

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00079 vom 18. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00079

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00079 du 18 juillet 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00079 del 18 luglio 2017

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 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.

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 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).

E. 1.4

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.6

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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 18. Januar 2016 Beschwerde (Urk. 1) mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen

gemäss dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zwecks Erstellung eines psychiatrischen Obergutachtens an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit diese hiernach neu entscheide. Zudem ersuchte der Versicherte um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters (S. 2). Zwecks Nachweis der Bedürftigkeit reichte er sodann am 25. Januar 2016 weitere Unterlagen ein (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung vom 3. Dezember 2015 (Urk. 2) auf den Standpunkt, die Abklärungen hätten ergeben, dass weder aus somatischen noch aus psychischen Gründen ein medizinischer Sachverhalt vorliege, welcher in der Art und Schwere die Voraussetzungen gemäss Art.

E. 2.2

In seiner Beschwerdeschrift vom 18. Januar 2016 (Urk. 1) machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, dass das D.____ in seinem Gutachten vom 3. März 2015 eine erhebliche Veränderung seines Gesundheitszustandes festgestellt habe, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflusse (S. 5 und 11). Die IV-Stelle habe sich in der angefochtenen Verfügung des Weiteren selbst widersprochen.

Zunächst habe sie geltend gemacht, dass keine Diagnosen gemäss Art.

E. 4

f.). Mit Beschwerdeantwort vom 11. April 2016 ersuchte die IV-Stelle um Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Versicherten mit Verfügung vom 19. April 2016 zur Kenntnis gebracht wurde. Gleichzeitig wurde dessen Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters bewilligt (Urk. 11). Die Parteien liess es sich in der Folge nicht mehr vernehmen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Zwischen den Parteien ist strittig, ob die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) zu Recht gestützt auf das D.____-Gutachten von einem nicht invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgegangen ist und das Leistungsbegehren abgewiesen hat (vgl. E. 2.1 f.).

E. 4.2

Zunächst ist das D.____-Gutachten vom 3. März 2015 (Urk. 10/169; vgl. E. 3.9) auf dessen Beweiswert zu überprüfen. Es basiert auf umfassenden internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen. Ergänzend wurde im Labor eine Blut- und Urinuntersuchung durchgeführt (Urk. 10/169/19 ff.).

Die Expertise wurde des Weiteren in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 10/169/4-12). Der Beschwerdeführer konnte gegenüber den einzelnen Gutachtern seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt (Urk. 10/169/

E. 4.3.1

Zu prüfen ist demnach, ob die vom Versicherten in seiner Beschwerdeschrift (Urk. 1) vorgebrachten Rügen die Beweiskraft des D.____-Gutachtens zu schmälern vermögen.

Im Wesentlichen macht der Beschwerdeführer geltend, dass die Schlussfolgerungen im B.____-Gutachten vom 30. Juli 2012 (E. 3.7) nachvollziehbar und objektiv begründet seien. Es sei darauf abzustellen und daher für jegliche Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, weshalb der Versicherte Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe (Urk. 1 S. 13 f.).

Diese Argumentation vermag indes nicht zu überzeugen, da die Diagnosestellung im B.____-Gutachten erwiesenermassen auf unvollständigen Sachverhaltsabklärungen beruht. Der Versicherte weist in diesem Zusammenhang selbst auf die Ausführungen seines behandelnden Psychiaters

med. pract .

H.____ hin (Urk. 1 S. 11 Ziff. 35).

Einerseits hat der psychiatrische Gutachter des D.____ am 5. Dezember 2014 telefonisch mit jenem Kontakt aufgenommen. Es konnte in Erfahrung gebracht werden, dass der Versicherte während der Zeit des Rentenbezuges mehrheitlich in der J.____ gelebt hat, dort seine zweite Ehefrau kennen gelernt hat und ein „Lebemann“ gewesen sei (Urk. 10/169/35). Andererseits kann dem Bericht von med. pract . H.____ vom 29. Dezember 2014 entnommen werden, dass der Beschwerdeführer zwischen 1994 bis 2008 sehr oft - drei bis vier Mal wöchentlich - im Rotlichtmilieu und in Casinos viel Geld ausgegeben und sich ab 2008 mangels finanzieller Mittel zunehmend zurückgezogen habe (E. 3.8). Diese Umstände hat der Versicherte gegenüber sämtlichen Gutachtern - namentlich auch gegenüber Dr. I.____ vom B.____ (vgl. Urk. 10/111/ 10 f. und

