RAD 2009, Urk. 7/154). Diese Symptome und Verhaltensauffälligkeiten (Ängste, Rückzug, regressives Verhalten, pseudopsychotische Symptomatik, auffällige Kommunikation mit Vorbeiantworten) würden seit 10 Jahren beschrieben, fremdanamnestisch bestätigt, und entsprächen von allen möglichen diagnostischen Einordnungen am ehesten einem Ganser-Syndrom, einer dissoziativen Störung mit histrionischen Elementen. Ein eindeutig aggravierendes oder gar simulierendes Verhalten habe in den jetzigen Untersuchungen nicht beobachtet werden können. Dagegen seien eine Selbstlimitierung und Entschädigungshaltung festzustellen. Ein adäquates Gesundheitsverhalten bezüglich des Diabetes mellitus sei zu bezweifeln, eine Medikamenten-Compliance hinsichtlich der Psychopharmakotherapie scheine zu bestehen (S. 71).

E. 4.1.6

Die Dauer der Symptomatik, wiederholte stationäre und ambulante psychiatrische Behandlungen einschliesslich kombinierter und modifizierter Psychopharmakotherapie ohne wesentliche Besserung sowie die Komorbidität mit einer rezidivierenden depressiven Störung sprächen dafür, dass der Beschwerdeführer die Beeinträchtigungen durch die dissoziative Symptomatik willentlich nicht mehr ausreichend überwinden könne. Es resultiere aus der psychischen Störung gesamtmedizinisch eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um mindestens 50%. Eine berufliche Wiedereingliederung sei aktuell schwer vorstellbar. Voraussetzung sei neben einer intensiven Behandlung des Diabetes mellitus eine weitere Remission der depressiven Störung und Abbau des regressiven Verhaltens etwa in einer Arbeitstherapie oder an einem geschützten Arbeitsplatz mit dem Ziel, stufenweise die Teilarbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu realisieren. Die Prognose sei diesbezüglich insgesamt unsicher (S. 72).

E. 4.1.7

Den Eintritt einer Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen legten die Gutachter auf Dezember 2001 fest (Gutachten von Dr. med. G. ____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 17. Dezember 2001, Urk. 7/12/12-15). Der handelnde Psychiater Dr. H. ____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, habe im September 2002 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Bericht vom

E. 4.1.8

Zur Krankheitsentwicklung seit der letzten Begutachtung (Expertise vom Dezember 2007) hielten die Gutachter fest, in somatischer Hinsicht sei keine Verschlechterung festzustellen, der jetzt schlecht eingestellte Diabetes mellitus sei korrigierbar. In psychiatrischer Hinsicht habe sich der psychopathologische Befund verändert, die kognitiven (pseudodementiellen)

Symptome und Beeinträchtigungen, das Leitsymptom eines Ganser-Syndroms, das Vorbeireden, hätten zugenommen, seit 2007 seien fünf stationäre Behandlungen wegen depressiver Dekompensation dokumentiert und das Symptom des Stimmenhörens werde - anders als durch Dr. F. ___ - einer psychiatrischen Erkrankung zugeordnet. Die Inkonsistenzen und Widersprüche, die Dr. F. ___ veranlasst hätten, keine psychiatrische Diagnose zu stellen, seien aus heutiger Sicht störungsimmanent. Unabhängig davon belegte der dokumentierte Verlauf und die Vorbefunde aus der psychiatrischen Poliklinik des D. ___ (Bericht vom 30. November 2001, Urk. 7/12/7-8), von Psychiater Dr. H. ___ (Bericht vom 8. Juni 2004, Urk. 7/57) und Psychiater Dr. I. ___ (Bericht vom 7. August 2006, Urk. 7/77/1-2), dass beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung vorliege. Diese sei auch 2007 anhand der Vorbefunde und des psychopathologischen Befundes bei der Begutachtung 2007 (Urk. 7/104) nachweisbar gewesen. Weshalb Dr. F. ___ unter Hinweis auf sonstige Inkonsistenzen und Widersprüche auf diese Diagnosestellung verzichtet habe, sei aus heutiger Sicht nicht voll ständig nachvollziehbar (S. 77 f.).

