

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01302 vom 20. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01302

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01302 du 20 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01302 del 20 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1.1

Mit angefochtener Verfügung vom 17. November 2015 erwog die Beschwerdeführerin, dass gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. F.____ vom 15. Oktober 2014 von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen sei. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Rentenrevision vom 13. Mai 2008 sei somit nicht ausgewiesen. Es gelte weiterhin der Einkommensvergleich gemäss Verfügung vom 13. Mai 2008, gemäss welchem ein Invaliditätsgrad von 31 % resultiere. Da der Invaliditätsgrad nach wie vor unter 40 % liege, bestehe weiterhin kein Rentenan spruch (Urk. 2 S. 2). 1. 2

Der Beschwerdeführer lässt im Wesentlichen vorbringen, im Kurzaustrittsbericht des E.____ vom 10. Juli 2014 werde von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schweren Episode ausgegangen. Im psychiatrischen Gutachten von Dr. F.____ vom 15. Oktober 2014 werde diese Diagnose allerdings nicht aufgeführt. Dass zusätzlich eine eigenständige depressive Störung mit invalidisierendem Charakter vorliege, gehe auch aus dem Austrittsbericht des G.____ vom 8. Juni 2015, dem Zwischenbericht der H.____

vom 7. Dezember 2015 und den verschiedenen Berichten des behandelnden Psychiaters, Dr. med. I.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hervor. Ferner sei darauf hinzuweisen, dass der Gutachter in seiner medizinisch-theoretischen Einschätzung festhalte, dass bei einem zumutbaren Pensum von 70 % eine 70%ige Leistung erzielt werden könne. Nicht gefolgt werden könne dem Gutachter jedoch, wenn er ausführe, dass dem Beschwerdeführer

nach Wegfall der konditionierenden Leistungs Schwäche eine Arbeitsfähigkeit von 70 %

zumutbar sei (Urk.

1 S. 7). Eine derartige Leistungssteigerung erscheine unter dem Aspekt als unrealistisch, dass auch eine wesentliche depressive Symptomatik, charakterisiert von mittel- bis schwergradigem Ausmass, bestehe (Urk. 1 S. 7-8). Zudem gehe der Gutachter bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit bereits ausdrücklich von der Überwindung der Leistungsaversion und Dekonditionierung aus. Gestützt auf die verschiedenen Berichte, die eine erhebliche depressive Problematik ausweisen würden, könne ohne Weiteres von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden (Urk. 1 S. 8). 2.

2.1

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). 2.2

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). 2.3

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 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). 2.4

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet - gegebenfalls neben standardisierten Tests - die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). 2.5

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die

versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnis offen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren

Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichtes 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichtes 8C_210/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargestellten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliesst (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4). 2. 6

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten

- Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin derder

äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichtes 9C_534/2015 vom 1. März 2016

E. 2.2.1). 2. 7

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Viel mehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die bei gezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8). 2.8

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

(Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingehenden oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 3. 3.1

Mit Urteil IV.2008.00588 vom 12. Februar 2010 fasste das hiesige Gericht das C.____-Gutachten vom 12. Oktober 2007 (Urk. 10 / 1 07) wie folgt zusammen (Urk. 10 / 139 / 14-15): ,,

Die Ärzte des C.____ führten in ihrem Gutachten vom 12. Oktober 2007 unter dem Titel "Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" (1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), (2) eine Dysthymie (ICD-10 F34.1), (3) anamnestisch rezidivierende depressive Störungen leichten bis mittleren Grades (ICD-10 F33.1), zur Zeit leichten Grades, sowie (4) eine Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen Typ mit deutlich narzisstischen, teils paranoiden, manipulativen und schizoid gefühlkalten Anteilen (ICD-10 F61.0) und unter dem Titel "Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit" (1) körperlich nicht erklärbares Halbseitenschmerzen links mit gleichzeitiger Fehlinnervation insbesondere der linken Körperhälfte und insbesondere der linken Hand, (2) einen Status nach extrakorporaler Stosswellenlithotripsie (EASW) 1991 wegen Urolithiasis (Ureter- und Nierenkelchstein rechts) sowie (3) eine Hypo

