

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00074 vom 11. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00074

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00074 du 11 juin 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00074 del 11 giugno 2015

Erwägungen

E. 1.1

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.2

Am 24. Juni 2009 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle unter Hinweis auf die bereits genannten Beschwerden erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/38). Die IV-Stelle wies den Versicherten mit Schreiben vom 26. Juni 2009 darauf hin, dass bei einer Neuanschuldung eine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft gemacht werden müsse, und setzte ihm Frist an, entsprechende aktuelle Beweismittel einzureichen (Urk. 7/40). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 11. Dezember 2009; Urk. 7/5

E. 1.2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2.2

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.

E. 1.2.3

Eine fach ärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerz störung 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).

E. 1.2.4

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (siehe Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 92 f.). Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (siehe Kopp/Willi/Klippstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, S.1434, mit Hinweis auf eine grundlegende Untersuchung von Winckler und Foerster; BGE 131 V 51).

E. 1.3

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 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

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

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Befunde 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehleinschätzungen notwendig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE

134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H.

Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die IV-Stelle, gemäss ihren Abklärungen lägen keine Befunde vor, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Der Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung vom 10. Mai 2008 zuhelfen der Krankentagegeldversicherung nicht verändert. Die aktuellen Befunde bedeuteten eine andere Darstellung des gleichen Sachverhaltes. Es liege kein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 2). 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, die Gutachterin habe sich bei der Diagnosestellung und Beurteilung seines Gesundheitszustands gängiger versicherungsmedizinischer Konzepte bedient, welche die Präsenz des Unbewussten eines Patienten vollständig ignorierten. Die Diagnosestellung nach dem ICD-Konzept sei statisch und lasse psychodynamisches Wissen unberücksichtigt. In der vorliegenden Form sei das Gutachten einseitig und unausgewogen. Es negiere sein inneres Leiden und stelle ihn tendenziell als Simulanten und Aggraveur dar. Die Gutachterin habe ihn nur in kursorischer Art und Weise nach den Ängsten befragt. Wenn aufgrund eines Verneinens von Ängsten gefolgert werde, es bestehe keine Angstproblematik, werde die Tatsache ignoriert, dass er sich allmählich an seine Ängste gewöhne und diese nicht mehr als fremd empfinde (Wechsel von Dystonie zu Syntonie). Die Erkenntnisse über die Kanalisation unbewusster Angst mit Wirkung auf den menschlichen Organismus seien im Gutachten nicht berücksichtigt worden. Es scheine, dass niemand die geklagten Symptome einer verminderten psychischen Fähigkeit, Angst und intensive Gefühle auszuhalten, zu unterscheiden, wahr zu nehmen und steuern zu können („Fragilität“), habe zuzuordnen

können . Diese Form von Fragilität existiere in der Realität der Patienten, werde oder könne in den gängigen ICD Diagnoselisten jedoch nicht oder nur unzureichend abgebildet werden. Deshalb habe der neu behandelnde Psychiater Dr. A.____

die Diagnose einer Panikstörung mit Agoraphobie verwendet, um den Bezug zur situativ auftretenden Fragilität herzustellen (Urk. 1 S. 2 ff.). Weiter brachte der Beschwerdeführer vor, der Auffassung der Gutachterin , wonach den Vorberichten kein Verdacht auf eine Angstsymptomatik zu entnehmen gewesen sei , sei zu widersprechen . Vielmehr habe sie sich auf das Gutachten von Dr. B.____ abgestützt.

Sie habe ihm (dem Beschwerdeführer) auch unterstellt, in seiner Heimat möglicherweise an seinem Haus gearbeitet zu haben. Es stelle sich die Frage nach ihrer Unvoreingenommenheit. Trotz begründeter Hinweise in den Akten gehe die Gutachterin insbesondere nicht auf die Möglichkeit ein, dass die körperlichen Symptome die Folgen einer Angsterkrankung sein könnten (Urk. 1 S. 5 ff.) . 3.