E. 4.2

Der behandelnde Psychiater Dr. med. K. ___ , Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erwähnte im Bericht vom 11. November 2012 (Urk. 7/232) eine Beeinträchtigung des Denkens, Handelns und affektiver Funktionen. Er verwies auf Einschränkungen in der Fähigkeit zu Planung und Umsetzung so wie zum Formulieren konkreter Handlungsentwürfe. Neben einer deutlichen psychomotorischen Unruhe sei die Symptomatik auch gekennzeichnet durch Ängste, die unvermittelt auftreten könnten und zum Teil auch überdauernd seien und die Aktivitäten des täglichen Lebens stark negativ beeinflussten, wie auch die bestehenden Selbstzweifel, Herabgestimmtheit, Ambivalenz und Rückzugstendenzen.

Dr. K. ___ attestierte eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit und befand einen Übertritt in ein Arbeitsverhältnis als nicht absehbar, so dass zunächst eine Abklärung der Arbeitsfähigkeit (BEFAS) und/oder eine Arbeitserprobung vorgeschaltet werden müsste. Der Beschwerdeführer könne nur bedingt auf seine krankheitsbedingten Einschränkungen (affektive Störungen, Stimmungsbeeinträchtigungen, Antriebsstörungen, Störungen des Planungsvermögens, verminderte Kritikfähigkeit) Einfluss nehmen, in dem er - soweit es ihm möglich sei - an einer Therapie mitwirke und sich kooperativ zeige. Die Symptomatik an sich lasse sich aber nicht direkt durch willentliche Einflussnahme ausschalten oder direkt verändern. 5.

E. 5

Dem Beschwerdeführer sei für das Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtsbeistandung in der Person des unterzeichnenden Rechtsanwalts zu gewähren.“

Die IV-Stelle ersuchte am 20. August 2013 (Urk. 6) um Abweisung der Beschwerde, was dem Versicherten am 23. August 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Unbestritten und aufgrund der Akten ausgewiesen ist, dass die organischen Beeinträchtigungen nicht zu einer wesentlichen Arbeitsunfähigkeit führen und diesbezüglich auch von einem unveränderten Zustand auszugehen ist. So betätigten die Ärzte der

MEDAS Y.____ dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausschliesslich auf ein psychisches Leiden zurückzuführen sei (Urk. 7/219 S. 73). Dass die körperlichen Beschwerden ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bleiben, hatten zuvor bereits die Gutachter der MEDAS

N.____ festgestellt (E. 3. 2 .3). Auch der Beschwerdeführer selber brachte nicht vor, aus somatischen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt zu sein.

E. 5.2

5

Demgemäss erscheint die abweichende Einschätzung der Ärzte der MEDAS Y.____

als unterschiedliche Beurteilung des an sich unveränderten Gesundheitszustandes und ist damit grundsätzlich unbeachtlich. Dies wird durch das Gutachten der MEDAS Y.____

denn auch insbesondere dadurch bestätigt, dass von einer entsprechenden Einschränkung ab Juni 2007 ausgegangen und keine seitherige Verschlechterung geltend gemacht wurde (E. 4.1.7) . Auch den Angaben von Dr. K.____ (E. 4.2) ist nichts Abweichendes zu entnehmen.

E. 5.2.1

Relevant ist vorliegend eine allfällige Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes. Vergleicht man die entsprechenden Diagnosen zwischen den zwei MEDAS -Gutachten , so fehlt im Gutachten der MEDAS

N.____ eine psychiatrische Diagnose unter Hinweis auf Zweifel an der Glaubhaftigkeit der Aussagen des Beschwerdeführers (E. 3. 2 .3 f.). Noch vor Erlass der leistungs ablehnenden Verfügung vom 25. März 2008 diagnostizierten die Ärzte des Sanatoriums E.____ indes eine polymorphe psychotische Störung sowie einen Verdacht auf eine generalisierte Angststörung (E. 3.2).

Wie es sich damit genau verhält, kann indes offen bleiben. Von Bedeutung sind nicht die genauen Diagnosen, sondern die Befundlage und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Anlässlich der MEDAS -Begutachtung im Jahr 2007 standen das Stimmen-Hören sowie eine Angstsymptomatik im Vordergrund der geklagten Beschwerden (Urk. 7/104/36). Als klinische Befunde nannte der untersuchende Psychiater bei der Merkfähigkeitsprüfung zwei von drei Begriffen nach zehn Minuten wieder zu erinnern , bei der Subtraktionsprüfung sei der Beschwerdeführer verlangsamt und fehlerhaft gewesen. Anhaltspunkte für Auffassungs- oder Wahrnehmungsstörungen fand er keine (Urk. 7/104/40). Die Ärzte des Sanatoriums E.____ wiesen auf Verständigungsschwierigkeiten hin, wonach der Beschwerdeführer einfache Fragen nicht richtig verstanden habe, auf ein depressives Stimmungsbild sowie eine Angstsymptomatik (E. 3. 1).

