

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00553 vom 3. Juli 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00553](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00553)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00553 du 3 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00553 del 3 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). 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**

und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbeurteilung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts

9C\_261/2009 vom 1 1. Mai

2009 E.

#### **E. 1.4**

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

#### **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**

Gegen die Verfügung vom 11. April 2016 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 10. Mai 2016 Beschwerde mit dem Antrag, es sei ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 10. Juni

2016 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Verfügung vom 19. September 2016 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und ihm Rechtsanwalt Stefan Galligani als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung davon aus, dass seit der letztmaligen Abweisung des Rentengesuchs ein weitgehend unveränderter Gesundheitszustand vorliege. Eine rückadaptierte

körperlich leichte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zumutbar, aufgrund eines verlangsamen Arbeitstempos und eines erhöhten Pausenbedarfs bestehe eine Leistungsfähigkeit von 90 % bei einem vollen Arbeitspensum (Urk. 2 S. 2 Mitte).

#### **E. 2.2**

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, die behandelnden Ärzte hätten in einer fachkundigen Exploration festgestellt, dass er aufgrund seiner Schmerzen und seines psychischen Zustands nicht mehr in der Lage sei, einer Arbeit nachzugehen. Die jahrelange Therapie habe keine wesentliche Verbesserung gebracht. Der 2010 eingesetzte Rückensimulator habe zwar eine leichte Verbesserung der Schmerzen gebracht, eine vollständige Arbeitsfähigkeit sei dennoch bei weitem nicht gegeben. Der psychische Zustand habe sich infolge Retraumatisierung im Jahr 2012 stark verschlechtert (Urk. 1 S. 10).

#### **E. 2.3**

Zu prüfen ist, ob sich der massgebliche Sachverhalt zwischen der Verfügung vom 16. März 2009 (Urk. 8/89) und der angefochtenen Verfügung vom 11. April 2016 (Urk. 2) in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat. 3.

#### **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 Neu anmeldung 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). 1.

### **E. 3.1**

Bei der letztmaligen Verneinung des Rentenanspruchs stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das polydisziplinäre Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2008, an welchem Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr.

C.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mitwirkten (Urk. 8/78). Darin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 34 Ziff. 6.1): - chronisches lumbospondylogenes bzw. lumboradikuläres

Schmerz syndrom mit intermittierender Reizung der Nervenwurzel S1 links mit/bei: - Fehlhaltung der Wirbelsäule - myostatischer Insuffizienz - weichteilepiduraler Narbenbildung links lateral um die Nervenwurzel S1 bei Status nach Hemilaminektomie und Dekompression LWK5/SWK1 links am 8. April 2002 - Status nach CT-gesteuerter periradikulärer

Kortikoidtherapie der Wurzel L5 und S1 links am 8. September 2008 mit deutlicher und aktuell noch anhaltender Beschwerderegress

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein diskret ausgeprägtes chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom, eine

Dysthymia (F34.1) und eine gemischte Hyperlipidämie unter Statintherapie genannt (S. 34 Ziff. 6.2).

Die internistische Untersuchung habe ergeben, dass der klinische Zustand ausser einer Tinea

corporis im Bereich des Halses und des Stammes altersentsprechend unauffällig sei, ohne Hinweise für eine kardiopulmonale Pathologie. In den Laboruntersuchungen habe sich das Vorliegen einer gemischten Hyperlipidämie (Typ IV nach Fredrickson), welche medikamentös behandelt sei, bestätigt. Auch in den Zusatzuntersuchungen hätten sich keine pathologischen Befunde nachweisen lassen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten (S. 37).

Bei der rheumatologischen Untersuchung hätten sich zahlreiche Inkonsistenzen gefunden, die für die Tendenz zur Selbstlimitierung sprächen. Zu objektivieren sei eine ausgeprägte

myostatische Insuffizienz mit daraus resultierender Fehlhaltung und somit ständiger Fehl- und Überbelastung des Achsenorgans. Im Bereich des linken Beckens beziehungsweise der linken unteren Extremität imponieren zudem eine Kettentendomyose mit multiplen Insertionstendinopathien beziehungsweise