E. 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 der versicherten Person 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzu gehen (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. 3.1

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 14. September 2011 (Urk. 7/80) eingetreten. Demnach ist zu prüfen, ob sie eine anspruchsbegründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 22. September 2008 (Urk. 7/26) und derjenigen vom 4. Dezember 2013 (Urk. 2) zu Recht verneint hat. 3. 2

Hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts bis zur in Rechtskraft erwachsenen Verfügung der Beschwerdegegnerin

vom 22. September 2008 (Urk. 7/26) kann

auf das Gutachten von Dr. B.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Mai 2008 (Urk. 7/15/3 ff.) verwiesen werden; dieses lag dem damaligen rentenabweisenden Entscheid zugrunde (vgl. Urk. 7/23/3 f.). Dr. B.____ diagnostizierte eine somatoforme Störung (ICD-10: F45.8) . Diese

gehe mit den Hauptbeschwerden Kopfschmerzen und Schwindel einher (Urk. 7/15/17) und weise eine deutliche Selbstlimitierung sowie eine erhebliche Aggravation auf, wobei für eine psychiatrische Komorbidität keine Anhaltspunkte bestünden. Es bestehe zurzeit keine ängstlich-depressive oder eine andere affektive Störung. Ohne eine psychiatrische Komorbidität und bei deutlich vorhandener Aggravationstendenz mit Symptomausweitung könne eine andauernde psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden (Urk. 7/15/18). 3. 3

Der aktuell behandelnde Arzt des Beschwerdeführers, Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 15. November 2011 die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/82/1) : - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01) seit Oktober 2010, anamnestic seit Januar 2007 - rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1) seit 2008, zunehmend - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (psychogener Kopfschmerz) (ICD-10: F45.4) seit Oktober 2010, anamnestic seit 2007 Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er: - Arterielle Hypertonie - Adipositas - Diabetes mellitus II Dr. A.____ hielt in seinem Bericht fest, der Beschwerdeführer sei im Januar 2007 zunächst an Schwindel erkrankt und habe später an Panikattacken mit Synkopen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und einer depressiven Verstimmung gelitten. Möglicherweise sei der initial geklagte Schwindel ein damals nicht erkanntes Angstsymptom gewesen. Der Beschwerdeführer sei niedergeschlagen und resigniert angesichts des bisherigen therapeutischen Misserfolgs und ängstlich sowie depressiv auf seine Krankheit fixiert. Als ambulante psychiatrische Betreuung finde eine Sitzung alle vier bis sechs Wochen statt. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei aufgrund der Agoraphobie und der Panikattacken nicht möglich (Urk. 7/82/2 f.). 3. 4

Med. pract. Z.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, verneinte im Gutachten vom 8. November 2012 das Vorliegen einer psychischen Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte sie die folgenden auf (Urk. 7/95/21) : - Sonstige somatoforme Störung (ICD-10 : F45.8) mit den Hauptbeschwerden Schwindel und Kopfschmerzen - Psychosoziale Faktoren: - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (Z56) - Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen (Z59) Med. pract. Z.____ führte im Gutachten unter anderem aus, der Beschwerdeführer habe ihr gegenüber ausdrücklich berichtet, nicht an Ängsten zu leiden („er habe keine Ängste“). Im Vordergrund seien erneut Klagen über Schwindel, Kopfschmerzen und Schlafstörungen gestanden. Der Beschwerdeführer fühle sich nicht in der Lage zu arbeiten oder seine Frau im Haushalt zu unterstützen. Sein Alltag und Tagesablauf seien im Wesentlichen von Passivität (Herum liegen) geprägt, woraus auch die angegebenen Schlafstörungen (er sei gänzlich unausgelastet) resultierten. Eine erhebliche Selbstlimitierung bei Symptomausweitung und ein sekundärer Krankheitsgewinn unterhielten diesen Prozess (Urk. 7/95/24). Beim erhobenen psychopathologischen Befund hätten sich erneut keine Anhaltspunkte für eine depressive Störung ergeben, es hätten lediglich situationsbedingte Reaktionen (mit Weinen) stattgefunden. Ein Leidensdruck sei nicht spürbar gewesen. Dem gegenüber sei es dem Beschwerdeführer weiterhin möglich, jährlich eine drei-vier wöchige Flugreise in seine Heimat zu unternehmen (Urk. 7/95/27). Die „somatoforme Schmerzstörung“ habe als syndromale Diagnose ohne Komorbidität von

erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Es seien auch keine Umstände vorhanden, welche die Symptombewältigung intensiv und konstant behinderten und den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten. Die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung seien somit zu bejahen (Urk. 7/95/27 f.) . Med. pract . Z.____

verwies ausserdem auf vorhandene psychosoziale Faktoren finanzieller Art, bedingt durch eine ausstehende Kreditrestschuld von Fr. 40'000.-- für die Renovation des abgebrannten Elternhauses in der Heimat,

den fehlenden Lehrabschluss des jüngsten Sohnes und

die Arbeitslosigkeit der Ehefrau .