E. 5.2.2

Vergleicht man diese Befunde mit den von den Gutachtern der MEDAS Y.____

erhobenen, so ergibt sich ein praktisch identisches Bild: Auch gegenüber jenen Ärzten schilderte er im Wesentlichen das Stimmen-Hören (Urk. 7/219/91). Diesen fielen sodann inadäquate Antworten auf, so habe der Beschwerdeführer einfachste Rechenaufgaben und sonstige Fragen falsch beantwortet, drei zu merkende Begriffe nach fünf Minuten nicht mehr nennen und die Subtraktionsaufgabe nicht durchführen können. Sodann habe der

Beschwerdeführer auf den Fussboden geschaut, abwesend gewirkt und eine hilflose sowie repetitive Mimik und Gestik gezeigt (Urk. 7/219/93 f.). Sodann stellten die Gutachter mit einem Ganser-Syndrom eine neue Diagnose (E. 4.1.3).

E. 5.2.3

Die befundmässigen Unterschiede beschränken sich nach dem Gesagten auf wenige Details, welche sodann wesentlich von der Interpretation des Gezeigten abhängen. In diesem Sinne erscheint die Einschätzung der Ärzte der MEDAS Y.____, wonach die kognitiven Symptome und das Vorbeireden zugenommen hätten (E. 4.1.8), nicht ohne weiteres als plausibel, fehlt doch eine detail lierte Auseinandersetzung mit den Vorbefunden. Immerhin hielten sie fest, dass die Verhaltensauffälligkeiten seit zehn Jahren beschrieben würden, so Ängste, Rückzug, regressives Verhalten, pseudopsychotische Symptomatik, auffällige Kommunikation mit Vorbeiantworten (E. 4.1.5). Dass diese seit dem 25. März 2008 zugenommen haben, ist nicht erstellt. Dass früher zwei und heute kein Begriff (von drei genannten) mehr erinnerlich war und Rechenaufgaben leicht abweichend (und ebenfalls falsch beziehungsweise gar nicht) beantwortet wurden, hat nicht die Qualität einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung des medizinischen Sachverhalts. Fest steht, dass bei beiden Untersuchungen man gelafte Antworten gegeben wurden.

Auch die anamnestische Aufbereitung durch die Ärzte der MEDAS Y.____

führt zu keine n anderen Erkenntni s s en : Die erwähnten fünf stationären Hospitalisationen (E. 4.1.7) begannen bereits vor dem 25. März 2008 und entsprechend setzten die Gutachter den Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf die erste Behandlung im Sanatorium E.____ fest (Juni 2007, Aufenthalt von März bis Mai 2007, E. 3. 1), mithin vor dem relevanten Vergleichszeitpunkt. Sodann ergibt eine Durchsicht der entsprechenden Austrittsberichte (E. 4.1.2), dass re gelmässig depressive Symptome geschildert wurden, welche aber aktuell als re mittiert erachtet wurden und damit nicht von Bedeutung sind. Die erwähnten psychotischen Symptome lagen bereits im Zeitpunkt der Untersuchung in der MEDAS

N.____ vor , was die Gutachter der MEDAS Y.____

explizit bestätigten (E. 4.1.8) .

Dass der Gesundheitszustand im Wesentlichen identisch ist, ergibt sich nicht zuletzt aus der Kritik der Ärzte der MEDAS Y.____

an der Einschätzung von Dr. F.____ von der MEDAS

N.____, wonach dieser – trotz anamnestischer Dokumentation - auf eine Diagnosestellung der depressiven Störung verzichtet habe (E. 4.1.8). Damit drücken die Gutachter aus, dass sie mit der seiner zeitigen Einschätzung nicht einverstanden sind und diese anders getroffen hätten, nämlich im Sinne der aktuellen Beurteilung. Gleiches gilt für den Vorhalt, die Auffälligkeiten seien von den Vorgutachtern als soziokulturelles Phänomen im Rahmen von psychosozialen Distress gefasst worden (E. 4.1.3) und es sei keine psychiatrische Diagnose gestellt worden (E. 4.1.5), es zeige sich aber, dass bloss eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit vorliege (E. 4.1.7).