cholesterinämie (gemäss Akten) an (Urk. 8/107/18). In der Konsensbesprechung seien die Gutachter zum Schluss gekommen, dass beim Beschwerdeführer weder intern-medizinische noch neurologische Krankheiten und Symptome mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit müsse aus rein psychiatrischer Sicht beurteilt werden (Urk. 8/107/23). Im angestammten Beruf als Schlosser sei eine Arbeitstätigkeit mit zumindest leichter bis mässiger Belastung zumutbar. Aus intern-medizinischer Sicht liege überhaupt keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in Anbetracht der Psychopathologie und unter Berücksichtigung der erheblichen Aggravationstendenz, welche auch willentlich gesteuert sei, lediglich eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Diese Arbeitsunfähigkeit begründe sich laut dem psychiatrischen Gutachter mit der seit Jahren bestehenden chronifizierten anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung, den in den Akten festgehaltenen rezidivierenden depressiven Verstimmungen, verbunden mit einer sozialen Isolation und der passiv aggressiven Haltung. Gerade diese Stimmung entspringe der Persönlichkeitsstörung. Es müsse davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer seit jeher ein eher etwas passiv aggressiver, fordernder, wenig empathischer Mann gewesen sei. Was die Arbeitsfähigkeit in anderen Berufen betreffe, so bestehe aus neurologischer und intern-medizinischer Sicht für leichte bis mittelschwer belastende Tätigkeiten keine Einschränkung. Aus psychiatrischer Sicht müsse für jegliche, also auch leichtere Arbeit eine 30%ige Beeinträchtigung festgestellt werden. Darüber hinaus sei es dem Beschwerdeführer aufgrund der Schadenminderungspflicht und der zumutbaren Willensanstrengung zuzumuten, einer 70%igen leichten bis mittelschweren Tätigkeit nachzugehen (Urk. 8/107/24).“ 3.2

Dr. F.____ stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 15. Oktober 2014 die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk.

10/227/27): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) - Verdacht auf dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörung (ICD-10: F44.4/F44.6) mit fraglicher Hypotrophie des funktionell abgekoppelten Organs (linker Unterarm/Hand) - Neurasthenie (ICD-10: F48.0) - akzentuierte Persönlichkeit mit emotional-instabilen und sensitiv-paranoiden Zügen (ICD-10: Z73.1) - Zustand nach subakuter paranoider Dekompensation = Anpassungsstörung mit sonstigen spezifischen deutlichen Symptomen (ICD-10: F43.28).

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führt er an (Urk.

10/22/27) : - psychogene Schlafumkehr (nicht-organische Störung des Schlaf-/Wach-Rhythmus (ICD-10: F51.2) - Nikotinabhängigkeit (ICD-10: F17.25) - leichtes Übergewicht mit BMI 25,2

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht hielt Dr. F.____ fest, dass in Bezug auf dessen angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter mit Blick auf seine Dekonditionierung und Entfremdung von dieser harten Arbeitswelt ein Reintegrationsversuch unrealistisch wäre, so dass hier Angaben zu einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit absolut hypothetisch bleiben würden (Urk. 10/227/37).

Hingegen würde aus rein psychiatrischer Sicht nichts gegen eine Wiedereingliederung in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit sprechen, welche mit Blick auf die Gesamtverfassung des Beschwerdeführers folgende Anforderungen an den Arbeitsplatz

erfüllen müsste: Kein Heben schwerer Lasten, keine Zwangspositionen, initial vermehrte Pausen (aufgrund der Dekonditionierung), Vermeidung von Lärm, Kälte und grellem Licht, keine Kundenkontakte und keine erhöhten Anforderungen an die verbale Kommunikationsfähigkeit. Ausserdem müssten seine Vorgesetzten und Mitarbeiter gewillt sein, die Wesenseigenschaften des Beschwerdeführers, welcher zu einem expressiven Beschwerdeausdrucksverhalten neigt, zu tolerieren (Urk.

10/227/37).