Seit dem

Einstellen der Taggelder im Jahr 2008 sei er fürsorgeabhängig

(Urk. 7/95/28) . Die Gutachterin kam zum Schluss, aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/95/25) . Es liege keine Änderung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung durch Dr. B.____ vor. Die neu aufgeführten Diagnosen des behandelnden Psychiaters Dr. A.____ entsprächen einer anderen Beschreibung des gleichen Sachverhalts, könnten zudem nicht nachvollzogen werden und entbehrten jeglicher Begründung (Urk. 7/95/28). 4. 4.1

Das Gutachten von med. pract . Z.____ vom 8. November 2012 vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1.5) . So tätigte sie sorgfältige, umfassende Abklärungen (Urk. 7/95/16 ff.), berücksichtigte die geklagten Beschwerden und begründete ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise (Urk. 7/95/21 ff.) sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Urk. 7/95/25 ff.). Sie legte die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründete ihre Folgerungen nachvollziehbar.

Weder die Beurteilung des behandelnden Psychiaters

Dr. A.____ , der in seinem Bericht vom 15. November 2011 primär auf die persönlichen Angaben des Beschwerdeführers abstellt (Urk. 7/82), noch die Vorbringen des Beschwerdeführers vermögen das Gutachten zu entkräften, worauf im Nachfolgenden einzugehen ist. Vorab ist aber darauf hinzuweisen, dass die gutachterliche Beurteilung des Beschwerdeführers nach den ICD Klassifikationskriterien nicht zu beanstanden ist. Das Bundesgericht hat in BGE 130 V 396 (Regeste) ausdrücklich festgehalten, dass die Diagnose von Psychalgien ohne nach vorherrschender Auffassung der medizinischen Doktrin zwar nur eine beschränkte Aussagekraft inne; auch sei der Umstand, dass die massgebenden Klassifikationssysteme (vor allem ICD-10, DSM-IV) als Instrumente der Standardisierung nach definitorischer Präzision streben, nicht notwendigerweise deckungsgleich mit dem Anliegen nach umfassender Bestandaufnahme krankheitswertiger Zustände. Dennoch setzt die Annahme eines Gesundheitsschadens im Sinne von IVG und ATSG grundsätzlich voraus, dass im psychiatrischen Gutachten eine Diagnose gestellt werden könne. Die Diagnose müsse zudem lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützt sein. 4.2

Eine somatoforme Störung wurde sowohl von den Gutachtern als auch vom behandelnden Psychiater Dr. A.____ diagnostiziert und steht daher nicht in Frage . 4.3

Med. pract . Z.____

gelangte

sodann in Übereinstimmung mit Dr. B.____ zum Schluss, es liege aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Zum einen ergäben sich erneut keine Anhaltspunkte für eine depressive Störung. Zum anderen seien die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu bejahen (Urk. 7/95/27 f.).

4.3 .1

Das Fehlen von Anhaltspunkten für eine depressive Störung erscheint nachvollziehbar angesichts des psychopathologischen Befundes im Gutachten : Der Beschwerdeführer sei wach, örtlich, zeitlich, zur Person und situativ voll orientiert. Er könne die biographischen Daten und die Krankheitsdaten exakt wieder geben, er berichte mit lebendigem Sprachfluss, ohne Störung von Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis. Auch die begleitende Gestik und Mimik nebst ordentlichem Blickkontakt seien aktiv und mit dem gesprochenen Inhalt kongruent. Ein guter affektiver Rapport sei herstellbar, es bestehe eine gute Schwingungsfähigkeit. Eine anhaltende depressive Affektivität liege nicht vor. Es bestehe keine ängstliche Symptomatik, insbesondere seien keine spezifischen Ängste, Phobien oder Zwänge von Krankheitswert vorhanden. Situationsbedingte Zukunftsängste finanzieller Art seien gegeben. Das Verhalten sei sozial und situativ adäquat, während der Exploration hätten keine Beeinträchtigungen von Antrieb und Psychomotorik bestanden. Die Mimik sei nicht schmerzverzerrt, und es würden gestisch keine Schmerzen demonstriert. Der formale Gedankengang sei geordnet. Es fielen keine inhaltlichen Denkstörungen oder Störungen des Ich Erlebens oder der Wahrnehmung auf. Vegetative Störungen seien beschrieben worden in Form von Schlafstörungen, Schwindel, Kopfschmerzen und Libidoverlust seit Krankheitsbeginn. Es bestünden keine Hinweise auf eine Fremdgefährdung. Aufgrund der schwierigen, psychosozialen Situation seien passive Suizidgedanken vorhanden. Hinweise auf ein süchtiges Verhalten bestünden nicht (Urk. 7/95/20). 4.3 .2