Tendinosen und eine Funktionsstörung des linken Iliosakralgelenks. Sichere Hinweise für eine aktuelle radikuläre Symptomatik finden sich nicht. Die vom Beschwerdeführer beschriebene Hypästhesie des dorso-lateralen Ober- und Unterschenkels sowie Fussrandes links entspreche dem Dermatome S1. Bei Status nach Nervenwurzelkompression S1 im Jahr 2002 und konsekutiver operativer Dekompression sei sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Residuum zu interpretieren. Ein Teil der Beschwerden erklärten sich aus der Insertionstendinopathie der linken Spina iliaca

posterior

superior (SIPS), dem

Trochantertendinosen, dem hypertonen Tractus

iliotibialis und dem hypertonen Ansatz des Musculus

piriformis. Die aktuellen konventionellen Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule (LWS) ergäben zwar eine minimale Chondrose L5/S1 und eine minimale Spondylarthrose L5/S1 rechts mehr als links, die jedoch nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehend seien. Im MRI der LWS von Januar 2006 könne auf dem operierten Niveau L5/S1 eine leichte narbige Alteration der Nervenwurzel S1 links lateral gesehen werden, es gebe jedoch keine Zeichen einer reaktiven Nervenwurzelanschwellung. Die Neuroforamina

kämen nicht eindeutig zur Darstellung, eine Rezidivhernie bestehe nicht, ebenso wenig gebe es Hinweise für eine Myelonkompression. Die Halswirbelsäule (HWS) sei altersentsprechend frei beweglich, segmentale Funktionsstörungen könnten nicht objektiviert werden. Ein Klopf-, Druck- oder Rüttelschmerz lasse sich nicht auslösen. Die Muskelansätze seien nicht druckschmerzhaft und radiologisch fänden sich nur minimale Chondrosen der Bandscheiben C3/4, C4/5 und C5/6, die aber ebenfalls nicht über das altersentsprechende Mass hinausgingen. Insgesamt bestehe eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden im Vergleich zu den vom Beschwerdeführer demonstrierten Beschwerden und Schmerzen (S. 38).

Der ausschliesslich die Arbeitsfähigkeit limitierende Gesundheitsschaden sei aus rheumatologischer Sicht die eingeschränkte Belastbarkeit der LWS. Somit sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maurer mit regelrecht auftretenden wirbelsäulenbelastenden Bewegungsmustern nicht mehr zumutbar. Hingegen bestehe in einer körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit ohne Arbeiten in Zwangshaltungen und ohne das mehr als gelegentliche Arbeiten über die Armhorizontale hinaus eine vollständige Arbeitsfähigkeit (S. 38).

Der Beschwerdeführer habe sich im Rahmen der psychiatrischen Exploration im Kontaktverhalten etwas verschlossen und misstrauisch mit niedergeschlagener Grundstimmung und leichtgradig eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit gezeigt. Die Beschwerdeschilderungen hätten einen deutlich appellativen Charakter, wiederholberichte der Beschwerdeführer über „schlimme Dinge während des Bürgerkrieges in E.\_\_\_\_“, obwohl er sich während dieser Zeit eigentlich bereits in der Schweiz befunden habe. Die Schilderungen seien hinsichtlich Glaubwürdigkeit nicht überprüfbar, die

Erlebnisse hätten aber die Arbeitsfähigkeit bis vor drei bis vier Jahren anscheinend auch nicht wesentlich tangiert. Gesamthaft betrachtet wirkten die Angaben etwas konstruiert, eine Tendenz zur Aggravation der Beschwerden könne nicht ausgeschlossen werden. Zudem sei ein ausgeprägter Leidensdruck nicht spürbar. Vielmehr würden dysfunktionale Bewältigungsstrategien mit einer Tendenz zur Selbstlimitierung deutlich. In diagnostischer Hinsicht könne anhand der aktuellen Untersuchungs Befunde auf psychiatrischem Gebiet die Diagnose einer Dysthymia (F34.1) gestellt werden. Die von der behandelnden Psychiaterin formulierte Diagnose einer

posttraumatischen Belastungsstörung liesse sich hingegen nicht bestätigen (S. 39).

Die aktuell vorliegende depressive Störung habe allenfalls leichtgradigen Charakter. Eine dadurch bedingte gravierende Einschränkung bei den alltäglichen Verrichtungen lasse sich nicht erkennen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe auf psychiatrischem Fachgebiet keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 39).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer aufgrund seiner LWS-Problematik infolge der verminderten Belastbarkeit des Achsenorgans für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maurer auf Dauer zu 100 % arbeitsunfähig. Für eine körperlich leichte und rückschonende Tätigkeit könne hingegen aus interdisziplinärer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (S. 39).