In Anbetracht des schlechten Trainingszustandes des Beschwerdeführers wäre ein Einstieg in ein allfälliges Arbeitssetting natürlich niederschwellig mit langsam aufbauendem Arbeitspensum zu gestalten. Nach Überwindung von Leistungsaversion und Dekonditionierung wäre aber ein Arbeitspensum von 70

% bei 70

% Leistung zumutbar, so dass in einem ersten Rehabilitationsschritt ein tatsächlicher Arbeitsoutput von ca. 50

% zu erreichen wäre. Nach Wegfall der konditionierungsbedingten Leistungsschwäche wäre dem Beschwerdeführer unter Umständen eine bis zu 70%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar, zumal keine klar definierte psychiatrische Symptomatik einer solchen Leistungsentfaltung in optimal angepasster Tätigkeit zwingend entgegensteht. Allerdings würden diese Einschätzungen nur bei optimaler Motivationslage gelten. Da diese beim Beschwerdeführer alles andere als gegeben sei, werde diese Kalkulation wohl Theorie bleiben, da sich der Beschwerdeführer voraussichtlich eher nicht zu einer sinnvollen Kooperation bewegen lassen werde (Urk. 10/227/37). 4.

E. 4.1

Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und/oder dessen erwerbliche Auswirkung seit der Verfügung vom 13. Mai 2008, mit welcher die IV-Stelle, bei einem Invaliditätsgrad von 31%, die bis herige ganze Rente des Beschwerdeführers auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben hatte (Urk. 10/124), derart wesentlich verändert haben, dass er nunmehr erneut Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 4.2

3

Dem hält der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Ausführungen von Dr. I.____ vom 20. August 2015 (Urk. 3/1) entgegen, dass bei ihm eine zunehmende depressive Entwicklung bei einer Ganzkörperschmerzproblematik bestehen würde. Dr. I.____ habe ihn am 15. April 2015 ins G.____ eingewiesen, wo gemäss Bericht vom

8. Juni 2015 (Urk. 3/5) eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden sei. Sodann habe gemäss Zwischenbericht der H.____ vom 7. Dezember 2015 (Urk. 3/6) zwar das beim dortigen Eintritt bestandene akutpsychotische Erleben mit grossen Ängsten erfolgreich behandelt werden können, doch seien im Verlauf der Behandlung zunehmend die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie die Somatisierungsstörung in den Vordergrund getreten (Urk. 1 S. 6).

Zudem sei auf den Kurzaustrittsbericht des E.____ vom 10. Juli 2014 hinzuweisen, in welchem von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, die

Rede sei (Urk. 1 S. 7). Gestützt auf diese Berichte, welche eine erhebliche depressive Problematik ausweisen würden, sei von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen (Urk. 1 S.

8). Dem Gutachten von Dr. F.____ vom 15. Oktober 2014 kann in diesem Zusammenhang entnommen werden, dass angesichts des langwierigen und eher milden Verlaufs beim Beschwerdeführer kaum von „depressiven Episoden“ gesprochen werden könne (Urk. 10/227/29). Zum „Kurzbericht Austritt“ des Aufnahmezentrums im E.____

vom 10. Juli 2014 (Urk. 3/4) nahm Dr. F.____ am 17. Februar 2015 Stellung und führte aus, dass beim Beschwerdeführer angesichts des jahrelangen gleichförmigen Verlaufs sicherlich keine „Episode“ und mit Blick auf das tatsächliche Beschwerdebildes kein typisch depressives Syndrom vorliege. Vielmehr zeige sich aufgrund der Verlaufsscharakteristika, der bunt gemischten vor allem körperlich erlebten Symptomatik und des charakteristischen Krankheitsverhaltens, dass es sich um ein chronisches, syndromales Beschwerdebild ohne adäquate organische (oder endogene) Ursache handle. Die Präsentiersymptomatik könne aber offenbar bei kurzen Sprechstundenkontakten in einer Weise beeindrucken, dass nur schwerwiegende Diagnosen geeignet erscheinen würden, dieses augenscheinlich invalidisierende Leiden genügend erklären zu können. Der diffuse Charakter des Beschwerdebildes, die Diskrepanzen und Inkonsistenzen würden sich jedoch erst bei längerer Verhaltensbeobachtung erschliessen (Urk. 10/239/2).

