

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01239 vom 24. Juni 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01239

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01239 du 24 juin 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01239 del 24 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

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

An diesem Grundsatz ändert auch das Urteil des Bundesgerichts BGE 141 V 281 (insbesondere E. 3.7) nichts.

E. 1.3

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls 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

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 Vor akten (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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.6

Für die Bejahung eines Rentenanspruches im Rahmen einer Neu anmeldung nach vorausgegangener rechtskräftiger Verneinung wird analog zur Rentenre vision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG eine erhebliche Änderung des Invaliditäts grades verlangt (BGE 130 V 71, 117 V 198 E.

3a mit Hinweis; vgl. auch BGE 133 V 10

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 2. Dezember 2015 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm eine ganze IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur rechts genü glichen Abklärung und anschliessender Neuverfügung an die Verwaltung zurück zuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Versicherte um Gewäh rung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Seiner Beschwerde legte er den Be schluss des Sozialausschusses der Gemeinde I.____ vom 7. Mai 2015 betref fend Gewähru ng wirtschaftlicher Hilfe (Urk. 3/3) sowie den Arztber icht von Dr. H.____ vom 8. September 2015 (Urk. 3/4 = Urk. 8/84) bei. Mit Beschwerdeantwort vom 2 1. Januar 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 2 2. Januar 2016 zu r Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, gestützt auf den aktuellen Arztbericht von Dr. C.____ vom 31. August 2015 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht wesentlich verändert. Eine Rota to renmanschett enruptur gemäss Arztbericht [von

Dr. G.____] vom 3. September 2014 sei behandelbar un d es bestehe weiterhin eine 100 %ige Ar beitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Sodann weise auch der Arztbericht [von Dr. H.____] vom 8. September 2015 keine neuen unberück sichtigten Tatsachen aus. Der darauf gestützt ermittelte Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 12 % , womit weiterhin kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2 S. 2 ff.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, das hiesige Gericht habe den Rentenanspruch mit Urteil vom 27. Februar 2015 vor allem gestützt auf die damalige Überwindbarkeitspraxis des Bundesgerichts abgelehnt. Diese Praxis sei mit Bundesgerichtsentscheid 141 V 281 ff. aufgehoben worden. Allein schon diese Änderung der Rechtsprechung sei genügender Anlass für eine erneute sorgfältige Prüfung des Anspruchs. Darüber hinaus habe sich aber auch der Gesundheitszustand objektiv wesentlich verändert. Zum einen sei neu eine Rotatorenmanschettenruptur diagnostiziert worden und zum anderen habe sich der psychische Gesundheitszustand trotz permanenter leitlinienorientierter Behandlung verschlechtert und chronifiziert. Zusätzlich sei neu eine Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.80 und F62.88) diagnostiziert worden. Angesichts der bereits bei der ersten Anmeldung gestellten schlechten Prognose und dem in sich schlüssigen Arztbericht von Dr. H.____ würden sich weitere Abklärungen erübrigen. Er (der Beschwerdeführer) sei invaliditätsbedingt auf dem

ersten Arbeitsmarkt nicht eingliederbar und habe entsprechend Anspruch auf eine Invalidenrente. Zumindest habe er Anspruch auf eine seriöse Prüfung seiner Ansprüche (Urk. 1 S. 3 ff.). 3.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung eingetreten. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer allfälligen anspruchserheblichen Änderung der tatsächlichen Verhältnisse (vgl. E. 1.6) bildet vorliegend die gerichtlich bestätigte Rentenabweisung vom 26. Juli

2013 (Urk. 8/38). Der damalige medizinische Sachverhalt stellte sich wie folgt dar.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Mit Bericht zuhanden der Krankentaggeldversicherung vom 12. April 2012 diagnostizierte Dr. C.____ (1) eine depressive Episode sowie (2) ein Thoraco-vertebrales-Syndrom bei degenerativen Spondylarthrosen und Osteochondrosen, Wirbelsäulenfehlform (Urk. 8/13/27). Die Rheumabeswerden bestünden seit ca. 2006 und die Depression seit ca. März 2012. Eingeschränkt sei der Beschwerdeführer hinsichtlich Lastentragen (ab ca. 10 kg). Ausserdem bestehe bei Depression eine deutlich verminderte Belastbarkeit. Hinsichtlich beider Leiden stellte Dr. C.____ eine gute Prognose (Urk. 8/13/27).