E. 4.3.2

Der Rüge des Beschwerdeführers, wonach im D.____-Gutachten zu Unrecht die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung nicht gestellt worden sei (vgl. Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 25 und 30), kann ebenfalls nicht stattgegeben werden. Im psychiatrischen Teilgutachten wurde in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass in Anbetracht des fremdanamnistisch erhobenen Krankheitsverlaufs (vgl. E. 4.3.1 hiervor) an der Wertigkeit der geklagten Beschwerden gezweifelt werden muss und dass das affektive Leiden - die rezidivierende depressive Störung - im Vordergrund steht. Als schlüssig erweist sich daher die Diagnose der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Urk. 10/169/44 f.). Im Übrigen wurde auf die bewusstseinsnahe Darstellung durch den Versicherten und die erhebliche Symptomverdeutlichung hingewiesen (Urk. 10/169/45 und 47), wobei bereits im Rahmen der vorangegangenen gutachterlichen Untersuchungen auf eine Aggravation aufmerksam gemacht wurde (vgl. E. 3.4 f. und 3.7), was seitens des Versicherten denn auch ausdrücklich unbestritten blieb

(Urk. 1 S. 12 Ziff. 39). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt regel mässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2.1).

Nach dem Gesagten ist somit nicht zu beanstanden, dass im psychiatrischen Teilgutachten nicht auf eine somatoforme Schmerzstörung geschlossen wurde.

E. 4.3.3

Der Vollständigkeit halber

ist hinsichtlich der im D.____ -Gutachten diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig höchstens mittelgradige Episode (vgl. E. 3.9), festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Solange therapeutisch angebar fehlt es einer leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankung bereits diagnosebedingt am hinreichenden Schweregrad, um als invalidisierender Gesundheitsschaden gelten zu können (Urteil des Bundesgerichts 8C_753/2016 vom 15. Mai 2017, E. 4.4).

Von einer optimalen Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten kann im vorliegenden Fall keine Rede sein. So gab der Versicherte an, sich nur alle drei bis vier Wochen zu seinem Psychiater in ambulante Behandlung zu begeben (Urk. 10/169/16). Ausserdem offenbarte die Blutanalyse, dass sich die Mehrheit der medikamentösen Wirkstoffe nicht oder nur knapp im Referenzbereich bewegten (Urk. 10/169/21). Dem D.____ -Gutachten lässt sich ausserdem entnehmen, dass eine stationäre Behandlung indiziert, bis anhin aber nicht durchgeführt worden sei (Urk. 10/169/46). Aus all diesen Gründen kann nicht von einer Therapieresistenz ausgegangen werden und demzufolge entfaltet die rezidivierende depressive Störung keine invalidisierende Wirkung.

E. 4.3.4

Insgesamt ist damit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin berechtigterweise zum Schluss gelangt ist, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Im polydisziplinären Konsens wurde die Arbeitsfähigkeit im D.____ -Gutachten zwar auf 50-80 % geschätzt (Urk. 10/169/50). Da indes zum einen die im Vordergrund stehende depressive Erkrankung - wie soeben dargelegt - invalidenversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigen ist und zum anderen aus rein rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit in angepasster (leichte bis mittelschwere) Tätigkeit von 80 % besteht (Urk. 10/169/31 und 50), ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 %

vorliegt. Bei der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers (Betriebsmitarbeiter in einer Druckerei, Kontrolle von Maschinen und Drucksätzen) handelte es sich den Angaben des Beschwerdeführers zu Folge um keine körperlich schwere und damit um eine grundsätzlich angepasste Tätigkeit (vgl. Urk. 10/169/14). 4. 4

Schliesslich besteht entgegen der Auffassung des Versicherten (Urk. 1 S. 14 Ziff. 47) aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage auch kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2007 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Wie sich gezeigt hat, gingen namentlich die Gutachter der B.____ und des D.____ von einem unterschiedlichen Sachverhalt aus, wodurch sich erhebliche Abweichungen in der psychiatrischen Einschätzung ergaben. Entscheidende Sachverhaltselemente konnten zwischenzeitlich allerdings geklärt werden und fanden Eingang in das beweiskräftige D.____ -Gutachten vom 3. März 2015 (vgl. E. 4.3 ff. hiervor).