### **E. 3.2**

Der diagnostischen Beurteilung im (unvollständigen) Bericht des F.\_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Januar 2012 (Urk. 8/104/3-4) kann entnommen werden, dass beim Beschwerdeführer eine chronische posttraumatische Belastungsstörung mit regelmässigen nächtlichen Intrusionen, einem Vermeidungsverhalten und einer hohen inneren Anspannung mit regelmässig auftretenden psychovegetativ geprägten Angstepisoden in agoraphobischen Situationen vorliege. Dies habe sich nach Rezidivieren den Traumatisierungen im Rahmen des J.\_\_\_\_-Konflikts vor dem eigentlichen Kriegsgeschehen in den 1980er Jahren entwickelt. Nach seiner Flucht 1988 in die Schweiz habe die Bedrohung aufgrund der in der Heimat verbliebenen Primär- und Kernfamilie, die direkten Zugriffen durch das System ausgesetzt gewesen seien, angehalten. In den letzten Jahren habe sich eine depressive Symptomatik entwickelt, die im aktuellen Ausmass als schwergradig zu beurteilen sei, und momentan im Vordergrund der psychischen Symptomatik stehe. 3.3

Die Ärzte des Medizinischen Zentrums G.\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 30. September 2013 (Urk. 3/3 = Urk. 8/96/1-4) folgende Diagnosen: - posttraumatische Belastungsstörung, F43.1 - mittelgradige depressive Episode, F32.1 - spezifische isolierte Phobie, F40.2 - Panikstörung, F41.0 - lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - Status nach Dekompression L5/S1 links bei Wurzelreizsyndrom bei mediolateraler Diskushernie (2002) - Wurzelreizsyndrom S1 bei Verdacht auf Diskushernienrezidiv S1 links - beginnende Chondrosen L1/2 und L2/3 mit jeweils kleinsten Diskushernien des medianen Bandscheibenhinterrandes und dabei nur geringer Ventralimpression des Duralsackes - Narbe um die dilatierte rechte S1 Nervenwurzel - witzige, nicht relevant komprimierende Diskushernie im medianen Bandscheibenhinterrand

L5/S1 (2008) - Hintergrundstimulator (zirka 2010) mit Erfolg (Reduzierung der Schmerzen im linken Bein, aber Hitzegefühle im Bein) - chronisches zervikozephalisches

Schmerzsyndrom mit/bei - minimalen Chondrosen C3/4, C4/5 und C5/6 (2008) - Hämorrhoiden-Operation ( 2011 ) Die tagesklinische Behandlung vom 17. Oktober bis 11. Dezember 2012 (vgl. Urk. 8/151) habe einen gut motivierten, bemühten, sehr korrekten Patienten mit guter Compliance gezeigt, der aber immer wieder an seinen Depressionen und Schmerzen gescheitert sei. Deutlich sei während der Behandlung die massive Traumatisierung geworden, die den Gesundheitszustand kontinuierlich verschlechtert. 3. 4

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 16. September 2013 (Urk. 8/96/7) fest, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes habe bezüglich Somatik seit 2008 nicht stattgefunden. Obschon der Beschwerdeführer über persistierende Schmerzen lumbal und in den Beinen berichtet, habe eine leichte Reduktion der Schmerzen nach Implantation des Rückenmark-Stimulators im Mai 2009 erreicht werden können. Die psychische Situation habe sich, auch infolge der sozialen Umstände verschlechtert, so dass es zu einer leichten Zunahme der Depression gekommen sei. 3.

### **E. 5**

I.\_\_\_\_, praktische Ärztin für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin, berichtete am 20. September 2013 (Urk. 3/6 = Urk. 8/96/5-6), der Beschwerdeführer imponiere seit Sommer 2012, in welchem es zu einem Konflikt mit Todesfolge unter verschwägerten Nachbarn gekommen sei, mit grosser Ratlosigkeit, Gefühlsarmut, Verlust von Selbstvertrauen und Lebenssinn und sei seiner Identität schamvoll beraubt. Er habe erneut Träume über kriegerische Bedrohungen und fürchte sich um die Sicherheit seiner Ursprungsfamilie in J.\_\_\_\_, aber auch seiner Kinder in der Schweiz.

Am 4. November 2013 (Urk. 3/4 = Urk. 8/98) erklärte die Ärztin I.\_\_\_\_ zusammengefasst, die Foerster-Kriterien seien erfüllt. 3.

### **E. 5.1**

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung aber unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

### **E. 5.2**

Der vom unentgeltlichen Rechtsvertreter mit Honorarnote vom 23. Juni 2017 geltend gemachte Aufwand von

### **E. 6**

Im polydisziplinären Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 19. Januar 2015 (Urk. 8/130), an welchem Dr.

K.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr.

L.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Dr.

M.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie,

Dr.

