

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00530 vom 1. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00530

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00530 du 1 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00530 del 1 giugno 2016

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). Sie 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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

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

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades 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 der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung 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 zu nächst 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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 1. Mai 2015 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 7. April 2015 (Urk. 2) und beantragte, es sei ihm eine ganze IV-Rente auszurichten, eventuell sei ein gerichtliches Obergutachten einzuholen (S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 17. Juni 2015 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 7. April 2015 (Urk. 2) gestützt auf die weiteren medizinischen Abklärungen davon aus, dass der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Lagerist aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen nicht mehr ausführen könne. Eine leichte Tätigkeit mit durchschnittlichen Verantwortungsgraden ohne Zeitdruck sei ihm jedoch zu 100 % möglich. Gestützt darauf ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 4 %, womit kein Rentenanspruch bestehe (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt dem beschwerdeweise (Urk. 1) entgegen, aufgrund der Kritik des A.____ könne nicht auf das psychiatrische Teilgutachten der Z.____ abgestellt werden. Es sei weder schlüssig noch vollständig. Es sei daher ein gerichtliches Obergutachten anzuordnen, wenn

nicht ohnehin der überzeugenden Auffassung des A.____ der Vorzug gegeben werde (S. 2 f.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob seit der anspruchsverneinenden Verfügung vom 9. Januar 2013 (Urk. 8/35) eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist und ob ihm infolgedessen ein Anspruch auf eine Rente zusteht. 3.

3.1

Der ursprünglichen, rechtskräftigen Verfügung vom 9. Januar 2013 (Urk. 8/35) lag der nachfolgende medizinische Bericht zu Grunde: 3.2

Pract . med.

B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 3. September 2012 zuhause der Beschwerdeführerin (Urk. 8/14) und nannte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Zykllothymia, anhaltende affektive Störung, seit 2004 (ICD-10 F34.1) Er führte aus, die Prognose sei vor dem Hintergrund des mehrjährigen Verlaufs der depressiven Symptome mit starken Stimmungsschwankungen kombiniert mit dem Migrationshintergrund und der Desintegration in die Gesellschaft im Sinne eines Entwurzelungssyndroms sowie des massiven finanziellen Verlustes als ungünstig zu bezeichnen (S.

1 f. Ziff. 1.4).

Der Beschwerdeführer sei als Servicemitarbeiter

seit 2004 zu 50 %

arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.6).

4. 4.1

Für die Zeit nach der rechtskräftigen Verfügung vom Januar 2013 finden sich in den Akten die folgenden medizinischen Berichte: 4.2

Die Ärzte des A.____ berichteten am 10. Juli 2013 über die tagesklinische Rehabilitationsbehandlung des Beschwerdeführers vom 22. April bis 20. Juni 2013 (Urk. 8/36) und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Adipositas - zervikal-betontes Panvertebralsyndrom (Diagnose Dr. C.____, Rheumatologe 17. Februar 2009) - hypertensive Herzkrankheit ohne kongestive Herzinsuffizienz - Schulden

Sie führten aus, der Beschwerdeführer beklage erneut, seit dem Verlust des Geschäftes im Jahre 2007/2008 seit 2009 unter deutlichen Depressionen, Gedankenkreisen, Schlafstörungen, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Sinnlosigkeitsgedanken, Vergesslichkeit, Lust- und Interesselosigkeit, Appetitverminderung, ständige Weinen zu leiden. Die Schulden in der Höhe von Fr. 52'000.--

sowie die finanzielle Abhängigkeit von der Ehefrau seien für den Beschwerdeführer psychosozial belastend (S. 1).

Der Beschwerdeführer sei am 20. Juni 2013 leicht gebessert und zu 20 %

arbeitsfähig aus der tagesklinischen Rehabilitationsbehandlung

entlassen worden (S. 4 unten) . 4.3

Die Ärzte des A.____ berichteten am 27. September 2013 (Urk. 8/45) und führten aus, der Beschwerdeführer sei neuropsychologisch in den kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt. Es bestünden Einschränkungen beim Gedächtnis sowie bei komplexeren Anforderungen, was eine Arbeitsfähigkeit verhindere. Die psychosoziale Belastung habe abgenommen, indem der Beschwerdeführer seine Schulden von Fr. 500'000.- auf Fr. 50'000.-- haben reduzieren können.