E. 5.3.1

Der Beschwerdeführer ersah Hinweise für eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes (vgl. hierzu Urk. 1 S. 3 f. Ziff. 4) unter anderem im Hinweis des Gutachtens

der MEDAS Y.____

auf einen über Jahre chronifizierten Zustand mit Abwärtstendenz (S. 55). Das Gutachten könne nicht so interpretiert werden, dass sich die Abwärtstendenz nur auf die Zeit vor Sommer 2007 beziehe. Auf

S. 70 werde angegeben, derzeit bestehe eine Einschränkung von mindestens 50 % aus psychischen Gründen. Gleich zuvor werde auf den langjährigen Verlauf Bezug genommen, ohne diesen jedoch im Einzelnen darzulegen. In Bezug auf die Depression werde mehrfach betont, dass der Schweregrad im Verlauf der Zeit unterschiedlich gewesen sei, zeitweise schwergradig mit psychotischen Symptomen (S. 71). Aktuell seien die Gutachter offenbar nicht von einer schwergradigen Depression ausgegangen (S. 72). Es werde darauf hingewiesen, dass rezidivierende depressive Störungen episodisch verlaufen und auch die Symptomatik eines Ganser-Syndroms phasenweise verstärkt oder weniger ausgeprägt auftreten könne (S. 74). Die Gutachter des MEDAS Y.____

gingen davon aus, dass der Umstand, dass namentlich die MEDAS N.____ keine wesentliche psychiatrische Diagnose gestellt habe, auf diesen episodischen Verlauf zurückgehe (S. 74 und S. 71), wo erklärt werde, weshalb in Zeiten gering ausgeprägter oder remittierter Depression keine psychiatrische Diagnose gestellt worden sei.

E. 5.3.2

Hierzu bleibt festzuhalten, dass eine Chronifizierung laut der Meinung der Ärzte der MEDAS Y.____

seit längerer Zeit besteht. Sie gingen von einem Ausbruch der Krankheit im Jahr 2001 aus und führten nicht aus, inwieweit eine seit März 2008 fortschreitende weitergehende Chronifizierung eingetreten sein sollte, sondern verwiesen pauschal auf eine solche „über mehrere Jahre“. Der Hinweis auf eine Abwärtstendenz begründet sodann keine erhebliche Verschlechterung seit März 2008 im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG. Zur Thematik der episodisch beziehungsweise phasenweise verlaufenden Symptomatik der rezidivierenden depressiven Störung und des Ganser-Syndroms steht fest, dass diese Beschwerden bereits im Vergleichszeitpunkt im März 2008 vorlagen und auch diesbezüglich keine Änderungen ersichtlich sind beispielsweise in dem Sinne, dass vermehrte Schübe vorliegen würden. Im Gegenteil erschien die Depression gar als remittiert.

E. 5.4

Damit hat es mit der Feststellung sein Bewenden, dass

keine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit dem Erlass der letzten rentenverneinenden Verfügung vom 25. März 2008 bis zum Erlass der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 21. Mai 2013 eingetreten ist. Da auch keine Hinweise für erwerbliche Veränderungen bestehen, ist kein Revisionstitel gegeben, weshalb der Beschwerdeführer nach wie vor kein Anrecht auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 5.5

Die Ansicht des Beschwerdeführers, dass mit einem derartigen Ergebnis eine invalidisierende Gesundheitsstörung aufgrund einer falschen Beurteilung für alle Zeiten ignoriert werde (Urk. 1 S. 5 Ziff. 8), ist - sofern eine solche tatsächlich vorliegen sollte - nicht von der Hand zu weisen. Dies ist dem Invalidenversicherungsrecht indes inhärent, denn eine Änderung der Rentenleistungen setzt eine Veränderung des Sachverhalts voraus

und eine freie Überprüfung verbietet sich. Ob dies legislatorisch dereinst angepasst wird, ist derzeit nicht abzusehen. Immerhin zöge eine solche Lösung - voraussetzungslose Neuüberprüfung - für alle rentenbezogenen Versicherten eine erhebliche Unsicherheit nach sich.

Eine allfällige Unrichtigkeit der Feststellungen der Gutachter der MEDAS N.____ - welche indes nicht erstellt ist - hätte sodann nicht zur Folge, dass der Expertise „kein Beweiswert zukommt“ (Urk. 1 S. 5 Ziff. 9). Angesichts des Vorliegens eines rechtskräftigen Urteils wäre der Verwaltung insbesondere das Zurückkommen mittels Wiedererwägung verwehrt.