E. 4.5

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Versicherten berechtigterweise verneint hat, da es an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden fehlt. Entgegen dem Eventualantrag des Beschwerdeführers besteht auch kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich daher als rechtmässig, weswegen die Beschwerde abzuweisen ist. 5.

5.1

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis I VG) und ermessensweise auf Fr. 8'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk. 11) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.2

Mit Verfügung vom 19. April 2016 (Urk. 11) wurde dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Christoph Erdös als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt. Mangels Vorliegens einer Honorarnote ist dessen Entschädigung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses festzulegen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich [GSVGer]). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Rechtsanwalt Christoph Erdös den Versicherten bereits in vorangegangenen Beschwerdeverfahren und im Verwaltungsverfahren vertreten hat. Im Hinblick darauf sowie auf vergleichbare Fälle ist die Prozessentschädigung auf Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. 5.3

Der Beschwerdeführer ist auf §

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG vorliegen würden. Gleichzeitig habe sie vorgebracht, dass aufgrund einer Aggravation die Arbeitsfähigkeit trotz der bekannten Diagnosen nicht festgestellt werden könne (S. 7). Der Beschwerdeführer beanstandete ausser dem verschiedene Widersprüche im D.____ -Gutachten (S. 9 f.).

Dagegen seien die Schlussfolgerungen im B.____ -Gutachten nachvollziehbar und objektiv begründet. Der Beschwerdeführer sei demnach weder in seiner angestammten noch in einer Verweistätigkeit arbeitsfähig und habe Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (S. 13 f.).

3. 3.1

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stellt sich im Wesentlichen wie folgt dar:

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 5. Februar 1998 fest, dass ein schweres depressives Zustandsbild sowie ein Verdacht auf eine depressive schizoide affektive Störung bestehe. Der Versicherte leide unter anderem an andauernden Schmerzen im Schulter-Nackengebiet mit Ausstrahlung und Funktionsstörung bis in die rechte Hand, Schlafstörungen, ständiger Müdigkeit und Antriebslosigkeit. Seit dem 15. Oktober 1997 bestehe bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/6/1 f.). 3.2

Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie, erachtete die Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit Dezember 1995 als zu 100 % eingeschränkt. Nebst dem depressiven Zustand lägen namentlich ein Cervicobrachialsyndrom, Diskusveränderungen sowie muskuläre Verspannungen vor (Urk. 10/10/2 f.).

Am 20. Oktober 2000 äusserte sich Dr. F.____ sodann dahingehend, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stationär und weiterhin keine Arbeit zumutbar sei (Urk. 10/16). 3.3

In seinem Bericht vom 1. Juni 2006 führte Dr. med. G.____ die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 10/29/1): - Chronisches cervicobrachiales Schmerzsyndrom rechts seit Juli 1996 - Anhaltende depressive Störung seit 1996 - Anhaltende somatoforme Störung seit 1996

Die Chronifizierung der Störungen sei derart fortgeschritten, dass sowohl kurz-, mittel- als auch langfristig nicht mehr mit einer Besserung des Zustandes gerechnet werden könne. Die Arbeitsfähigkeit sei in jedweder Tätigkeit zu 100 % eingeschränkt (Urk. 10/29/3). 3.4

Dem Z.____ -Gutachten vom 18. Oktober 2007 lassen sich die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen (Urk. 9/38/10): - Verdacht auf Dysthymie bei anamnestisch Status nach schwerem depressivem Zustandsbild 1998 - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber unter anderem ein leicht ausgeprägtes Carpal-Tunnelsyndrom rechts und eine stammbetonte Adipositas (BMI 32.9).

Im Rahmen der internistischen Begutachtung habe der Beschwerdeführer angegeben, er habe sich 1992 am Arbeitsplatz die rechte Hand eingeklemmt. Seither habe er Schmerzen im ganzen rechten Arm. Im weiteren Verlauf sei er durch die unerträglichen Schmerzen depressiv geworden und habe nicht mehr arbeiten können. Er habe keine Kraft mehr, schlafe sehr schlecht und habe auch episodisch Bauchschmerzen, welche mit Verstopfung einhergehen würden (Urk. 10/38/4). Aus rein internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit trotz Adipositas und chronischer Obstipation jedoch nicht eingeschränkt (Urk. 10/38/6).