Die Depression sei nicht psychosozial bedingt, sondern eine Folge des Lebenszusammenhanges und des Lebensmittelpunktes des Beschwerdeführers (Arbeit).

Dar über hinaus seien als Folge der Schädel-Fraktur im Jahre 1981 häufige Kopfschmerzen und zunehmende Vergesslichkeit sowie Schwindel vorhanden. Die Depression sei heute rezidivierend. Der Beschwerdeführer finde kaum mehr aus der Depression heraus und werde sofort aggressiv (S. 1).

Insgesamt sei die Ursache der Depression also nicht in den sogenannten psychosozialen Umständen zu suchen, sondern vielmehr in einer durch psychosoziale Umstände ausgelösten, heute rezidivierenden Depression mit komorbidem Charakter (S. 2). 4.4

Die Ärzte des A.____ berichteten am 29. Oktober 2013 (Urk. 8/51/12-13) und führten aus, dass die kognitiven Einschränkungen, welche neuropsychologisch beschrieben worden seien, seien keine Folge von psychosozialen Umständen, sondern objektivierte klare Einschränkungen, welche eine Arbeitsfähigkeit verhin derten.

Die psychosozialen Umstände seien die Auslöser der Depression, keinesfalls aber die Ursache der Depression.

Die Ursache der Depression liege wie bei allen depressiven Patienten in der Persönlichkeit, einem genetischen Anteil, der Kindheit sowie den früheren und aktuellen Belastungen. 4.5

Die Ärzte des A.____ berichteten am 16. Mai 2014 (Urk. 8/61/7-11), nannten die bereits bekannten Diagnosen sowie zusätzlich die Diagnose von Gicht in den Füßen (S. 1) und führten aus, dass aktuell eine leichte Besserung der depressiven

Symptome durch das achtwöchige Rehabilitationsprogramm und die medikamentöse Einstellung eingetreten sei (S.

1). Zeitweise beständen starke Aggressionen mit „laut werden“ gegen Kollegen und die Ehefrau. Die starken Beschwerden am Rücken und in den Füßen durch die Gicht würden den Beschwerdeführer einschränken und zu einer Verschlimmerung der Schlafproblematik und der depressiven Symptome beitragen. Momentan nehme der Beschwerdeführer eine Einzelpsychotherapie mit zwei Sitzungen pro Monat bei ihnen im Haus wahr (S.

2). Der Beschwerdeführer könne sich nicht über längere Zeit konzentrieren und viele Informationen auf einmal aufnehmen und verarbeiten. Es beständen deutliche Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsprobleme. Die schnelle Erschöpfung sowie die häufige grosse Müdigkeit würden den Beschwerdeführer weiter einschränken. Der Beschwerdeführer benötige ausserdem regelmässige Positionswechsel (kein langes Sitzen, kein langes Gehen und Stehen). Die Arbeit als Kranführer sei dem Beschwerdeführer aufgrund der Konzentration und der schnellen Erschöpfung nicht mehr zumutbar. Momentan sei aufgrund der Aufmerksamkeitsdefizite, der Konzentrationsprobleme und der schwer kontrollierbaren Aggressionen auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit kaum zumutbar (S. 3). Der Beschwerdeführer könne sich zu Hause gut um Teile des Haushaltes kümmern und nehme seine Termine zuverlässig wahr. Er gehe seinen Hobbies weitestgehend nach. Der Beschwerdeführer könne je nach Gesundheitszustand spazieren gehen und Zeit in seinem Garten verbringen. Er spiele auch Gitarre zu Hause (S. 4). 4.6

Die Gutachter der Z.____ AG erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 15. Dezember 2014 (Urk. 8/70) gestützt auf die Akten, die persönlichen Befragungen und klinischen Untersuchungen des Beschwerdeführers sowie die Beurteilungen in den Fachgebieten. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12 lit. F): -
panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - mässig intensiv ausgeprägten generalisierten degenerativen Veränderungen der unteren HWS-, BWS- und LWS-Bewegungssegmente -

langjähriger statischer Über- und Fehlbelastung bei Adipositas Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden: - rezidivierende depressive Störung, leichte depressive Episode mit anhaltend dysphorisch -affektiver Herabgestimmtheit (ICD-10 F33.0; ICD-10 F34.8) - bilaterale Coxalgie bei subjektiv geäußelter endphasiger Bewegungs schmerzhaftigkeit und unauffälligem Röntgenbefund des Beckenskeletts und der Hüftgelenke beidseits - anamnestisch Gicht - Adipositas - Hypertonie unter medikamentöser Therapie - Behandlung wegen AV-Knoten Reentry -Tachykardie