Die vom Beschwerdeführer angeführten Berichte der behandelnden Ärzte begründen weder Zweifel an

dieser überzeugenden Beurteilung des Gutachters

Dr. F.____ noch lassen sie darauf schliessen, dass es zwischen der stationären Untersuchung vom 7. bis 11. Juli 2014 im E.____ und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. November 2015 (Urk. 2) zu einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers gekommen ist. Im fachpsychiatrischen Attest von Dr. I.____ vom 20. August 2015 (Urk. 3/3) und im Austrittsbericht des G.____ vom 8. Juni 2015 (Urk. 3/5) fehlen

denn jeweils ein psychopathologischer Befund und eine Beurteilung mit

einer Auseinandersetzung mit dem bisherigen Krankheitsverlauf. Auch dem Zwischenbericht der H.____ vom 7. Dezember 2015 (Urk. 3/6) kann keine Begründung der dort gestellten Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, entnommen werden. Stattdessen hielten die Ärzte der H.____ fest, dass die vom Beschwerdeführer bereits seit vielen Jahren geschilderten somatischen Beschwerden, welche sich vor allem in den Extremitäten und im Rücken/Nacken manifestieren würden, für diesen stets von zentraler Wichtigkeit gewesen seien und im Verlauf der Hospitalisation an Bedeutung zugenommen hätten (Urk. 3/6 S. 5).

Sodann vermag der Beschwerdeführer auch aus dem angeführten Bericht der L.____ vom 19. November 2014 (Urk. 10/234/7-8) nichts zu seinen Gunsten ableiten (vgl. insbesondere Urk. 10/190, wonach der behandelnde Rheumatologe den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als stabil bezeichnete und dafür hielt, dass nicht die rheumatologische Problematik die Arbeitsunfähigkeit bestimme sondern vielmehr die psychiatrische Problematik entscheidend sei; so auch Urk. 10/193).

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass sich Dr. F.____

in seinem Gutachten vom 15. Oktober 2014 - insbesondere unter Bezugnahme auf die vor gängige Beurteilung des psychiatrischen C.____ -Gutachters - mit gut nachvollziehbarer Begründung zu den die somatoforme Schmerz störung begleitenden Gesundheitsstörungen in psychischer und körperlicher Hinsicht sowie deren Wechselwirkung äusserte (Urk. 10/227/29-33) und dies in seine Beurteilung, wonach beim Beschwerdeführer in einer Verweisungstätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bestehe, einbezogen hat (Urk. 10/227/37, 39).

E. 4.2.1

Das Gutachten von Dr. F.____ vom 15. Oktober 2014 erfüllt die Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten (E. 2.8 vorstehend). Es wurde in Kenntnis der Vorakten (vgl. Urk. 10/227/2, Urk. 10/227/5), der bei den vom 7. bis 11. Juli 2014 stationär durchgeführten Untersuchungen des Beschwerdeführers erfragten Beschwerden (Urk. 10/227/11-14) sowie des von Dr.

F.____ einholten neurologischen Konsiliums von Dr. med. J.____, Fachärztin für Neurologie FMH, vom 9. Juli 2014 (Urk.

10/227/49-52) und des rheumatologischen Konsiliums des K.____ vom 16. September 2014 (Urk.

10/227/45-48) erstellt und enthält eine schlüssige und überzeugende Begründung. Auch wenn dieses Gutachten vor der Rechtsprechungsänderung verfasst wurde, hat es zudem Beweiswert mit Bezug auf die mit BGE 141 V 281

materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen.

E. 4.2.2

Der Vergleich der im C.____ -Gutachten vom 12. Oktober 2007 (Urk. 10/107) und im Gutachten von Dr. F.____ vom 15. Oktober 2014 (Urk. 10/227) beschriebenen Sachverhalte zeigt keine wesentlichen Änderungen. Bei den Untersuchungen im C.____ vom 11. September 2007 (Urk. 10/107/2) gab der Beschwerdeführer zu seinem Tagesablauf an, dass er, je nachdem wie seine Schmerzen seien, zu jeder Tages- und Nachtzeit auf sei. Zu Hause liege er viel und mache ab und zu einen Spaziergang, weil ihm das der Arzt empfohlen habe. Manchmal lese er die Zeitung oder ein Wörterbuch, ansonsten mache er den ganzen Tag nichts (Urk. 10/107/38). Für den Haushalt habe er Hilfe von der von ihm getrennt lebenden Ehefrau (Urk. 10/107/30-31).