Auch die neurologische Untersuchung habe ergeben, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht beeinträchtigt sei. Während der Anamneseerhebung habe dies er den rechten Arm und die rechte Hand nicht bewegt und diese auf den Oberschenkel gehalten. Diskrepanz hierzu sei die vollkommen freie Beweglichkeit des rechten Armes in

unbeobachteten Momenten wie etwa beim An- und Entkleiden. Beim Verschieben des Körpers in sitzender Haltung habe sich der Beschwerdeführer zudem auf beide Arme abgestützt. Nach der Exploration habe sich sodann eine freie Benutzung des rechten Armes beim Telefonieren mit dem Handy beobachten lassen. Während der Untersuchung sei im Sinne einer Verdeutlichungstendenz ein ausgeprägtes Giving-way beim Prüfen der Kraft des rechten Armes auffällig geworden. Neurologische Befunde hätten sich indes nicht erheben lassen. Weder die Beweglichkeit der rechten oberen Extremität noch der Wirbelsäule sei beeinträchtigt gewesen (Urk. 10/38/18 und 20).

Der psychiatrischen Teilexpertise lässt sich entnehmen, dass der Versicherte nicht mehr in psychiatrischer Behandlung sei und zudem das Antidepressivum nicht regelmässig einnehme. Insgesamt sei aufgefallen, dass er praktisch alle Fragen mit „ich weiss nicht“ beantwortet habe. Alle Details hätten mit Mühe und Not in Erfahrung gebracht werden können. Es müsse davon ausgegangen werden, dass das depressive Bild, welches der Explorand zeige, seine Apathie sowie seine fehlende Kontaktaufnahme und Kooperation zu einem Teil willentlich gesteuert seien. Das eventuell darunter liegende dysthyme und bedrückte Lebensgefühl könne nicht abschliessend beurteilt werden, da der Versicherte nicht kooperiert habe. Mit grosser Wahrscheinlichkeit liege lediglich eine leichte depressive Verstimmung im Rahmen der vermuteten Dysthymie vor .

Der auf seine Symptome fixierte Versicherte werde seine Passivität kaum aufgeben wollen (Urk. 10/38/27). Aus rein psychiatrischer Sicht sei maximal von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 20 % auszugehen (Urk. 10/38/9).

Gemäss polydisziplinärem Konsens bestehe sowohl im angestammten Beruf als auch in einer körperlich mässig belastenden Verweistätigkeit eine mindestens 80%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/38/12). 3.5

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 24. August 2008 eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) sowie Aggravation, allenfalls auch Simulation (ICD-10 Z76.8; Urk. 10/58/ 15 und 17).

Beim Hinsetzen und Sitzen habe der Beschwerdeführer eine Schonhaltung des rechten Armes eingenommen. Bei spontanen Aktivitäten habe sich diese Schonhaltung allerdings nicht gezeigt; auch sei dann keine oder - vereinzelt - nur mit deutlicher Verzögerung eine Schmerzbekundung erfolgt. Der Explorand habe ferner Konzentrations- und Gedächtnisstörungen angegeben, sei jedoch während des ganzen Gesprächs konzentriert geblieben. Beim Hinausgehen habe er dem Gutachter ohne Schonhaltung die Hand zum Abschied gegeben (Urk. 10/58/7).

Anlässlich der Exploration hätten sich des Weiteren eine verminderte affektive Modulationsfähigkeit, allenfalls ein verlangsamtes Denken und ein leicht verminderter Antrieb feststellen lassen. Es hätten sich grosse Inkonsistenzen in der Motorik, vor allem aber auch bei der Prüfung der kognitiven und mnestischen Funktionen gezeigt. Es hätten sich somit weitgehend die im Z.____-Gutachten erhobenen massiven Inkonsistenzen bezüglich körperlicher und psychischer Symptomatik erkennen lassen. Der Versicherte habe zwar in der affektiven Modulationsfähigkeit eingeschränkt und affektstarr gewirkt sowie Bedrücktheit und Traurigkeit angegeben. Er sei jedoch während über zwei Stunden konzentriert gewesen, habe den Gutachter teilweise korrigiert und sich falsche Antworten merken respektive diese wiederholen können. Eindringlich sei ein offensichtliches, gar plumpes pseudo-dementes Verhalten gewesen. Es sei ausserordentlich schwierig gewesen,

bei einer zu vermutenden Aggravation mit Verdacht auf Simulation eine gültige psychiatrische Diagnose zu stellen (Urk. 10/58/12 f.).