Med. pract . Z.____

setzte sich sodann eingehend mit den Akten, insbesondere auch mit den Berichten von Dr. C.____, dem ehemaligen Psychiater des Beschwerdeführers, sowie dem Bericht von Dr. A.____, dem aktuellen Psychiater des Beschwerdeführers, auseinander. Zwar wurden die in den Akten vorhandenen Berichte von Dr. C.____ bereits in den Feststellungsblättern (Urk. 7/23/3 und Urk. 7/69/2), welche den rechtskräftigen Verfügungen vom 22. September 2008 (Urk. 7/26) und vom 2. September 2010 (Urk. 7/70)

zugrunde lagen, zutreffend

gewürdigt

(Urk. 7/69/2). Die Ausführungen von med. pract . Z.____

zu einzelnen Berichten von Dr.

C.____ erweisen sich aber dennoch als aufschlussreich

(Urk. 7/95/26) : Die Gutachterin hielt fest, dem erstbehandelnden Psychiater Dr.

C.____ sei es zunächst nicht möglich gewesen, eine Diagnose zu stellen. Erst recht sei es ihm nicht möglich gewesen, eine psychische Genese für den vorbestehenden Schwindel zu

identifizieren. Seine Einschätzungen hätten auf verschiedenen Hypothesen, unter anderem auf einer internistischen Diagnose (orthostatische Hypotonie), der Wiedergabe subjektiver Symptome des Beschwerdeführers und der Angabe einer nicht ICD-10 kodierten „ angstbetonten Depression“ basiert (vgl. die Berichte von Dr. C.____ vom 19. April 2008

[Urk. 7/15/20 f.] und vom 15. Oktober 2007 [Urk. 7/15/33 ff.]) . Nachdem die Taggeldversicherung die Zahlungen eingestellt gehabt habe, habe Dr. C.____ plötzlich eine „Anpassungsstörung (Angst und depressive Reaktion gemischt) (ICD-10: F43.22)“ übergehend zu einer „anderen andauernden Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F62.8)“ diagnostiziert (vgl. den Bericht von Dr. C.____ vom 27. Juni 2008 [Urk. 7/21/1 ff. = Urk. 7/31]) . Generell trete eine Anpassungsstörung während des Anpassungsprozesses nach einer Entscheidung der Lebensveränderung oder einem belastenden Lebensereignis auf. Ein solches habe beim Beschwerdeführer jedoch nicht identifiziert werden können und sei auch von Dr. C.____ nicht genannt worden. Insofern sei unklar, auf welche Belastung eine Anpassung notwendig gewesen sei. Die Diagnose könne nicht nachvollzogen werden, erste recht nicht vor dem Hintergrund der von Dr.

C.____ zuvor gemachten Aussagen, dass im Vorfeld keine eindeutige Diagnose gestellt werden können. Ebenso wenig könne die Diagnose einer plötzlich aufgeführten „Persönlichkeitsstörung“ nachvollzogen werden. Es finde sich hierfür auch keine hinreichende Begründung und Beschreibung im Bericht. Alleine die Aussage, dass es sich um eine „Fixierung der reaktiven Pathologie“ handle, entspreche nicht den Diagnosekriterien von ICD-10: F62.8 (Urk. 7/95/26) .