Bei der Untersuchung durch Dr. F.____ hat der Beschwerdeführer seinen Tagesablauf fast identisch beschrieben (Urk.

10/227/9-10). Wie zuvor bestand ein tiefes Aktivitätsniveau mit Rückzug und Schonverhalten. Auch bezüglich der vom Beschwerdeführer angegebenen diffusen Beschwerden, für welche kein organisches Korrelat besteht (Urk.

10/107/32), sind keine wesentlichen Veränderungen auszumachen. Bei den

Untersuchungen im C.____ gab der Beschwerdeführer an, dass er am meisten durch Schmerzen der gesamten linken Körperhälfte beeinträchtigt sei (Urk.

10/107/30). Beim Gutachter Dr.

F.____ klagte er unter anderem darüber, dass ihm die ganze linke Körperseite, von der Ferse über den Fuss bis hin zum Schädel wehtue (Urk.

10/227/12). Sodann

bestanden gemäss Dr.

F.____ weiterhin iv-fremde Faktoren wie Sprachbarriere, Kulturfremdheit, Mentalitätsunterschiede und schlechte berufliche Vorbildung (Urk. 10/227/30).

Sowohl der psychiatrische C.____-Gutachter als auch Dr. F.____ stellten die Diagnose einer anhaltenden

somatoformen Schmerzstörung (E. 3.1 und E. 3.2).

Wohl bestanden unterschiedliche Beurteilungen. So sprach der C.____-Gutachter namentlich

von einer tiefgreifenden Persönlichkeitsstörung des Beschwerdeführers (Urk.

10/107/42), wohingegen

Dr. F.____

der Auffassung war, dass es sich um eine „akzentuierte Persönlichkeit“ handelte (Urk. 10/227/31). Solche unterschiedliche Beurteilungen desselben Sachverhaltes begründen

indes keinen Revisionsgrund (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit weiteren Hinweisen). Eine wesentliche Änderung der Befunde ist nicht festzustellen.

Damit übereinstimmend hielt

Dr. F.____

fest, dass es - mit Blick auf die Beurteilung im C.____-Gutachten vom 12. Oktober 2007 (Urk. 10/107) - seit der damaligen Untersuchung nicht zu umwälzenden Neuerungen im Zustandsbild des Beschwerdeführers gekommen sei, wenngleich sich das abnormale Krankheitsverhalten, insofern dessen final ausgerichtete Entschädigungshaltung seit damals eher noch stärker eingeschliffen haben dürfte. Grundsätzlich neue Krankheitszeichen seien dagegen nicht aufgetreten und die damaligen klinischen Phänomene oder geltend gemachten Beschwerden seien nicht völlig verschwunden (Urk.

10/227/40). In Anbetracht der Befundlage bei der Untersuchung bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von maximal 30%. Diese Einschätzung decke sich

mit derjenigen im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 13. Mai 2008 (Urk. 10/227/39).

E. 4.3

Zusammenfassend besteht damit weder Anlass, vom Gutachten von Dr.

F.____ vom 15. Oktober 2014 (Urk. 10/227) abzuweichen, noch bedarf es ergänzender medizinischer Abklärungen (antizipierte Beweiswürdigung).

Auf das Gutachten abstellend ist daher davon auszugehen, dass ein

Revisionsgrund im Sinne einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes

nicht gegeben ist. Ein Revisionsgrund in erwerblicher Hinsicht ist ebenfalls nicht gegeben und vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht worden. 5.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. 6. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Ent sprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Dispositiv-Ziffer 1 der Verfügung vom 26. Januar 2016 [Urk. 11]) einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Christe, machte von der Möglichkeit zur Einreichung einer Honorarnote

keinen Gebrauch (Dispositiv-Ziffer 3 der Verfügung vom 26. Januar 2016

[Urk.