6.6.1

Mit seiner Beschwerde vom 24. Juni 2013 beantragte der Beschwerdeführer, ihm sei für das Beschwerdeverfahren die unentgeltliche

Rechtsverteidigung in der Person des unterzeichnenden Rechtsanwalts zu gewähren (Urk. 1 S. 2).

Die Voraussetzungen gemäss §

E. 9

f.). Gegenwärtig – so der psychiatrische Experte weiter - werde dies anhand der aktuellen Untersuchung ebenso beurteilt, womit zunächst noch unklar bleibe, wie das Stimmenhören eingeordnet werden soll. Entsprechend dem Gutachten der MEDAS

N.____ könne es sich dabei um ein soziokulturelles Phänomen handeln im Rahmen von psychosozialen Distress. Richtig sei, dass es solche Phänomene gebe, richtig sei auch, dass sie oft im Rahmen von psychosozialen Distress auftreten, ebenso möglich sei aber auch ein Auftreten im Rahmen psychischer Krankheit. Im aktuellen Befund könne weniger Normales dokumentiert werden als bei der Untersuchung in der MEDAS

N.____. Bei der Merkfähigkeitsprüfung damals seien zwei von drei Begriffen erinnert worden, dies sei jetzt nicht mehr so. Bei der Subtraktionsreihe sei der Beschwerdeführer seinerzeit verlangsamt gewesen, jetzt habe diese gar nicht mehr durchgeführt werden können. Hätten damals keine Anhaltspunkte für Auffassungs- oder Wahrnehmungsstörungen bestanden, seien jetzt solche zu beschreiben.

Zusammenfassend hielt der Gutachter fest, dass die gegenwärtige Befundlage nicht identisch mit derjenigen von 2007 sei; sodann sei in Übereinstimmung mit dem MEDAS-Gutachten 2007 keine schizophrene Psychose oder ähnliche Erkrankung zu erkennen. Das beklagte Stimmenhören sei aber nicht einem krankheitsunabhängigen soziokulturellen Phänomen zuzuordnen (S. 49 f.). Sehe man sich alle fünf Austrittsberichte des Sanatoriums E.____ an, komme man nicht umhin festzustellen, dass die Klinik einerseits den Beschwerdeführer in zwischen gut kenne, andererseits eindeutig sich in der diagnostischen Einschätzung einer schweren depressiven Episode, beziehungsweise einer rezidivierenden depressiven Störung mit zum Teil schweren Episoden und psychotischen Symptomen bestätige. In der aktuellen Untersuchung präsentiere sich der Beschwerdeführer aber weder als schwer noch als mittelgradig depressiv, so dass die diagnostische Einschätzung einer rezidivierenden depressiven Störung, unvollständig remittiert, zu stellen sei (S. 51).

Zur Thematik des Ganser-Syndroms führte der psychiatrische Konsiliararzt aus, das Syndrom äussere sich neben einem sinnlosen Vorbeireden oder Vorbeihandeln teilweise in grotesken Fehlhandlungen, in denen alles falsch gemacht werde und zwar offenbar so, wie

man sich in Laienkreisen einen Geisteskranken vorzustellen pflege. Auch vorliegend verhalte sich der Beschwerdeführer letztlich so, wie man sich in Laienkreisen einen Patienten mit einer psychischen Störung möglicherweise vorstelle. Fragen einfachster Art würden nicht richtig beantwortet, was auch in der Untersuchung klar habe reproduziert werden können. Das Verhalten unterscheide sich deutlich von dem eines Simulanten, es sei viel plumper, viel naiver, viel regressiver. Der Gutachter ordnete dem Phänomen im vorliegenden Falle Krankheitswert zu. Es schränke den zu Begutachtenden seelisch und psychosozial eindeutig ein. Die Verhaltensweisen seien nicht durch Simulation, Aggravation oder bewusste Täuschung zu erklären. Es handle sich um eine Störung aus dem Bereich Hysterie, Konversion, Dissoziation. Verbunden sei dies definitionsgemäss mit Angst, oft auch mit einem Trauma, was im vorliegenden Falle nicht differenziert nachgewiesen werden könne. Für Angst erleben gebe es jedoch zahlreiche Hinweise (S. 53 f.).

