

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00532 vom 22. Juni 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00532](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00532)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00532 du 22 juin 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00532 del 22 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1965 und zuletzt tätig als Briefträger und Innendienstmitarbeiter bei der Y.\_\_\_\_, meldete sich am 30. April 2007 (Eingangdatum) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf starke Rückenschmerzen/Diskushernien zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte insbesondere das psychiatrische Gutachten von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Juli 2008 ein (Urk. 7/30). Mit Verfügung vom 2. Dezember 2008 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk. 7/46).

Am 13. Juni 2013 (Eingangdatum) meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 7/62). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und stellte mit Vorbescheid vom 30. April 2014 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/76). Nachdem der Versicherte am 26. Mai 2014 Einwand erhoben hatte (Urk. 7/80; ergänzende Einwandbegründung vom 10. Juli 2014, Urk. 7/90) tätigte die IV-Stelle weitere Abklärungen und holte insbesondere das interdisziplinäre medizinische Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2015 ein (Urk. 7/109). Mit Schreiben vom 25. November 2015 wurde dem Versicherten Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben (Urk. 7/112), wovon er am 14. Dezember 2015 Gebrauch machte (Urk. 7/116). Mit Verfügung vom 8. April 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie vorbeschieden ab (Urk. 2).

### **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte am 4. Mai 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihm Leistungen der Invalidenversicherung zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um unentgeltliche Prozessführung und Bestellung von Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler als unentgeltlichen Rechtsbeistand (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 10. Juni 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-124), was dem Beschwerdeführer am 14. Juni 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Mit Eingaben vom 20. Juni 2016 (Urk. 9) und vom 26. September 2016 (Urk. 12) reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte ein (Urk. 10 und Urk. 13), wovon die Beschwerdegegnerin jeweils in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 11 und Urk. 14).

#### **E. 2.1**

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

## **E. 2.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 2.3**

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. Rechtsprechungsgegenstand 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 Bundesgerichtes 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2014

## **E. 2.4**

Nach neuer Gerichtspraxis ist bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) die Anerkennung einer rentenbegründenden Invalidität nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand von Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind ( BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_28/2016 vom 25. April 2016 E. 3.2). Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt (BGE 141 V 574 E. 2). Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen (BGE 141 V 574 E. 2; vgl. BGE 141 V 585 E. 5.3, BGE 141 V 281 E. 3.7.2, BGE 139 V 547 E. 8.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichtes 8C\_1/2016 vom 22. Februar 2016 E. 2.2 unter Hinweis auf BGE 140 V 290 E. 4.1).

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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin - dern der 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 Bundes - gerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundes gerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

## **E. 2.5**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der

gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechts anwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 3.

Die aktuelle medizinische Aktenlage präsentiert sich folgendermassen:

### **E. 3**

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) 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. 3.1**

Im interdisziplinären Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2015 werden die bis zur Begutachtung des Beschwerdeführers aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst (Urk. 7/109/4 ff.), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen.

Die begutachtenden Ärzte des A.\_\_\_\_ hielten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/109/40): - Depressive Episode, gegenwärtig mittelschwer ausgeprägt - Chronisches Lumbovertebral-Syndrom mit /bei: - pseudoradikulärer Irritation links - belastungsabhängig aktivierbarer lumbosacraler Facettengelenksarthrose bei hochgradiger muskulärer Insuffizienz - Osteochondrose L5/S1 mit Status nach paramedian rechtsseitiger Diskushernie und Kompression der

Wurzel S1 rechts (MRI 26.03.2013), im Verlauf regredient (MRI 17.01.2014) - radiologisch ohne pathologischen Befund (Rx vom 25.03.2015) - Chronische Knieschmerzen rechts mit ligamentärer Insuffizienz Grad I - Status nach Kreuzbandruptur circa 1988, konservativ behandelt - radiologisch ohne pathologischen Befund (Rx 25.