E. 5

, Urk. 10/43/1, Urk. 10/242/2-3). Seit Frühjahr 1992 litt er zunehmend unter Rückenschmerzen. Vom 6. bis 27. Januar 1993 war er deshalb in der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des B.____ hospitalisiert (Urk. 10/52/48). Sodann fiel ihm

am 10. September 1993 bei der Arbeit vom Bockgerüst ein Backstein auf die linke Hand (Urk. 10/96/235) und am 18. Januar 1994 ein Schalbrett auf die Innenseite des linken Handgelenkes (Urk. 10/96/225). Am 4. Februar 1994 wurde bei Verdacht auf ein Sehnen-scheidenganglion im B.____ eine operative Revision durchgeführt (Urk. 10/96/216). In der Folge

meldete sich X.____

am 2

E. 7

. September 1994 wegen eines Morbus Sudeck am linken Arm (Urk. 10/3/5) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug (Berufsberatung, Rente) an (Urk. 10/2-3). Die seitige Abklärung in medizinischer sowie

beruflich-erwerblicher Hinsicht und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 10. April 2000, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 100%, rückwirkend ab 1. Januar 1995 eine ganze Rente zu (Urk. 10/26).

Alsdann teilte die IV-Stelle dem Versicherten nach durchgeführter

Rentenrevision am 26. Oktober 2001 mit, dass die Überprüfung keine rentenbeeinflussende Änderung ergeben

habe, weshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bestehe (Urk. 10/75).

1. 2

Im Zuge der im November 2005 von Amtes wegen eingeleiteten Revision (vgl. Urk. 10/89) gab die IV-Stelle bei der C.____ des D.____ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, welches am 12. Oktober 2007 erstattet wurde (Urk. 10/ 107). Gestützt darauf hob die IV-Stelle, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 31 %, mit Verfügung vom 13. Mai 2008 die Rente des Versicherten auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (Urk. 10/ 124).

Die dagegen von X.____ am 20. Mai 2008 erhobene Beschwerde

(Urk. 10/12 5/3- 4) wies das hiesige Gericht mit Urteil IV.2008.00588 vom 12.

Februar 2010 , welches unangefochten in Rechtskraft erwuchs, ab (Urk. 10/139). 1. 3

X.____

meldete sich am 15. April 2011 bei der IV-Stelle wieder zum Leistungsbezug

an (Urk. 10/144 , Urk. 10/151) . Mit Vorbescheid vom 29. April 2011 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an, dass sie auf sein neues Leistungsbegehren nicht eintreten werde (Urk.

10/151). Dagegen liess der Versicherte am 27. Mai 2011 Einwand erheben (Urk. 10/154). Daraufhin holte die IV-Stelle unter anderem das Gutachten des C.____ vom 27.

März 2012 ein , mit welchem die Gutachter zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten eine stationäre Abklärung empfohlen (Urk.

10/173/ 39). Eine solche Abklärung wurde in der Folge vorerst nicht durchgeführt , sondern die IV-Stelle übernahm namentlich die Kosten für ein Belastbarkeits training ab 10. Dezember 2012. Nach Mitteilungen des Versicherten , wonach er zur Teilnahme nicht in der Lage sei , wurde die seine Eingliederungsmassnahme aller dings am 20. Dezember 2012 wieder abgebrochen (Urk.

10/184, Urk.

10/187- 188) .

Eine stationäre Abklärung des Versicherten wurde schliesslich vom 7. bis

E. 11

]). Seine Entschädigung ist daher nach Ermessen unter Berücksichtigung dessen, dass Rechtsanwalt Christe auch für das Verwaltungsverfahren zum unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bestellt wurde (vgl. Urk. 10 / 257-258), ihm mithin die wesentlichen Akten bekannt waren, auf Fr. 1' 800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen .

6.3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgeschäft (GSVGer) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden dem Beschwerdeführer

aufgelegt , 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 Daniel Christe , Winterthur,

wird mit Fr. 1' 8 00.-- (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 Daniel Christe -
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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
HurstHübscher

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