Zusammenfassend müsse im vorliegenden Fall aufgrund des allgemeinen, weitgehend besonnenen Verhaltens des Beschwerdeführers davon ausgegangen werden, dass die Symptomatik weitgehend willentlich gesteuert sei und keine Diagnose im Sinne einer konversiv -dissoziativen Störung bestehe. Aus gutachterlicher Sicht liege eine mehr oder weniger bewusstseinsnahe Aggravation - allenfalls auch eine Simulation - auf dem Boden einer seit über zehn, allenfalls 15 Jahren bestehenden Dysthymie vor. Dabei nehme der Versicherte eine passive Krankenrolle ein, welche durch die Rentenrevisionen jeweils noch zusätzlich Bestätigung gefunden habe (Urk. 10/58/15). Vor diesem Hintergrund betrage die Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit, bei welcher das gestörte Verhalten zu Dritten keine entscheidende Rolle spiele, etwa 80 % . Jedenfalls liege die Arbeitsfähigkeit mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht unter 60 % und könne nach erfolgtem Arbeitstraining auch 100 % betragen (Urk. 10/58/17). 3.6

In seinem Bericht vom 19. März 2012 hielt pract . med. H.____ fest, dass eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit (ICD-10 F62.1) bestehe. Der Versicherte leide insbesondere an grundloser Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, reduziertem Konzentrations- und Aufmerksamkeitsvermögen , Existenzängsten, Antriebslosigkeit und Erschöpfung (Urk. 10/102/1). Die depressive Symptomatik habe sich seit November 2011 verstärkt; die schwere Erkrankung der Ehefrau habe den Beschwerdeführer in letzter Zeit deutlich belastet. Er habe auch ständig Suizidgedanken und befinde sich in einer ausweglosen Situation. Es finde nebst einer ambulanten psychiatrischen Gesprächstherapie eine medikamentöse Behandlung statt (Urk. 10/102/2). 3.7

Dr. med. I.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und leitender Arzt am B.____ , lege am 30. Juli 2012 sein psychiatrisches Gutachten vor (Urk. 10/111). Er stellte die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit , welche spätestens 1996 eingetreten seien (Urk. 10/111/24): - Anhaltende depressive Störung, mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit würden dagegen folgende Diagnosen zeitigen (Urk. 10/111/25): - Adipositas - Chronische Obstipation bei Colon irritabile - Leicht ausgeprägtes Carpaltunnelsyndrom rechts - Hypercholesterinämie

Der Krankheitsverlauf sei sehr typisch für eine schwere, anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Nach einem Bagatellunfall seien Schmerzen aufgetreten, wobei das subjektive Leiden nur ungenügend mit den somatischen Befunden habe erklärt werden können. Zusätzlich habe sich eine depressive Störung entwickelt. Verschiedene Therapien hätten keine Besserung gebracht und die komorbiden Störungen hätten sich chronifiziert (Urk. 10/111/17). Der Schmerz scheine beim Exploranden immer im Vordergrund seines subjektiven Leidens gestanden zu haben (Urk. 10/111/18). Allerdings stehe ausser Zweifel, dass er anlässlich der Erstellung der früheren Gutachten aggraviert habe. Auch im Rahmen der jetzigen Untersuchung hätten sich Befunde gezeigt, die sich psychiatrisch nicht erklären lassen würden. Die Resultate der einfachen Konzentrations- und Gedächtnistests seien unmöglich schlecht gewesen. Diese würden jedoch nicht nur gegen den Versicherten sprechen , denn dieser erscheine nicht als ein dreister Simulant, der sich mit viel krimineller

Energie auf ein Gutachten vorbereitet habe. Vielmehr sei es wahrscheinlich, dass er in sehr naiver Weise versuche, den Gutachter von seinem subjektiv realen Leiden zu überzeugen. Eine deutlichere Symptomdarbietung sei gerade bei Menschen mit somatoformer Schmerzstörung häufig (Urk. 10/111/19). Das Vorliegen von Libidoverlust, Morgentief, psychomotorischer Hemmung und der Unfähigkeit auf freudige Ereignisse emotional zu reagieren erlaube ausserdem die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischem Syndrom (Urk. 10/111/22).