03.2015)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie folgende Diagnosen (Urk. 7/109/40): - Somatoforme Schmerzstörung - Chronisches cervicovertebrogenes Schmerzsyndrom bei Tendomyosen und Haltungsinsuffizienz - Verdacht auf mediale Meniscopathie linkes Knie (Hinterhorn) - Schulterschmerzsyndrom links mit ACG-Reizzustand bei Status nach Trauma 1993 - Leichtgradige Karpaltunnelsyndrome beidseits - Schwerhörigkeit beidseits, binaural versorgt - Chronischer Nikotinabusus (22 packyears) - Anamnestisch Status nach traumatischem Pneumothorax rechts 1986

Der Beschwerdeführer gebe seit 2007 konstant vorhandene, belastungsabhängige verstärkte Kreuzschmerzen etwas linksbetont an, verbunden mit einer eingeschränkten Beweglichkeit und einer Ausstrahlung ins linke Bein vorwiegend hinten bis zum Knie, zum Teil bis zu den Zehen. Bei der klinischen Untersuchung finde sich eine thorakal linkskonvexe Torsions skoliose der Wirbelsäule. Die paravertebrale Lendenwirbelsäulen(LWS) -Muskulatur sei links betont leicht vermehrt gespannt. Druckdolenz würden lumbosacral angegeben. Die aktive Beweglichkeit sei massiv eingeschränkt. Die Nervendehnungstests an den Beinen seien negativ, der ASR sei rechts etwas schwächer als links auslösbar, über eine Schmerzhemmung hinausgehende Paresen fehlten; die Sensibilität gebe der Beschwerdeführer am dorso lateralen linken Oberschenkel als vermindert an (Urk. 7/109/41 ff.) .

Klinisch liege ein chronisches Lumbovertebral-Syndrom vor, wobei der objektivierbare Befund eher diskret sei. Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik am linken Bein ergäben sich bis auf allenfalls die - für die Beurteilung nicht relevante - Sensibilitätsstörung am dorso lateralen Oberschenkel keine. Auch kernspintomographisch habe nie eine Wurzelirritation links vorgelegen: Die MRI-Bilder vom 26. März 2013 zeigten eine medio-rechtslaterale Diskushernie lumbosacral mit Irritation der Wurzel S1 rechts. Dieser Befund dürfte die im Status vorliegende leichte ASR-Abschwächung rechts erklären. Auf den letzten zur Verfügung stehenden MRI-Bildern der LWS vom 17. Januar 2014 sei dieser Befund deutlich regredient und eine Wurzelkompression nicht mehr zu erkennen; auch hier stelle sich die linke Seite unauffällig dar. Der degenerative MRI-Befund sei isoliert auf der lumbosacralen Höhe, sämtliche übrigen Niveaus stellen sich normal dar. Konventionell-radiologisch ergebe sich an der LWS keinerlei pathologischer Befund (25. März 2015).

Zusammengefasst liege ein chronisches Lumbovertebral-Syndrom mit einer pseudoradikulären Irritation links vor. Kernspintomographisch finden sich degenerative Veränderungen auf Höhe L5/S1 mit zuletzt einer Protrusion auf der klinisch asymptomatischen rechten Seite. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und deren Auswirkungen im Alltag und bei der Arbeit zu den objektivierbaren Befunden. Es sei von einer Schmerzfehlerverarbeitung auszugehen respektive auch von einer funktionellen Überlagerung; so sei zum Beispiel nicht ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer nicht auf die Zehenspitzen stehen oder auf ihnen gehen könne. Diese Diskrepanz respektive Schmerzfehlerverarbeitung interpretieren sie im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung (siehe unten den psychiatrischen Abschnitt) .

Als weitere Symptome würden Schmerzen seitens des rechten Kniegelenkes genannt. Diese würden auf einen Unfall 1987 (1989?) mit vorderer Kreuzbandverletzung zurückgeführt. Die Behandlung sei damals konservativ erfolgt. Die Belastung des rechten

Kniegelenkes, speziell unter Beugung, werden als schmerzhaft bezeichnet. Bei der Untersuchung ergaben sich klinisch diskrete Zeichen einer Früharthrose mit Randwulstbildung am medialen Gelenkspalt, des Weiteren das Muster einer anterolateralen Instabilität Grad I. Die Röntgenaufnahmen des rechten Kniegelenkes vom 25.03.2015 ergaben jedoch keine Arthrosezeichen.