E. 3.2

Mit Bericht vom 6. September 2012 stellte der

seit Januar

2012

ambulant behandelnde Dr. med. J.____, leitender Arzt und Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, Universitätsspital K.____ (K.____), folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/8/1): - Thorakovertebrales Syndrom bei - Wirbelsäulenfehlform Skoliose und Lordose mittlere BWS - degenerativen Veränderungen (Osteochondrosen

Spondylarthrosen) - Status nach Morbus Scheuermann möglich - segmentalen Dysfunktionen

Dr. J. ___ attestiert dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit als Offset-Drucker. Aufgrund der Wirbelsäulenfehlform seien gewichtstragende Belastungen ungünstig; jedoch sei durch konsequentes Muskelaufbautraining eine vermehrte Belastbarkeit des Achsenskeletts möglich. In einer wechselbelastenden Tätigkeit sei mit einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (Urk. 8/8/2). 3. 3

Im Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 23. November 2012 diagnostizierte der seit April 2012 behandelnde Dr. H. ___ eine reaktive Depression (ICD-10 F32.1, Urk. 8/10/1). Die depressive Störung mit protrahiertem Verlauf bestehe seit April 2012. Unter laufender fachärztlicher psychiatrischer und psychopharmakotherapeutischer Intervention sei eine leichte Verbesserung eingetreten, jedoch bis anhin ohne Restitution. Weiterbestünden Konzentrationsstörungen, eine Einschränkung der Aufmerksamkeit sowie Engung des inhaltlichen Denkens. Affektiv sei der Beschwerdeführer in stabil und psychomotorisch verlangsamt. Er leide an depressiven Einbrüchen, innerer Unruhe, Schlafstörungen und Zukunftsängsten. Es bestehe ein erheblich reduziertes allgemeines Funktions-, Leistungs- und Antriebsniveau (Urk. 8/10/2). In seiner bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer 100 % arbeitsunfähig. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit äusserte sich Dr. H. ___ nicht (Urk. 8/10/3). 3. 4

Dr. Z. ___ stellte im Rahmen seines rheumatologischen Gutachtens vom 24. Juli 2012 folgende Diagnosen (Urk. 8/13/12): - Unspezifisches Panvertebralsyndrom , am ehesten funktionell/psychogen bedingt - Ausgeprägte, generalisierte Fibromyalgie, am ehesten psychogen bedingt, zum Teil histrionisch - Massiver Gewichtsverlust nach der Internierung - Status nach Distorsion der Halswirbelsäule 1999 und 2006 - Nikotinabusus

Dr. Z. ___ hielt fest, die Muskeleigenreflexe an den oberen und unteren Extremitäten seien seitengleich, jedoch mittellebhaft auslösbar. Die Beweglichkeit an den oberen und unteren Extremitäten sei trotz inadäquaten Verhaltens des Beschwerdeführers [gemeint: histrionisch , dramatisierend, demonstrierend]

soweit unauffällig . Die Prüfung der Sensibilität habe sich sehr eigentümlich gestaltet. Es habe sich eine Hyposensibilität an der ganzen rechten Körperhälfte vom Scheitel über Ohr, Arm und Ru mpf bis zum Bein gezeigt. Diese Hyposensibilität sei im funktionellen, psychogenen Kontext zu verstehen. Als auffallend bezeichne te Dr. Z. ___ sodann die multiplen Tenderpoints entlang der gesamten Wirbelsäule sowie subokzipital und entlang der Kiefergelenke, beider Schulter gelenke, Ellenbogen, am Trochanter major beziehungsweise am Pes

anserinus . Auffallend sei auch gewesen, dass der Beschwerdeführer bei jeder Muskelreflexprüfung mit Rückzug reagiert und je weils „au“ geschrien habe (Urk. 8/13/11).

Aus somatischer Sicht ergebe sich trotz dem ausgesprochen inadäquaten, dramatisierenden, demonstrierenden und grösstenteils histrionischen Verhalten aus der Beweglichkeit an den oberen und unteren Extremitäten, aber auch der Wirbelsäule, keine nennenswerte Einschränkung, welche eine Leistungsunfähigkeit zu begründen vermöge. Aus rein rheumatologischer beziehungsweise somatischer Sicht könne keine Leistungsminderung konstatiert werden. Demzufolge betrage die Arbeitsfähigkeit sowohl

in der an gestammten als auch in einer alternativen wechselbelastenden Tätigkeit mit Lastenheben von 10 bis 15 kg 100 % . Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe kein Anlass zur ungünstigen Prognose. Demgegenüber deute die Entwicklung einer massivsten Form der Fibro myalgie bzw. Weichteilrheumatismus darauf hin, dass sich eine Schmerz ausweitung und Chronifizierung etabliert hätten (Urk. 8/13/12 f.). 3. 5