In Anbetracht dieser Umstände sei die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Arbeitsverhältnis vollständig aufgehoben. Dass es dem Versicherten an einzelnen Tagen besser gehe, begründe alleine keine Arbeitsfähigkeit, da nur tageweise und nicht planbar einsetzbare Mitarbeiter für einen Betrieb unbrauchbar seien. Eine angepasste Tätigkeit gebe es nicht (Urk. 10/111/25). Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit spätestens 1997 und es gebe keine Hinweise in den Akten oder Befunde in der Untersuchung, dass sich diese im Verlauf verändert haben sollte (Urk. 10/111/26). 3.8

Med. pract .

H.____ ging in seinem Bericht vom 29. Dezember 2014 von folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 10/167/1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Pathologisches Spielen, aktuell remittiert (ICD-10 F63.0)

Eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen Anteilen (ICD-10 Z73) sowie eine soziale Ausgrenzung durch die Ursprungsfamilie (ICD-10 Z60.4) seien ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/167/1).

Es sei zu betonen, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten zunehmend verschlechtert habe. Er berichte insbesondere über starke Erschöpfungszustände, starke Ein- und Durchschlafstörungen, Zukunftsängste, fehlende Lebensfreude und passive Todeswünsche (Urk. 10/167/2). Hinsichtlich der Lebensgeschichte des Beschwerdeführers sei namentlich zu ergänzen, dass er zwischen 1994 bis 2008 sehr oft im Rotlichtmilieu und in Casinos viel Geld (circa drei bis vier Mal pro Woche Fr. 400.-- bis 600.--) ausgegeben habe. Seit 2008 habe er sich zunehmend zurückgezogen, da er kein Geld mehr habe. Es hätten zwecks Deeskalation mehrere ungeplante Paarsitzungen wegen erneutem Spielen durchgeführt werden müssen, da der Versicherte die finanzielle Knappheit durch Eingehen von Schulden bei Freunden und anschliessendes Spielen zu bessern versucht habe. Er bagatellisiere jedoch weiterhin sein Verhalten (Urk. 10/167/3). Für eine Tätigkeit als Hilfsarbeiter bestehe seit Januar 2012 dauerhaft eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 10/167/4 f.). 3.9

Dem polydisziplinären Gutachten des D.____, vom 3. März 2015 lassen sich die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen (Urk. 10/169/47): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig höchstens mittelgradige Episode - Erhebliches regressives dysfunktionales Verhalten - Erhebliche Symptomverdeutlichung - Mit bewusstseinsnaher Steuerung - Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen - Chronische Zervikobrachialgie rechts - Intermittierendes Lumbovertebralsyndrom bei Spondylarthrosen L3-S1

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber insbesondere die Adipositas, Spannungskopfschmerzen und subakute distale dorsale Beinschmerzen rechtsbetont

myotendinogener Genese (Urk. 10/169/47 f.).

Aus allgemeinmedizinischer und internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, weder für leichte noch für mittelschwere Arbeiten. Zusätzlich wurde darauf hingewiesen, dass die anamnestischen Angaben des Versicherten häufig unpräzise und zum Teil nicht konsistent gewesen seien, namentlich in Bezug auf seine Sozialkontakte (Urk. 10/169/23).

Zum rheumatologischen Status wurde sodann ausgeführt, dass der Beschwerdeführer seit 20 Jahren an einem Schmerzsyndrom am rechten Nacken und Arm leide, welches sich als Folge eines Unfalls am Arbeitsplatz mit Quetschung der rechten Hand in einer Druckmaschine entwickelt habe. Die Beschwerden hätten sich in den letzten anderthalb Jahren verstärkt (Urk. 10/169/29). Bei erhaltener Beweglichkeit der Halswirbelsäule seien degenerative Veränderungen zumindest klinisch nicht anzunehmen. Für eine Schulterpathologie hätten sich aktuell keine Hinweise finden lassen und die Handfunktion rechts sei unauffällig gewesen (Urk. 10/169/30). Es handle sich um eine Schmerzchronifizierung, wobei das angegebene Schmerzausmass mit einer Stärke zwischen 6 bis 9 von 10 sowie die erlebte Einschränkung im Alltag aus rheumatologischer Sicht nicht nachvollziehbar seien. Leichte bis intermittierend mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten seien dem Versicherten zumutbar. Repetitive Halte- oder Überkopfarbeiten der Arme oder Tätigkeiten in Zwangshaltungen der Halswirbelsäule seien zu vermeiden. Unter diesen Voraussetzungen liege die Arbeitsfähigkeit bei 80%, mit 100% Präsenz und 20% vermindertem Rendement bei chronischer Schmerzproblematik (Urk. 10/169/31).

Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung sei ein ähnliches Bild entstanden wie bei den Begutachtungen in den Jahren 2007 und 2008. Der Versicherte habe sich psychomotorisch verlangsamt, antriebslos, in seinen Angaben vage und zunächst auch wenig kooperativ gezeigt, sodass er aufgefordert werden müsse, mehr zu kooperieren. Die Beurteilung der nach Ansicht des Gutachters willentlichen Steuerung des psychopathologischen Bildes sei äusserst schwierig gewesen, aktuell sei aber doch von einer als krankheitswertig zu bezeichnenden depressiven Episode einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Der Explorand sei heute in seiner Willensbildung effektiv aufgrund eines affektiven Leidens teilweise eingeschränkt. Darüber hinaus bestehe sicherlich aufgrund der Renteneinstellung eine schwierige psychosoziale Situation, welche der Versicherte nach seinem Willen wieder verändern möchte. Im Rahmen einer Konsenskonferenz habe der behandelnde Arzt med. pract. H. ___ ebenfalls ein effektives depressives Zustandsbild geschildert. Gleichzeitig sei aber offenbar geworden, dass der Versicherte anlässlich früherer Begutachtungen den effektiven Sachverhalt unkorrekt geschildert habe. Die Lebensgeschichte des Exploranden stelle sich daher heute völlig anders dar. Beispielsweise habe er sich während der Zeit des Rentenbezuges oft - wenn nicht gar mehrheitlich - in der J. ___ aufgehalten und seine zweite Ehefrau nicht nur einmal für eine Woche gesehen. Zusammenfassend sei heute

aber doch von einer erheblichen affektiven Belastung des Versicherten mit einer damit verbundenen massiven regressiven Entwicklung auszugehen. Es liege jedoch auch eine bewussteinnahe Ausgestaltung vor (Urk. 10/169/41 ff.). Aus rein psychiatrischer Sicht sei dem Versicherten eine leichte körperliche Tätigkeit teilzeitlich zumutbar (Urk. 10/169/46).

Gemäss polydisziplinärem Konsens werde der Beschwerdeführer heute in jedwe der Tätigkeit als zu circa 50-80 % einsetzbar erachtet. Es bestehe eine volle zeitliche Präsenzmöglichkeit mit vermindertem Rendement. Eine exakte Einschätzung sei aufgrund der Aggravation nicht möglich. Insgesamt bestehe aber im Gegensatz zum Gutachten von Dr. A. ___ eine Verschlechterung der krankheitswertigen Faktoren, weshalb eine volle Arbeitsfähigkeit heute ausgeschlossen sei (Urk. 10/169/50). 4.

E. 12

ff., 24 ff. und

34 ff.). Insbesondere im Rahmen der psychiatrischen Exploration konnte er sich zu diversen Themenbereichen wie seinem beruflichen Werdegang, dem gewöhnlichen Tagesablauf und der familiären Situation äussern (Urk. 10/169/ 34 und 36 ff.). Zusätzlich wurde Rücksprache mit einem Bekannten des Versicherten sowie dem behandelnden Psychiater genommen (Urk. 10/169/34 f.). Die geklagten Leiden fanden im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei diese wie auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit überzeugend dar gelegt und erläutert wurden (Urk. 10/169/22 f., 29 ff., 40 ff. und 47 ff.). Soweit möglich erfolgte im Weiteren eine ausführliche und schlüssige Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 10/169/23, 32, 40 ff. und 51 f.). Insgesamt erfüllt das polydisziplinäre D. ___ -Gutachten sämtliche praxismässigen Kriterien an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. E. 1.6).

E. 16

Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an den unentgeltlichen Rechtsvertreter verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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 Christoph Erdös, Zürich,

wird mit Fr. 2'000.-- (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 Christoph Erdös - 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. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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
Spitzwüsch

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