Es handle sich somit um einen leichten degenerativen Reizzustand des rechten Kniegelenkes bei leichter ligamentärer Insuffizienz mit möglichem initialem Knorpelschaden als mögliche Folge eines Unfalles 1987 (Datumangaben zur Kreuzbandverletzung variieren, es würden auch 1989 und 1988 angegeben). Die Belastbarkeit des rechten Kniegelenkes sei durch die Funktionsstörung leicht beeinträchtigt.

Aus psychiatrischer Sicht besteht aktuell eine depressive Episode, die mittelgradig ausgeprägt sei. Die depressive Reaktion sei im Rahmen einer Anpassungsstörung bereits im Oktober 2008 beschrieben worden. Im weiteren Verlauf sei es zu wechselhafter Ausprägung gekommen. Die depressive Episode sei im Juni 2014 als schwer klassifiziert worden. Aktuell sei von einer mittelgradigen Depression auszugehen. Es liege neben dem depressiven Bild eine Schmerzproblematik vor, die somatisch nicht vollständig erklärbar sei. Sie

gingen vom zusätzlichen Vorhandensein einer somatoformen Schmerzstörung aus. Im Rahmen der Depression habe der Beschwerdeführer vermehrt Ängste und zeige einen ausgeprägten sozialen Rückzug.

Die letzte regulär ausgeübte Tätigkeit sei die eines Briefträgers bis 2007 zu 100 % und zwischen 2007 und bis 31. März 2009 noch zu 50 % im Innendienst bei der Y.\_\_\_\_ gewesen. Abgestützt auf den „Fragebogen für Arbeitgebende: Berufliche Integration“ der Y.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2007 könne davon ausgegangen werden, dass die Tätigkeit als Briefträger angepasst gewesen sei, nur selten seien schwerere Arbeiten auszuüben gewesen.

Aus somatischer Sicht könnten körperlich leichte bis intermittierend mittel schwere Tätigkeiten im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen unter Vermeidung von Arbeiten mit häufigem Bücken, Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, Vermeiden von häufigem Gehen auf unebenem Boden, Treppensteigen, sowie Besteigen von Leitern und Gerüsten vollumfänglich ausgeübt werden. Aus psychiatrischer Sicht beurteilen sie die Arbeitsfähigkeit zum aktuellen Zeitpunkt als bei 50 % liegend. Der Beschwerdeführer brauche jedoch eine Hilfestellung beim Wiedereinstieg in eine Arbeitstätigkeit. Konkret schlägen sie vor, dass dies zunächst im geschützten Bereich im Rahmen eines Arbeitsstrainings stattfindet. Unter günstigen Bedingungen beurteilen sie die Chance als gut, dass mit Aufhellung des psychischen Zustand es auch die Arbeitsfähigkeit dann weiter gesteigert werden könne. Schwierig sei eine Aussage zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit.

Dr. Z.\_\_\_\_ habe den Beschwerdeführer 07/2008 mit der Diagnose Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion als zu 100 % arbeitsfähig beurteilt. Dann fehlten psychiatrische Einschätzungen bis zum Bericht der B.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2014, wobei der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, als noch zu 20 bis 30 % arbeitsfähig beurteilt wurde. Er sei seit dem 4. Oktober 2013 in dieser Institution in Behandl

ung gestanden. Pragmatisch gingen

sie davon aus, dass ab dem Datum eine 70%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe mit ab Gutachtensdatum der oben genannten von 50 % .

### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer reichte mit seiner Stellungnahme vom 14. Dezember 2015 (Urk. 7/116) den Kurzaustrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 10. August 2015 (Urk. 7/115) ein. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten anlässlich des stationären Aufenthaltes vom 28. Juli bis zum 1. August 2015 zur medikamentösen Umstellung von Cipralex auf Sertralin bei insuffizienter antidepressiver Wirkung 1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) und 2) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41).