Zusammenfassend führe die Synthese aus den Akten und der eigenen Befragung und Untersuchung zu der Einschätzung, dass von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei, mit mehreren schweren depressiven Phasen, auch mit psychotischen Symptomen, gegenwärtig unvollständig remittiert. Darüber hinaus seien die Typika einer Konversionsstörung im Sinne der ICD-10, nämlich des Ganser-Syndroms, F44.80, mit dem typischen Vorbeiantworten und der Demonstration multipler psychischer Symptomatik gegeben. Vorliegend gehe vermutlich auch das chronische Stimmenhören dazu. Zusätzlich sei ein dysfunktionaler Umgang mit körperlicher Erkrankung zu konstatieren, eine Dekonditionierung bis hin zum Verharren in der Krankenrolle. Es handle sich um einen über Jahre chronifizierten Zustand mit Abwärtstendenz, mehrfachen vollstationären Aufenthalten und diversen ambulanten psychiatrischen Behandlungen (S. 55).

Um eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt möglich zu machen, müsste diese stark angepasst sein, es müsste sich um einfache Tätigkeiten handeln, um strukturierte Tätigkeiten, um Tätigkeiten ohne besondere Verantwortung, um Tätigkeiten, die das Angstsystem des zu Begutachtenden nicht stimulieren und Tätigkeiten, die zusätzlich Pausen erlauben würden. Selbst unter solchen Idealbedingungen sei angesichts der affektiven Störung und der Konversionsstörung nicht von einem Leistungsvolumen von mehr als 50 % auszugehen (S. 56).

E. 11

September 2002, Urk. 7/19/7-9), vorübergehend habe im Oktober 2002 – als Folge eines Auffahrunfalls – eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der weiter behandelnde Psychiater Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe im Dezember 2008 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit auf Grund einer psychiatrischen Komorbidität (generalisierte Angststörung, rezidivierende depressive Störung) seit 2004 attestiert (Bericht vom 28. Dezember 2008, Urk. 7/132/1). Die begutachtenden Dr. F.____ (2007, Urk. 7/104) und Prof. Dr. med. J.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom RAD (2009, Urk. 7/155) hätten psychopathologische Auffälligkeiten beschrieben, jedoch keine psychiatrischen Diagnosen gestellt, sondern auf mangelnde Glaubwürdigkeit respektive Aggravation verwiesen und daher keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 73 f.).

Die aktuellen Untersuchungen zeigten, dass der Beschwerdeführer eine theoretische Restarbeitsfähigkeit von maximal 50 % für einfache, überschaubare, strukturierte Tätigkeiten ohne Zeitdruck und ohne interaktionelle Belastungen bewältigen könne.

Gleichzeitig bestünden erhebliche Rehabilitationshindernisse in Form eines dysfunktionalen Krankheitsverhaltens und einer eindeutigen Entschädigungshaltung. Die medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit hielten sie – die Gutachter – für spätestens seit der Hospitalisation im Sanatorium E. ___ (Juni 2007) gegeben, bei welcher die auch heute noch festgestellten Psychopathologien und Verhaltensauffälligkeiten bereits vollständig beschrieben worden seien. Dass bei der psychiatrischen Begutachtung im selben Jahr aufgrund der Inkonsistenzen und Widersprüche (aus heutiger Sicht störungs immanent) keine psychiatrische Diagnose gestellt worden sei, heisse aus Gutachtersicht nicht, dass nicht eine Psychopathologie mit Krankheitswert vorgelegen habe. Rezidivierende depressive Störungen verliefen episodisch und auch die Symptomatik eines Ganser-Syndroms könne phasenweise verstärkt oder weniger ausgeprägt auftreten, was eine mögliche Erklärung für die unterschiedlichen psychiatrischen Beurteilungen in Begutachtungssituationen darstelle

(S. 74.)

E. 16

Abs. 4 GSVGer hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der Kosten seiner Rechtsvertretung verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist.

Mit Honorarnote vom 29. Oktober 2014 (Urk. 9/2) machte Rechtsanwalt Viktor Györfly einen Aufwand von sechs Stunden 25 Minuten und Barauslagen in der Höhe von Fr. 24.-- geltend, wofür ihm eine Entschädigung im Betrag von Fr. 1'411.90 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zuzusprechen ist. 6. 2

Die Gerichtskosten im Sinne von Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuches vom 24. Juni 2013 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtsvertretung gewährt und Rechtsanwalt Viktor Györfly, Zürich, als unentgeltlichen Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Viktor Györfly, Zürich,

wird mit Fr. 1'411.90 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Viktor Györfly -
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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Gräub
Sonderegger

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