Der psychiatrische Gutachter führte aus, dass der Beschwerdeführer rückblickend betrachtet über eine erste depressive Episode mit Schlafstörungen im Jahre 2007 berichtet, wobei seinerzeit auch eine erstmalige psychiatrische Fachbehandlung stattgefunden habe. Die Hintergründe der dysphorisch -depressiven Herabgestimmtheit lägen offenkundig in erheblichen psychosozialen Belastungen. Im Jahre 2012 sei der Beschwerdeführer erneut in eine depressive Episode geraten, welche neben depressiven Symptomen aber vorrangig durch Dysphorie, mürrisch-morose Herabgestimmtheit und Neigung zu aggressiven Impulsausbrüchen geprägt sei.

Vor dem Hintergrund der hier erhobenen psychopathologischen Befunde müsse trotz einer gewissen familiären Disposition vor allem eine durch psychosoziale Belastungsfaktoren massgeblich getriggerte, depressive Symptomatik mit ausgeprägter Dysphorie im Sinne einer anhaltenden affektiven Störung diagnostiziert werden. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere daraus nicht. Die durch die behandelnden Psychiater attestierte mit teils schwere depressive Symptomatik lasse sich bei fehlendem sozialem Rückzug aus allen Lebensbereichen, fehlendem vollständigen Interessenverlust und nur geringen Hinweisen auf vorzeitige Erschöpfung und Ermüdung nicht bestätigen. Auch die Grundgestimmtheit sei eher dysphorisch -unzufrieden als eigentlich depressiv gedrückt. Der Beschwerdeführer verfüge über ausreichende Ressourcen in den komplexen Ich-Funktionen wie Intentionalität und Interaktionsgestaltung. Vor diesem Hintergrund könne eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht begründet werden. Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht medizinisch-theoretisch in der Lage, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit regelmässig und ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszuüben (S. 8 f.).

Der orthopädische Gutachter führte aus, dass im Rahmen der aktuellen Abklärung die allgemeine Motorik des Beschwerdeführers mässig verlangsamt gewesen sei. Darüber hinaus bestehe keine Beeinträchtigung der Mobilität. Auffallend sei eine symmetrisch und kräftig angelegte Extremitätenmuskulatur mit gleichzeitig defizitärer Rumpfmuskulatur und einem langfristig dekompensierten Übergewicht. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule und des Rumpfes sei frei. Hinweise für ein florides

vertebragenes Nervenwurzelkompressionssyndrom hätten nicht gesehen werden können. Röntgenologisch seien generalisierte degenerative Veränderungen in den jeweils distalen Bewegungssegmenten der HWS, BWS und LWS beschrieben worden. Diese degenerativen Veränderungen gingen allenfalls mässiggradig

über die altersübliche Norm hinaus. Klinisch-funktionell sei eine links mehr als rechts schmerzhaft mitgeteilte endphasige Einschränkung der Hüftbeweglichkeit auffällig gewesen. Röntgenologisch hätten sich der beidseitige Hüftbefund und auch der Beckenskelettbefund insgesamt als unauffällig dargestellt. Zusammenfassend handle es

sich um nur mäs sig degenerative Auf brauchbefunde der HWS, BWS und LWS ohne klinisch in Erscheinung tretende gravierende Diskopathie und mit nur blanden degenerativen Aufbrauchbe fun den sowie um weitestgehend unauffällige orthopädische Hüftgelenkbefunde. Aktu ell bestünden keine entzündlichen zum Beispiel gicht ar thritische Befunde. Die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden seien nur teilweise nach voll ziehbar. Das Übergewicht begründe eine ständige statische Fehl- und Überbe las tung der lumbalen Bewegungssegmente und auch der Hüftgelenke (S.

9). Dem Beschwerdeführer seien noch leichte rü ckenadaptierte Tätigkeiten zumutbar. Somit seien ihm keine schweren und sta tisch belastenden Arbeiten wie Zwangs haltungen , vornübergebeugt stehend, kniend, hockend, kauernnd und einher gehend mit repetitiven Bewegungsanfor derungen an den Rumpf zumutbar. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg limitiert. Tätigkeiten, welche mit einem derartigen Profil korrele ren würden, seien auf einem 100%-Niveau zumutbar (S. 10) .