Sodann hielt med. pract . Z.____ zur von Dr. A.____ diagnostizierten Panikstörung fest, für eine solche ergäben sich weder in den Vorberichten von Dr. C.____ noch im Gutachten von Dr. B.____ und erst recht nicht im Rahmen der aktuellen Begutachtung Anhaltspunkte. Bei einer Panikstörung wären wiederkehrende schwere Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation beschränkten, das wesentliche Kennzeichen. Bei einer Agoraphobie wären definierte Phobien vorhanden, mit Befürchtungen, das Haus zu verlassen, Geschäfte zu betreten, in Menschenmengen und auf öffentlichen Plätzen zu sein, alleine mit Bahn, Bus oder Flugzeug zu reisen. Die Vermeidung von Arbeit aufgrund der Schwindelsymptome entspreche nicht einer phobischen Störung, sondern einer erheblichen Selbstlimitierung. Das Vorhandensein von Angst (und auch Phobien) habe der Beschwerdeführer ausdrücklich und erneut verneint, so wie schon dem Gutachter Dr. B.____ gegenüber (Urk. 7/93/26). In der Ergänzung zum Gutachten hielt med. pract . Z.____

zudem fest, eine Klaustrophobie im Rahmen einer MRI-Untersuchung trete sehr häufig auf, habe jedoch als isolierte Phobie keinesfalls Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Anhaltspunkte für täglich mehrmals auftretende Panikattacken und Synkopen, wie von Dr. A.____ beschrieben, hätten keine bestanden. Solche hätten während der beiden Begutachtungen durch Dr. B.____ und durch sie selbst ohne weiteres beobachtet werden können beziehungsweise werden müssen. Davon abgesehen seien Phobien statistisch gesehen gut behandelbar (Urk. 7/108/2).

In Anbetracht der vorstehenden, aufgrund der Aktenlage nachvollziehbaren Feststellungen sowie unter Berücksichtigung des Umstands, dass auf die Ansichten des bisherigen Psychiaters Dr. C.____ auf Grund einer starken Involvierung in den Fall ohnehin nicht mehr abgestellt werden konnte (vgl. Urk. 7/47 und Urk. 7/69/2) ,

ist nicht zu beanstanden, dass im Gutachten nach der ausdrücklichen Negierung von Ängsten durch den Beschwerdeführer (Urk. 7/95/18) eine phobische Störung (ICD-10 F40) oder eine (andere) Angststörung (ICD-10 F41) verneint wurde. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers bestand sodann auch kein Anlass für eine weitergehende Abklärung oder eine besondere Exploration. 4.3.3

Med. pract. Z. ___ legte demnach (wie bereits Dr. B. ___)

in schlüssiger Weise dar, dass keine

Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer gegeben ist. Unter diesen Umständen müssten die vorstehend genannten zusätzlichen Kriterien (vgl. E. 1.2.3) besonders ausgeprägt erfüllt sein, damit die somatoforme Störung ausnahmsweise als unüberwindbar zu betrachten wäre (Urteil des Bundesgerichtes 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.3 mit Hinweis). Dies ist nicht der Fall. Gemäss den von med. pract. Z. ___ zu diesen Kriterien gemachten Angaben zeigt sich aufgrund von Aggravation eine Symptomverstärkung.