In seinem psychiatrischen Gutachten vom 7. März 2013 nannte Dr. A.____ folgende Diagnosen (Urk. 8/21/16): - Keine psychiatrische Störung mit Krankheitswert, insbesondere keine affektive/depressive Störung, bei - anamnestisch depressiver Anpassungsstörung (F43.21) - chronischer Schmerzproblematik - somatoformer Schmerz(verarbeitungs-)Störung (ICD-10 F45.4) - Symptompräsentation mit dramatisierend- aggravierenden , demon- strativen und histrionischen Zügen

Dr. A.____ berichtete, der Beschwerdeführer habe während der gesamten Untersuchung ein äusserst auffälliges Verhalten gezeigt. So sei er nie lange still gesessen, sondern habe sich ständig auf dem Stuhl bewegt. Zwischenzeitlich habe er auf dem Boden gekniet, begleitet von Schmerzentlastungsbewegungen im Rücken und lautem Stöhnen. Einmal habe sich der Beschwerdeführer sogar auf dem Bauch ausgestreckt auf den Boden gelegt. Während der zum Teil grotesk anmutenden, demonstrativ- histrionisch wirkenden Schmerzpräsentationen habe dieser jeweils ein schmerzverzerrtes Gesicht gemacht und laut gestöhnt. Dabei sei er im Bewusstsein klar und allseits orientiert gewesen. In Diskrepanz dazu habe es auch immer wieder Phasen gegeben, in denen der Beschwerdeführer völlig normal und unauffällig dagesessen und sich auf das Gespräch beziehungsweise das Beantworten der gestellten Fragen konzentriert habe (Urk. 8/21/15). Neben weitaus holenden und sich wiederholenden

Schmerzschilderungen habe er immer wieder (damit vermischt) von den Vorwürfen seiner Ex-Frau betreffend häusliche Gewalt berichtet. Das Denken des Beschwerdeführers kreise ausschliesslich um diese Themenfelder. Beim darüber Erzählen zeige er indes keine affektiven Auffälligkeiten (Urk. 8/21/11, Urk. 8/21/15).

Dr. A.____ kam zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht bestehe kein Leiden von Krankheitswert und Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit. Demgegenüber befasse sich der Beschwerdeführer fast ausschliesslich mit seinen subjektiven Schmerzproblemen . Seit dem Autounfall im Jahre 2006 bestehe eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung, welche eine Chronifizierung und Symptomausweitung der Wirbelsäulenbeschwerden zeige, insbesondere verstärkt seit der Ehetrennung und Untersuchungshaft im Jahre 2011 [zufolge des Vorwurfs häuslicher Gewalt] . In der Folge habe initial eine depressive Anpassungsstörung bestanden, welche im Rahmen der Exploration vom 5. März 2013 indes nicht mehr habe objektiviert werden können . Die aktuell noch bestehende subdepressive Stimmung im Sinne einer subjektiven „Traurigkeit“ könne auch unter die somatoforme Schmerzstörung subsumiert werden (Urk. 8/21/19).

Der Beschwerdeführer sei aus rein psychiatrischer Sicht sowohl in der bisherigen als auch in jeder anderen Arbeitstätigkeit voll arbeitsfähig (Urk. 8/21/19). 3. 6

Gestützt auf die Gutachten vom 24. Juli 2012 und 7. März 2013 verneinte das hiesige Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2013.0075 vom 27. Februar 2015 - mitunter mangels Unüberwindbarkeit der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung beziehungsweise Fibromyalgie (vgl. BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3) - das Vorliegen einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Einschränkung der

Leistungsfähigkeit und ging von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer wechselbelastenden Verweistätigkeit mit Lastenheben von 10 bis 15 kg aus (vgl. Urteil IV.20 13.0075 vom 27. Februar 2015 E. 5.3). 4.