Der internistische Gutachter führte aus, dass aus internistischer Sicht eine aktu ell gut behandelte Hypertonie mit normalem Blutdruck im Liegen und leichtem Absinken im Stehen bestehe. Die vom Beschwerdeführer gelegentlich geklagten Schwindelerscheinungen könnten durch solche Blutdruckabfälle etwas ausge prägterer Natur bedingt sein. Sie könnten jedoch auch auf die noch nicht ganz behobenen supravent r ikulären Tachykardien zurückgeführt werden. Aktuell scheine die Tachykardie kein grosses Problem mehr zu sein, sie sei seit 2007 nur noch zweimal aufgetreten und habe etwa eine Stunde gedauert (S. 10) . Aus den genannten internistischen Gründen könne keine Ursache für eine Arbeitsunfä h ig keit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten abgeleitet werden (S. 11) .

Der neuropsychologische Gutachter führte aus, dass in der aktuellen neuopsy chologischen Untersuchung keine ausreichende Anstrengungsbereitschaft sei tens des Beschwerdeführers hätte aufgebaut werden können, um aus neuopsy cholo gischer Sicht valide Aussagen machen zu können. Die Resultate der zwei durch geführten Symptomvalidierungstests seien beide im deutlich auffälligen Bereich gelegen, so dass die erhobenen Befunde nicht als aussagekräftig beur teilt werden können. Zudem hätten sich in den erhobenen Befunden durchwegs schwerste Beeinträchtigungen, welche auch mit einer Selbständigkeit im Alltag nicht ver einbar seien, gezeigt. Würden die erhobenen Befunde wirklich zutref fen, wäre der Beschwerdeführer rund um die Uhr auf Hilfe und Betreuung an gewiesen. Nach seinen eigenen Aussagen bestreite er jedoch weite Teile des Ta ges alleine, gehe selbständig spazieren und beschäftige sich zu Hause und im Garten . Aggra vationstendenzen gälten als wahrscheinlich (S. 11) .

Zusammenfassend führten die Gutachter aus, dass der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage sei, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagerist zu verrichten. Verweistätigkeiten im nachfolgend beschriebenen Belastbarkeitsprofil könne der Beschwerdeführer aber vollumfänglich ohne Minderung der Leis tungsfähigkeit ausüben, so dass eine Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten von 100 % vorliege (S. 13). Der Beschwerdeführer könne Tätigkeiten durchschnittlicher geistiger Art mit durchschnittlichen Verantwortungsgraden, ohne besonderen Zeitdruck und ohne besondere Verantwortung an die Team- und Konfliktfähigkeit verrichten. Dabei seien dem Beschwerdeführer jedoch nur noch leichte rückenadaptierte Tätigkeiten zumutbar. Auszuschliessen seien schwere und statisch belastende Arbeiten in körperlichen Zwangshaltungen wie vornübergebeugt, stehend, kniend , hockend, kauernnd und einhergehend mit repetitiven Bewegungsanfor

derungen an den Rumpf. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg limitiert. Wegen der angegebenen Schwindelsymptomatik scheine die frühere Tätigkeit eines Kranführers wegen Selbstgefährdung nicht mehr geeignet. Rückblickend betrachtet sei eine Arbeitsunfähigkeit für angepasste Arbeiten nicht ausgewiesen (S. 14).

4.7

Pract. med. D.____, Regionale r Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 18. Dezember 2014 Stellung (Urk. 8/73/3) und führte aus,

dass das Z.____-Gutachten umfassend sei, auf allseitigen Untersuchungen beruhe und die beklagten Beschwerden berücksichtige. Es sei nachvollziehbar und plausibel in seinen Schlussfolgerungen, weshalb darauf abgestellt werden könne.