Aufgrund einer erheblichen Selbstlimitierung seien alle bisherigen Therapiebemühungen (medikamentös, Versuche der Aktivierung, Psychoedukation) sowohl des neurootologischen Zentrums als auch des Psychiaters Dr. C. ___ bislang erfolglos verlaufen. Der regressive Rückzug im Haus halt (die meiste Zeit des Tages herumliegend) und in allen sozialen Bereichen des Lebens mit der Angabe, die ständige Begleitung der Angehörigen zu benötigen, beinhaltet einen sekundären Krankheitsgewinn und die Aufgabe von Eigenverantwortung. Eine stationäre Behandlung habe bislang noch nicht stattgefunden, den jetzigen Psychiater Dr. A. ___ suche der Beschwerdeführer gemäss dessen Bericht nur alle vier bis sechs Wochen einmal auf. Beim Beschwerdeführer seien zusätzlich psychosoziale Faktoren vorhanden (Urk. 7/95/28). Aufgrund dieser gutachterlichen Feststellungen ist zwar von einem sozialen Rückzug des Beschwerdeführers auszugehen. Ein „Rückzug aus allen Belangen des Lebens“ erscheint jedoch aufgrund der Angaben, welche der Beschwerdeführer selbst anlässlich der Begutachtung zu seiner Tagesgestaltung gemacht hat (Urk. 7/95/18), nicht ausgewiesen. Die übrigen Kriterien sind nicht erfüllt. Insbesondere sind die therapeutischen Möglichkeiten auf der psychoedukativen Ebene längst nicht voll ausgeschöpft. Dazu ist der Beschwerdeführer jedoch Kraft Schadenminderungslast gehalten (Urteil des Bundesgerichtes 9C_412/2011 vom 14. Juli 2011, E. 4.2, unter Hinweis auf Urteil 9C_709/2009 vom 14. Dezember 2009 E. 4.2, unter Hinweis auf Art. 21 Abs. 4 ATSG; BGE 113 V 22 E. 4a S. 28). Die vorzunehmende Gesamtwürdigung der Kriterien führt deshalb zum Schluss, dass aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht für die Annahme einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit kein Raum bleibt. Dies gilt umso mehr, als die Symptombewältigung offenkundig auch massgeblich durch invaliditätsfremde Faktoren (Aggravation und psychosoziale Faktoren [Urk. 7/95/28]) behindert wird, wofür die Invalidenversicherung nicht einzustehen hat (vgl. E. 1.2.4; vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). 4.4

Der Vollständigkeit halber ist zu bemerken, dass - entgegen der vom Beschwerdeführer offenbar vertretenen Auffassung (Urk. 1 Seite 5) - kein Grund zur Annahme einer Voreingenommenheit der Gutachterin besteht. Der

Beschwerdeführer hatte ihr gegenüber geschildert, für die Renovation des Hauses der Mutter, welches im Krieg abgebrannt gewesen sei, einen Kredit von Fr. 50'000.

aufgenommen zu haben (Urk. 7/95/17) und jährlich für drei bis vier Wochen in die Heimat zu fliegen, wo er jeweils bei der Mutter und beim Bruder im Haus wohne (Urk. 7/95/18). Die Gutachterin hielt in Berücksichtigung dieser Umstände fest, es könne nicht beurteilt werden, inwieweit sich der Beschwerdeführer eventuell noch am Bau des Hauses beteilige (Urk. 7/95/27). Eine Vermutung stellte sie jedoch nicht an. Im Übrigen gehört es zur Aufgabe einer psychiatrischen Gutachterin, einen Psychostatus zu erheben und dessen Auswirkungen in der Untersuchungssituation sowie im Alltag substantiiert darzulegen. Dazu gehören auch Feststellungen zum Verhalten und zu den Freizeitbeschäftigungen der versicherten Person.

Aus ihrer Feststellung kann daher nicht abgeleitet werden, sie sei voreingekommen.

4.5

Nach dem Gesagten liegt mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der Überwiegen der Wahrscheinlichkeit - nach wie vor - keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor. Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen.

5.

5.1

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt (Urk. 3). Antragsgemäss (Urk. 1) ist dem Beschwerdeführer deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwalt Stephan Breidenstein als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen. 5.2

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.3

Rechtsanwalt Stephan Breidenstein machte mit seiner Honorarnote vom 4. Juni 2015 einen Aufwand von 12.75 Stunden und Barauslagen von Fr. 85.-- geltend (Urk. 9). Darin enthalten sind jedoch auch die Aufwendungen für das vorinstanzliche Verfahren, welche vorliegend nicht zu entschädigen sind. Auf das vorliegende Verfahren entfallen ein - angemessen erscheinender - Aufwand von 5,95 Stunden und Barauslagen von Fr. 24.--. Rechtsanwalt Breidenstein ist deshalb mit Fr. 1'311.10 (= Honorar von Fr. 1'190.-- plus Barauslagen von Fr. 24.--, je zuzüglich Mehrwertsteuer [Fr. 97.10]) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 5.4

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an Rechtsanwalt Breidenstein verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 17. Januar 2014 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Stephan Breidenstein als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Stephan Breidenstein, Affoltern am Albis, wird mit Fr. 1'311.10 (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 Stephan Breidenstein - 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 Die Gerichtsschreiberin HurstMuraro

E. 8

ATSG) sind.

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

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