Der Beschwerdeführer berichtet über eine aktuell vorhandene Exacerbation seiner langjährigen depressiven Symptomatik im Rahmen diverser psychosozialer Belastungsfaktoren. Die Umstellung sei komplikationslos erfolgt. Tritico sei bei mangelhafter Schlafqualität in der Dosis von 25 mg auf 50 mg erhöht worden mit positiver Konsequenz. Die Empfehlung einer stationären Psychotherapie im weiteren Verlauf zur Aufarbeitung diverser Problemthemen lehne er wiederholt ab. Zur Erleichterung der Haushaltsführung bei deutlichem Leidensdruck stellten sie beim Sozialdienst der Wohngemeinde einen Antrag zur Organisation einer Haushaltshilfe. Eine Medikamentendosette sei dem Beschwerdeführer zur Sicherstellung der regelmässigen Medikamenteneinnahme nach Hause mitgegeben worden, da er berichtet habe, sich wiederholt nicht daran erinnern zu können, die Medikamente eingenommen zu haben oder nicht. Der Austritt sei geplant erfolgt unter deutlicher Distanzierung von handlungsrelevanter Suizidalität. 4. 4.1

Das interdisziplinäre Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2015 erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 2. 4 ). Es beruht auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 7/109/4 ff. ) abgegeben und würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig (Urk. 7/109/15; Urk. 7/109/22; Urk. 7/109/31; Urk. 7/109/37 f.; Urk. 7/109/43) . Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist grundsätzlich einleuchtend und das Gutachten ist schlüssig.

Bei der Würdigung eines Gutachtens gilt es jedoch zu beachten, dass ein Gutachten zwar zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen hat und diese Ausführungen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bilden, es jedoch letztlich der rechtsanwendenden Behörde - der Verwaltung oder, im Streitfall, dem Gericht - obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im Rechtssinne, bejahendenfalls eine solchen rentenbegründender Art eingetreten ist. Es ist folglich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar, einem Gutachten vollen Beweiswert zuzuerkennen, jedoch von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 f. mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_3/2015 vom 20. Mai 2015 und 9C\_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1 mit Hinweisen). 4.2

Aus dem Gutachten geht klar hervor, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht alle körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeiten im Wechsel von Sitzen,

Stehen und Gehen unter Vermeidung von Arbeiten mit häufigem Bücken, Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, Vermeiden von häufigem Gehen auf unebenem Boden, Treppensteigen, sowie Besteigen von Leitern und Gerüsten vollumfänglich ausüben kann (Urk. 7/109/43). Dies ist anhand der erhobenen Befunde und Diagnosen nachvollziehbar und schlüssig und blieb auch seitens der Parteien unbestritten (vgl. E. 1). 4.3 4.3 .1

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, 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). 4.3.2

Der Beschwerdeführer wurde seit dem 4. Oktober 2013 im Ambulatorium des B.\_\_\_\_ therapiert. Die Behandlung bestand dabei aus supportiven psychotherapeutischen Gesprächen in 2-3 wöchentlichen Abständen und antidepressiver Pharmakotherapie. Des Weiteren erfolgte eine Psychoedukation zum Zusammenhang zwischen Depression und Schmerz sowie allgemeiner Alltagsbewältigung, eine Einführung in die Themen Körperwahrnehmung und Achtsamkeit sowie das Erlernen des Umgangs mit den bestehenden somatischen Symptomen (Urk. 7/89/1 und Urk. 7/89/3). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung gab der Beschwerdeführer an, dass er zweimal pro Monat zum Psychiater gehe, im Notfall auch ohne Termin. Die Einweisung in eine psychiatrische Klinik sei diskutiert worden, er wolle jedoch nicht dorthin, weil er keinen Kontakt zu anderen Menschen haben möchte. Eine intensivere ambulante Therapie sei jedoch in Diskussion. Als Medikament nehme er Cipralex und Trittico sowie Schmerzmittel ein. Die genaue Dosierung und seit wann er diese einnehme, wisse er nicht (Urk. 7/109/35).

Anlässlich der Begutachtung wurden die Medikamentenspiegel von Citalopram, Trazodon und m-CPP kontrolliert, wobei alle unter dem Referenzbereich ausfielen (Urk. 7/109/46). Entsprechend hielt der psychiatrische Gutachter fest, dass die Konzentrationen im Blut zu tief seien (Urk. 7/109/38).