4.8

Die Ärzte des A.____ nahmen am 30. März 2015 Stellung (Urk. 3/4) zum psychiatrischen Teil des

Z.____-Gutachten s

und führten aus, dass die Begutachtung für die komplexen Inhalte zu kurz ausgefallen sei. Der Beschwerdeführer sei Kurde und habe in seinem gebrochenen Deutsch direkt mit dem Gutachter gesprochen. Er sei bei komplizierten Inhalten jedoch überfordert. Der anwesende Dolmetscher habe offenbar kaum etwas gesagt und habe zudem einen türkischen Hintergrund, was die Resultate sicher verfälsche. Daher sei das Gutachten von vornherein nicht objektiv. Hinweise, dass es sich um einen zertifizierten Dolmetscher handle, würden hier nicht weiterhelfen. Es habe zudem Fehler im Gutachten als Konsequenz der kurzen Untersuchung sowie der mangelnden Verständigung. So sei der Beschwerdeführer seit 17 Jahren Schweizer und nicht Türke. Die Selbständigkeit habe bis 2008 und nicht bis 2007 gedauert. Die Beschwerden des Beschwerdeführers seien sodann nur oberflächlich aufgenommen worden (S. 2). Neuropsychologisch würde im Z.____-Gutachten von Resultaten berichtet, welche vollständig unter der Norm seien. Daraus werde auf Aggravation geschlossen. Bei ihnen seien die Resultate zwar auch unterdurchschnittlich, jedoch bei guter Leistungsbereitschaft nicht so schlecht, dass ein bewusstes oder unbewusstes Vortäuschen in Betracht gezogen werden müsste (S. 3). Die „richtigen“ Diagnosen seien daher die folgenden (S. 3): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - zervikal-betontes Panvertebralsyndrom - hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz - Gicht in den Füßen - Adipositas

Diese Diagnosen hätten sehr wohl Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Wegen der Schmerzen an der HWS und der Gicht sei der Beschwerdeführer zusammen mit der längst komorbiden Depression zu 80 % arbeitsunfähig für jegliche Tätigkeiten (S. 4). 4.9

Die Ärzte der E.____ berichteten am 15. Juli 2015 (Urk. 10) über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 8. Juni bis 2. Juli 2015. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - zervikal-betontes Panvertebralsyndrom - hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzkrankheit - Gicht mit Betonung Füße - Adipositas

Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer freiwillig auf Zuweisung der ambulanten Behandler eintrete. Der Beschwerdeführer sei wach, voll orientiert, und es bestünden keine

inhaltlichen oder formalen Denkstörungen. Teils bestünde eine Niedergestimmtheit und in der Folge sei der Beschwerdeführer weitgehend. Der Beschwerdeführer sei zu einer begrenzten Krisenintervention und Diagnostik durch die ambulanten Behandler zugewiesen worden. Im stationären Setting habe er sich gut schwingungsfähig mit nur diskreten depressiven Symptomen gezeigt. Eine etwaige antidepressive Therapie habe sich auf limitierte supportive Gespräche beschränkt. Der nicht gesondert antidepressiv zu behandelnde, stabile Beschwerdeführer werde in die ambulante Weiterbehandlung entlassen (S. 2).

5. 5.1

Zur Beurteilung einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustandes und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ist auf das Gutachten der

Z.____ (vorstehend E. 4. 6) abzustellen. Das Gutachten umfasste die Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie und Neuropsychologie , wobei sich das Gutachten für die zu beurteilenden Frauen als umfassend erweist. Die Ärzte berücksichtigten die geklagten Beschwerden und das Verhalten des Beschwerdeführers

in angemessener Weise und erstellten das Gutachten in Kenntnis der sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten , wozu sie auch Stellung nahmen . Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Das Gutachten erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit mässig intensiv ausgeprägten generalisierten degenerativen Veränderungen der unteren HWS-, BWS- und LWS-Bewegungssegmente sowie bei langjähriger statischer Über- und Fehlbelastung bei Adipositas festgestellt. Körperliche schwere und statisch belastende Arbeiten in körperlichen Zwangshaltungen sind dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar . In einer körperlich leichten , rückenadaptierten Tätigkeit ist der Beschwerdeführer hin gegen zu 100 %

leistungs- und arbeitsfähig. Insoweit ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verneinen, ging die Beschwerdegegnerin doch bereits in der Verfügung 9. Januar 2013 (Urk. 8/35) von keiner dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus. 5.2

Aus psychiatrischer Sicht ist - entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers sowie der Ärzte des A.____ - weiterhin keine Diagnose mit Krankheitswert ausgewiesen. Die Ärzte der

Z.____ AG führten unter Bezugnahme auf die ICD- Kriterien (vgl. Klinisch-diagnostische Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour /Schmidt (Herausgeber), 9. Auflage, Bern