Im Rahmen der Neuanmeldung liegen im Wesentlichen die nachfolgend zitierten medizinischen Unterlagen bei den Akten. 4.1

Mit Bericht vom 23. Juni 2014 (Eingangsdatum) stellte Dr. C.____ folgende Diagnosen (Urk. 8/64/1): - Thorakoverbrales Schmerzsyndrom mit Wirbelsäulenfehlform (Skoliose und Lordose mittlere BWS) sowie degenerative Osteochondrosen und Spondylarthrosen - Mehrsegmentale Dysfunktionen - Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Seit dem Transport mit der Polizei von der Kaserne zur Staatsanwaltschaft L.____ am 28. Januar 2012 mit festgebundenen Armen auf dem Rücken habe der Beschwerdeführer im rechten distalen Oberarm Schmerzen und allmählich eine Muskelverkürzung bemerkt. Zur Abklärung des Verdachts auf einen Bizepssehnenriss überwies Dr. C.____ den Beschwerdeführer am 20. Mai 2014 in die Orthopädische Uniklinik

E.____, F.____

(Urk. 8/64/3, Urk. 8/64/6).

Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Drucker seit mindestens Anfang 2012 andauernd 100% arbeitsunfähig (Urk. 8/64/2). Zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit äusserte sich Dr. C.____ nicht (Urk. 8/64/3). 4.2

Im Konsiliarbericht vom 25. Juli 2014 diagnostizierte Dr. D.____ (1) unklare, diffuse Schulterschmerzen rechts und (2) eine reaktive depressive Entwicklung (Urk. 8/69/3). Im Rahmen der Anamnese habe der Beschwerdeführer ausgeführt, er leide seit ca. drei Monaten an zunehmenden Schmerzen im Bereich der rechten Schulter mit Ausstrahlung in den rechten Ellbogen. Diese Schmerzen seien vor allem bewegungs- und belastungsabhängig. Ein besonderes Trauma sei nicht erinnerlich. Die bildgebende (Röntgen und Magnetresonanztomographie [MRI]) Untersuchung des rechten Ellbogens vom 21. Juli 2014 habe sich als unauffällig erwiesen. Die diffusen Schmerzen in der rechten Schulter seien noch mittels Arthro-MRI abzuklären (Urk. 8/69/4). 4.3

Nach Durchführung eines

Arthro-MRI der rechten Schulter am 1. September 2013 diagnostizierte Dr. G.____ mit Konsiliarbericht vom 3. September 2013 eine Rotatorenmanschettenpartialruptur (Supraspinatus) rechts. Des Weiteren zeige sich klinisch als auch MR-tomographisch eine rupturierte lange Bicepssehne. Zur Behandlung verordnete Dr. G.____ Voltaren 75 mg und Pantozol 40mg für die nächsten drei Wochen (Urk. 8/69/1). 4.4

Mit Bericht vom 8. September 2015 diagnostizierte Dr. H.____ (1) eine rezidivierende, depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F33.1), (2) eine chronifizierte somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) sowie (3) eine Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.80 und F62.88, Urk. 8/84/1).

Im Rahmen der Befunderhebung hielt Dr. H.____ fest, beim Beschwerdeführer bestehe eine Beeinträchtigung des Konzentrations- und Aufmerksamkeitsvermögens mit gelegentlich auftretenden Störungen des Kurzzeitgedächtnisses bei sonst unauffälliger Kognition und formal geordnetem Denken. Die Affekthaftigkeit sei unverändert instabil. Die

depressiv-pessimistische Grundstimmung erreiche immer wieder den Grad einer mittelschweren depressiven Affekthaftigkeit. Sodann bestünden Freud- und Interesselosigkeit, Hoffnungsarmut, existenzielle Ängste, sozialer Rückzug, Vermeidungsverhalten (Menschenansammlungen), fehlendes Interesse an seiner nahen Umgebung sowie chronifizierte Schlafstörungen im Sinne von Einschlaf- und Durchschlafstörungen. Weiter seien Antrieb sowie das Energie- und Leistungsniveau reduziert und die Psychomotorik leicht verlangsamt. (Urk. 8/84/1 f.).