Alle zwei Wochen stattfindende ambulante supportive psychotherapeutische Gespräche reichen nicht aus, um die depressive Erkrankung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als therapieresistent auszuweisen. Des Weiteren ist die Therapie auch als nicht konsequent zu beurteilen, da der Beschwerdeführer die Medikamente nur unzureichend einnahm und - entgegen den Empfehlungen der behandelnden Ärzte des B.\_\_\_\_ - eine stationäre Therapie verweigerte: So wurde im Bericht der behandelnden Ärzte des B.\_\_\_\_ vom 10. August 2015 festgehalten, dass die Empfehlung einer stationären Psychotherapie im weiteren Verlauf zur Aufarbeitung diverser Problemthemen seitens des Beschwerdeführers wiederholt abgelehnt worden sei (Urk. 7/115). Der kurzzeitige dreitägige Aufenthalt vom 28. Juli bis

zum 1. August 2015 erfolgte zur medikamentösen Umstellung von CipraleX auf Sertralin - dies ist ebenfalls nicht als konsequente Therapie, welche das Leiden als therapiereif ausweisen würde, zu werten.

Damit ist die depressive Erkrankung des Beschwerdeführers, unabhängig davon ob es sich um eine Episode oder um eine rezidivierende depressive Störung handelt, als nicht invalidisierend zu qualifizieren. 4.3.3

Daran vermag auch der Bericht der behandelnden Ärzte des B.\_\_\_\_ vom 10. August 2015, in welchem sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Syndromen diagnostizierten, nichts zu ändern. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vermag der Umstand allein, dass behandelnde Fachärzte eine vom eingeholten Gutachten abweichende Meinung äussern, nicht Anlass zu weiteren Abklärungen geben oder das Gutachten in Frage zu stellen; anders würde es sich verhalten, wenn die behandelnden Ärzte konkrete, objektiv fassbare Aspekte namhaft machen, die dem ärztlichen Experten entgangen sind oder mit denen er sich nicht befasst hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2006 U 58/06 E. 2.2) - was vorliegend allerdings nicht der Fall ist. 4.4

Der Beschwerdeführer brachte des Weiteren vor, dass anhand des strukturierten normativen Prüfungsrasters gemäss BGE 141 V 281 hätte geprüft werden müssen, ob die somatoforme Schmerzstörung Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt.

Die somatoforme Schmerzstörung wurde von den Gutachtern - ohne weitere Prüfung der damals noch geltenden Förster-Kriterien - als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt (Urk. 7/109/40). Damit ist davon auszugehen, dass die somatoforme Schmerzstörung von den Gutachtern als leicht, bzw. klarerweise ohne funktionelle Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt wurde - so dass keine Prüfung der Standardindikatoren erforderlich wäre.

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass auch unter Berücksichtigung der Standardindikatoren keine davon abweichende Einschätzung resultieren würde, da der beweisrechtlich entscheidende Aspekt der Konsistenz aufgrund des fehlenden behandlungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruckes klar zu verneinen ist (vgl. E. 4.3 und E. 2.4). 4.5

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b).

Damit sind die im Beschwerdeverfahren nachgereichten Berichte des B.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2016 (Urk. 10) und vom 20. September 2016 (Urk. 13) im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen. 4.6

Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer unverändert im Vergleich zur Verfügung vom 2. Dezember 2008 in einer den somatischen Einschränkungen angepassten Tätigkeit als vollumfänglich arbeitsfähig zu betrachten ist. Somit hat sich keine anspruchsbeeinflussende Änderung der tatsächlichen Verhältnisse ergeben. Die angefochtene Verfügung ist daher nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde abzuweisen.

## **E. 5**

.2

Der vorliegende Prozess kann nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Des Weiteren ist der Beschwerdeführer bedürftig (Urk. 3). Antrags gemäss (Urk. 1) ist ihm deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten sind dem nach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Da zudem die anwaltliche Vertretung des Beschwerdeführers geboten war, ist ihm Rechtsanwalt

Dr. Peter Stadler als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen. Eine Honorarnote wurde nicht eingereicht, womit - wie mit Verfügung 14. Juni 2016 (Urk.

## **E. 8**

) mitgeteilt - die Entschädigung nach Ermessen festzusetzen ist. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses ist eine Entschädigung in Höhe von Fr. 1'800.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) angemessen.

Kommt der Beschwerdeführer künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann ihn das Gericht zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichten (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 4. Mai 2016 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler, Zürich, wird mit Fr. 1'800.-- (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 Dr. Peter Stadler -  
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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstSchwegler

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