2014, S. 169

ff.) nach vollziehbar auf, weshalb lediglich eine leichte depressive Episode mit anhaltend dysphorisch -affektiver Herabgestimmtheit ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit vorliegt. So konnte weder eine Konzentrations- noch eine Gedächtnisstörung objektiviert werden und auch eine Antriebsstörung im eigentlichen Sinne wurde nicht gefunden. Die

Grundstimmung wirke nur mässig her abgestimmt, jedoch keineswegs verzweifelt, sondern eher dysphorisch, unzufrieden und mit hintergründiger Reizbarkeit. Die Ärzte der Z.____ AG führten aus, dass die Hintergründe der dysphorisch-depressiven Herabgestimmtheit offenbar in erheblichen psychosozialen Belastungen liegen würden. Die von den behandelnden Psychiatern attestierte mittelschwere depressive Symptomatik lasse sich bei fehlendem sozialem Rückzug, fehlendem vollständigen Interessenverlust und nur geringen Hinweisen auf vorzeitige Erschöpfung und Ermüdung nicht bestätigen (Urk. 8/70 S. 24 ff.). Der Beschwerdeführer leiste leichtere Arbeiten im Haushalt und gehe regelmäßig alleine oder mit der Ehefrau spazieren. Gemeinsam mit seiner Ehefrau unterhalte er den Kleingarten, welcher etwa 20 Gehminuten von zu Hause entfernt liege. Dort unterhalte er sich auch mit Nachbarn und im Sommer werde zusammen grilliert. Die Beziehung zu seiner Ehefrau und den Kindern sei gut, ausser zu einem Sohn (Urk. 80 / 70 S. 20). Vor dem Hintergrund der erhobenen psychopathologischen Befunde müsse trotz einer gewissen familiären Disposition vor allem eine durch psychosoziale Belastungsfaktoren massgeblich getriggerte depressive Symptomatik mit ausgeprägter Dysphorie im Sinne einer anhaltenden affektiven Störung diagnostiziert werden, jedoch ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/70 S. 26).

Zumal aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht, kann keine für die Annahme einer Invalidität massgebende Verschlechterung angenommen werden.

Die Berichte der behandelnden Psychiater des A.____ vermögen die Beurteilung der Ärzte der Z.____ AG nicht in Zweifel zu ziehen. Im Übrigen gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht nach der Rechtsprechung Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den einschlägigen Anforderungen entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennt, solange keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber stehen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt

geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2). Solche Gesichtspunkte sind vorliegend nicht ersichtlich. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass eine 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 lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1). Was die beschwerdeweise (vgl. Urk. 1, Urk. 3/4) beanstandete Dauer der psychiatrischen Untersuchung anbelangt, zeigt rechtsprechungsgemäss selbst eine lediglich zwanzig Minuten dauernde psychiatrische Exploration nicht von vornherein eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters an (Urteil des Bundesgerichts I 719/05 vom 17. November 2006 E. 3; ferner Urteile I 842/05 vom 1. Juni 2006 E. 2.2.4 und I 954/05 vom 24. Mai 2006 E. 3.2.1). Es kann für den Aussagegehalt eines Arztberichts nicht allein auf die Dauer der Untersuchung ankommen. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt dabei stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab (Urteil I 1094/06 vom 14. November 2007 E. 3.1.1, bestätigt u.a. mit Urteilen 8C_847/2013 vom 14. Februar 2014 E. 5.1.1 und 8C_737/2012 vom 27. Mai 2013 E. 3.4 mit Hinweis). So ist eine eigentliche Geisteskrankheit mit deutlicher Ausprägung der Symptomatik oft in kurzer Frist diagnostizierbar, während ein sehr hoher Zeitaufwand erforderlich sein kann, um den Verdacht auf eine Simulation einer psychischen Störung zu klären, eine schwierige Persönlichkeitsstörung zu erhellen oder problematische Fragen nach dem Zusammenhang zwischen traumatischen äusseren Ereignissen und nach folgender Symptomatik zu erörtern. Ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung lässt sich also nicht allgemein gültig definieren (Urteil des Bundesgerichts I 58/06 vom 13. Juni 2006 E. 2.2 mit Hinweis). Wichtigste Grundlage gutachtlicher Schlussfolgerungen bildet in derartigen Konstellationen - gegebenenfalls neben standardisierten Tests - die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteile des Bundesgerichts I 192/06 vom 19. September 2006 E. 3 und I 391/06 vom 9. August 2006 E. 3.2.2). Anhaltspunkte dafür, dass der psychiatrische Gutachter der Z.____ die entsprechenden Vorgaben nicht bzw. nur