Vor dem Hintergrund der chronisch-konflikthaften Lebenssituation mit subjektiv erlebtem schweren Unrecht und den beruflichen, existenziellen und sozialen Konsequenzen habe der Beschwerdeführer eine depressive Störung entwickelt. Darüber hinaus leide er seit mehreren Jahren unter chronischen Schmerzen des muskuloskelettalen Systems und sei deshalb seit 2013 in rheumatologischer Behandlung (Urk. 8/84/1). Unter laufender fachärztlicher Intervention sei zwar initial intermittierend eine reduzierte depressive Symptomatik erzielt worden. Demgegenüber seien eine Chronifizierung der depressiven Grundstimmung mit negativer Veränderung der Persönlichkeitsstruktur und bei geringster zusätzlicher Belastung im Alltag jeweils eine Amplifizierung der depressiven Psychopathologie beobachtbar. Dies wiederum konsumiere zunehmend die psycho-physischen Ressourcen des Beschwerdeführers und schwäche merklich seine Resilienz. Darüber hinaus wirke die chronifizierte und durch bis anhin zur Anwendung gelangte therapeutische Intervention nicht wesentlich positiv beeinflussbare Schmerzsymptomatik als Perpetuator der depressiven Grundstimmung mit ein. Letztere sei heute von psychosozialen Faktoren indolent und persistiere als autonomer Symptomenkomplex. Die zirkuläre Kausalität zwischen dem depressiven Symptomenkomplex und der zunehmend reduzierten Schmerzverarbeitungskapazität sei offensichtlich und verschlechtere die Prognose in erheblichem Ausmass. Seit April 2012 sei der Beschwerdeführer aufgrund der psychischen Störung sowie Schmerzsymptomatik nicht arbeitsfähig. Belastungs-, Leistungs-, Energie- und Funktionsniveau seien unverändert gering und abnehmend. Der Beeinträchtigungsgrad seines Gesundheitszustandes sei vergleichsweise zu 2012 erhöht und die Wiederaufnahme einer Arbeit sei im primären Arbeitsmarkt aus psychiatrisch-medizinischer Sicht nicht realistisch (Urk. 8/84/2). 5.

5.1

In somatischer Hinsicht ist zunächst festzuhalten, dass sich aus dem Bericht von Dr. C.____ vom 23. Juni 2014 (Urk. 8/64/1, vgl. E. 4.1) keine weitergehenden oder zusätzlichen Einschränkungen erblicken lassen

im Vergleich mit der medizinischen Ausgangslage im Rahmen der erstmaligen Rentenprüfung. Vielmehr haben das thorakovertebrale Schmerzsyndrom mit Wirbelsäulenfehlform (Skoliose und Lordose mittlere BWS), die degenerativen Osteochondrosen und Spondylarthrosen sowie mehrsegmentale Dysfunktionen bereits zum damaligen Zeitpunkt bestanden (vgl. E. 3.1 und 3.2). Demgegenüber wurde im rheumatologischen Konsiliarbericht vom 3. September 2014 (Urk. 8/69) – soweit aktenkundig – erstmals die Diagnose einer Rotatorenmanschettenpartialruptur (Supraspinatus) rechts gestellt (vgl. E. 4.3). Ob es sich dabei

um eine Veränderung im massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E.

1.6) handelt, erscheint zumindest unter Berücksichtigung des Berichts von Dr. C.____ vom 23. Juni 2014, wonach der Beschwerdeführer bereits seit Januar 2012 im rechten distalen

Oberarm Schmerzen ver spürt habe (Urk. 8/64/3 ,

vgl. E. 4. 1), fraglich. Letzteres kann indes - wie folgt - offen gelassen werden. In Anbetracht der grundsätzlichen Behandelbarkeit

einer Rotatorenmanschettenpartialruptur

könnte selbst bei Annahme einer zusätzlichen vorübergehenden Funktionseinschränkung (so etwa hinsichtlich Überkopf arbeiten ; vgl. Urk. 8/93) und mit Verweis auf das ihm ärztlich attestierte und gerichtlich bestätigte Belastungsprofil (vgl. E.

3.6) kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad ermittelt werden, würde sich mit anderen Worten selbst eine nicht auszu schliessende Verschlechterung des Gesundheitszustandes in Form einer Rotatorenmanschettenpartialruptur nicht in relevanter Weise auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Damit im Einklang hielt Dr. C.____ mit Schreiben vom 31. August 2015 schliesslich fest, es sei beim Beschwerdeführer in letzter Zeit keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes aufgetreten (Urk. 8/80). 5.2

In psychiatrischer Hinsicht lässt sich bei einem Vergleich der Befundlage im Arztbericht von Dr. H.____ vom 23. November 2012 (vgl. E. 3.3) mit derjenigen im Bericht desselben vom 8. September 2015 (vgl. E.