ungenügend beachtet hat, sind nicht erkennbar. Ebenso wenig bestehen konkrete Hinweise, dass sich die Untersuchungsdauer, seien es 50 oder 85 Minuten gewesen, negativ auf die Qualität des Gutachtens ausgewirkt hätte. Auch aus den vorgebrachten Einwänden betreffend den Dolmetscher kann der Beschwerdeführer vorliegend nichts zu seinen Gunsten ableiten. So gibt es weder Hinweise, welche auf eine fehlerhafte Übersetzung hindeuten würden, noch ergibt sich aus den Akten eine anderweitige negative Auswirkung auf die Qualität des Gutachtens.

5.3

Aus somatischer Sicht leidet der Beschwerdeführer weiterhin an Rückenbeschwerden sowie Gichtarthralgien in beiden Füßen. Röntgenologisch konnten generalisierte degenerative Veränderungen in den jeweils distalen Bewegungssegmenten der HWS, BWS und LWS festgestellt werden, welche mässiggradig

über die altersübliche Norm hinaus gehen würden. Aktuell seien keine entzündlichen gichtarthritischen Befunde vorhanden. Die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden

liessen sich jedoch durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollständig erklären (Urk. 8/70 S. 3 4 f.) .

Ausserdem wurden die angegebenen Analgetika im Blutserum nicht und das Neuroleptikum deutlich unter dem therapeutischen Bereich nachgewiesen, was Zweifel am Leidensdruck und der Therapie-Compliance aufkommen lassen (Urk. 8/70 S.

25). Eine Verschlechterung kann aufgrund des Z.____ -Gutachtens mit überwiegender Wahrscheinlichkeit verneint werden. Dem Beschwerdeführer sind in Anbetracht der aktuellen Befunde lediglich körperlich schwere und statisch belastende Arbeiten nicht mehr zumutbar. Ansonsten besteht auch aus somatischer Sicht eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten mit entsprechendem Belastungsprofil, so dass auch aus somatischer Sicht keine für die Annahme einer Invalidität massgebende Veränderung angenommen werden kann (Urk. 8 / 70 S. 35). 5.4

Soweit der Beschwerdeführer weiter vorbringt, es könne nicht auf das aus seiner Sicht mangel- und fehlerhafte

Z.____ -Gutachten abgestellt werden, kann er aus den vorgebrachten Rügen nichts zu seinen Gunsten ableiten.

Zusammenfassend lassen die Vorbringen des Beschwerdeführers keine Zweifel am schlüssigen und nach vollziehbaren Gutachten der Z.____ AG aufkommen.

Gestützt auf das Z.____ - Gutachten ist

mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass weiterhin keine psychiatrische

Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist und der Beschwerdeführer lediglich aufgrund der somatischen Diagnose eines panvertebralen Schmerzsyndroms bei körperlich schweren und statisch belastenden Arbeiten eingeschränkt ist. Seine zuletzt ausgeführte Tätigkeit als Lagerist ist dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Angepasste Tätigkeiten gemäss beschriebenem Belastungsprofil könne der Beschwerdeführer jedoch vollumfänglich ohne Minderung der Leistungsfähigkeit ausüben (Urk. 8/70 S. 13 f.). Der Gesundheitszustand hat sich so mit nicht wesentlich verschlechtert. 5.5

Nachdem der Einkommensvergleich (Urk. 2 S. 2) nicht zu beanstanden und im Übrigen unbestritten ist, erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzu erlegen, infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 GSVGer . 6.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat gemäss der eingereichten Aufstellung vom

E. 7

) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 24. Juli 2015 (Urk. 9) reichte der Beschwerdeführer einen Arztbericht (Urk. 10) zu den Akten.

Mit Gerichtsverfügung vom 10. September 2015 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

E. 11

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 14

. Mai 2016 (Urk. 13) zeitliche Aufwendungen von 7 Stunden sowie Barauslagen im Gesamtbetrag von Fr. 54.-- gehabt. In Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- und unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer von 8% beläuft sich damit die Entschädigung, die dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus der Gerichtskasse auszurichten ist, auf Fr. 1'721.50. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Jürg Bügler,

Neftenbach, wird mit Fr. 1'721.50 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Bügler -
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, zu zustellen.

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 Mosimann Schüpbach

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