4.4) keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit der gerichtlich bestätigten Rentenabweisung vom 26. Juli 2013 erblicken. Vielmehr war die im zuletzt genannten Bericht zur Begründung der medizinischen Einschätzung angeführte Symptomatik und Befundlage bereits zum Zeitpunkt der Beurteilung vom 23. November 2012 vorhanden. Erhellte doch aus der damaligen Anamnese und Untersuchung, dass der Beschwerdeführer seit April 2012 an einer reaktiven depressiven Störung mit protrahiertem Verlauf und instabiler Affekthaftigkeit sowie an Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, depressiven Einbrüchen, innerer Unruhe, Schlafstörungen und Zukunftsängsten leidet (Urk. 8/10/2 , E. 3.3). Die neuerliche Einschätzung vom 8. September 2015 stellt dabei eine andere Beurteilung des seit der erstmaligen Rentenabweisung im Wesentlichen unveränderten psychischen Gesundheitszustandes dar. Insbesondere vermag weder eine allfällige Chronifizierung der beklagten Leiden (Urteil des Bundesgerichts 9C_288/2008 vom 16. Mai 2008 E.

5) noch eine neu hinzutretende Diagnose per se eine relevante Gesundheitsverschlechterung darzustellen (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12 ; Urteil des Bundesgerichts 9C_754/2014 vom 11. Juni 2015

E.

4.2 mit weiterem Hinweis) .

Im Übrigen hat Dr. A.____ sein beweiskräftiges Gutachten in Kenntnis der und in Auseinandersetzung

mit den medizinischen Vorakten , namentlich auch des Arztberichtes von Dr. H.____ vom 23. November 2012, abgegeben (Urk. 8/21/ 5+ 17 f. , vgl. auch Urteil des hiesigen Gerichts IV.2013.00775 vom 27. Februar 2015 E. 5.2.1). In diesem Zusammenhang ist schliesslich darauf hinzuweisen , dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann . Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische

Interpretationen möglich, zu lässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 200

E. 8

E. 5.2 mit Hinweisen). Die Frage, ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der letzten materiellen rentenverweigernden rechtskräftigen Verfügung mit demjenigen zur Zeit des auf die Neuanmeldung hin ergangenen Entscheids (BGE 130 V 64 E. 2 mit Hinweis, 130 V 71 E. 3.1 mit Hinweisen). Dabei ist zu beachten, dass Anlass zur Rentenrevision jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen gibt, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenan spruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Dagegen stellt eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine revisionsbegründende Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 112 V 371 E. 2b; vgl. auch BGE 133 V 545 E. 6.1, 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). 2.

E. 9

E. 5.1 ;

vgl. dazu auch die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050 f.).

Weitergehende oder zusätzliche Einschränkungen und Symptome lassen sich auch dem dem Arztbericht von Dr. C.____

vom 23. Juni 2014 beiliegenden Bericht der beurteilenden Fachärzte der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, K.____ , vom 7. August 2013 nicht entnehmen (Urk. 8/64/12-15). Die übrigen Beilagen beziehen sich schliesslich auf Beurteilungen, welche ausserhalb des vorliegend massgeblichen Zeitraums liegen (Urk. 8/64/4+5 , Urk.

8/64/8-11, Urk.

8/64/16-19). 5.3

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers stellt die mit BGE 141 V 281 geänderte Rechtsprechung zur Beurteilung des Anspruchs auf eine IV-Rente bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden für sich alleine weder einen Grund für eine Neuanmeldung bzw. Revision noch für eine Wiedererwägung dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_590/2015 vom 24. November 2015 E. 5.). 6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers seit der gerichtlich bestätigten Rentenablehnung vom 26. Juli 2013 (Urk. 8/38) bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 2. November 2015 (Urk. 2) nicht anspruchrelevant verändert haben. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich ein Einkommensvergleich.

Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtens und die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen. 7. 7.1

Der Beschwerdeführer bezieht Sozialhilfe (Urk. 3/3). Da auch die übrigen Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gegeben sind, ist seinem Gesuch vom 2. Dezember 2015 zu entsprechen und ihm die unentgeltliche Prozessführung

zu gewähren sowie in der Person von Rechtsanwalt Luzius Hafen ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen. Der Beschwerdeführer ist sodann auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der ihm erlassenen Gerichtskosten sowie der Auslagen für die unentgeltliche Rechtsvertretung verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. 7.2

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

Rechtsanwalt Luzius Hafen machte mit Honorarnote vom 20. Juni 2016 einen Gesamtaufwand von Fr. 990.-- geltend (zuzüglich 3 % Kleinspesenpausale und 8 % Mehrwertsteuer , Urk. 10, Urk. 11), was angemessen erscheint und wo mit er

mit Fr. 1'101.30 aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist . Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 2. Dezember 2015 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege gewährt, und es wird ihm Rechtsanwalt Luzius Hafen, Zürich, 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 Luzius Hafen, wird mit Fr. 1'101.30 (inkl. MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: Rechtsanwalt Luzius Hafen
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
HurstHediger

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