N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

und lic . phil. O. \_\_\_\_

mit wirkten, wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert (S. 44 Ziff. 7): - chronisches lumbospondylogenes , DD lumboradikuläres

Schmerz syndrom links mit persistierender sensibler Ausfallssymptomatik L5 und S1 links - Status nach Implantation eines Neurostimulators ( 05/2009 ) - Status nach Hemilaminektomie LWS links ( 2001 ) wegen Lumboradikulärer Symptomatik L5 und S1 links bei mediolateraler

Diskushernie lumbosakral links - begleitende anhaltende muskuläre Beschwerden am medianen Beckenkamm links - begleitende periarthropathische Hüftbeschwerden links - leichte kognitive Störung bei Schmerzen

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie

muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits mit zervikocephaler Schmerzsymptomatik , ein metabolisches Syndrom , ein Restless

legs Syndrom ,

akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen Anteilen sowie eine Dysthymie (S. 44 Ziff. 8 ).

Bei Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein im Sinne einer Lumboradikulärsymptomatik sei eine operative Behandlung der symptomatischen lumbosakralen Diskushernie links im Jahr 2002 erfolgt. Anschliessend habe sich eine vorübergehende Besserung der Beschwerden eingestellt, speziell der Schmerz ausstrahlung ins linke Bein. In der Folge sei es immer wieder zu verstärkten Schmerzen gekommen, die aber jeweils auf therapeutische Massnahmen, insbesondere auch wiederholte Depotcortison-Infiltrationen angesprochen hätten. Bei persistierender Wurzelsymptomatik sei im Mai 2009 ein Neurostimulator implanziert worden. Dadurch hätten sich die Beschwerden laut Angaben des Beschwerdeführers etwas gebessert. Befragt nach der aktuellen Schmerzintensität im Vergleich mit der Situation anlässlich der Begutachtung im Jahr 2008 spreche der Beschwerdeführer jedoch insgesamt von einer Schmerzverstärkung, so dass diesbezüglich anamnestisch gewisse Diskrepanzen vorhanden seien. Aktuell stünden weiterhin die belastungs- und bewegungsabhängigen Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein im Vordergrund (S. 45).

Ohne Nachweis grösserer psychosozialer Faktoren und emotionaler Konflikte habe der Beschwerdeführer eine gewisse depressive Verstimmung entwickelt und eine psychotherapeutische Behandlung aufgenommen. Anlässlich der aktuellen Untersuchung präsentiere sich der Beschwerdeführer psychopathologisch wieder in vergleichbarem Zustand wie anlässlich der Begutachtung im Jahr 2008.

Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht bestätigt werden. Der Beschwerdeführer sei anhaltend in der Lage , sowohl die damaligen Kriegereignisse als auch die blutige Familienfehde ohne vegetative Übererregbarkeit oder Vermeidverhalten anschaulich und präzise zu schildern .

Amnestische Episoden seien nicht beobachtet worden.

Im Vordergrund stehe nicht so sehr eine Somatisierung, sondern eine dysthym depressive Verstimmung in Zusammenhang mit beengenden finanziellen Verhältnissen. Der

Beschwerdeführer befinde sich in etwas depressiver Verstimmung, ohne jedoch das Ausmass auch nur einer rezidivierend depressiven Störung gegenwärtig leichtgradig zu erreichen. Er zeige gewisse Ängste in Bezug auf die aktuelle psychosoziale Lage, die Finanzen und die berufliche Entwicklung. Er schildere gewisse Ängste in Liften und in Zügen, habe aber problemlos zum Beispiel den Zug, das Tram und den Bus zur Exploration benutzen können,

und in den Akten werde eine Busreise in den J.\_\_\_\_ beschrieben. Er sei im Besitz eines 9-Uhr-Passes für die Verkehrsbetriebe. Er zeige einen etwas geminderten Antrieb, die Stimmungsmodulation sei etwas eingeschränkt, etwas müde wirkten die Psychomotorik und die Mimik. Es sei kein

vermeidendes Verhalten erhalten oder eine vegetative Überregung im Zusammenhang mit Berichten über die Kriegswirren und die blutige Familienfehde zu beobachten. Psychotisches und Psychose nahes Erleben und Verhalten könnten nicht nachgewiesen werden. Das Bewusstsein und die Orientierung seien erhalten. Bei hintergründiger ängstlich-unsicherer Haltung zeige der Beschwerdeführer in der Schweiz eine gute Integration und habe sich beruflich gut entwickeln können. Sozial verkehre er in der Kernfamilie, habe Kontakte zu seinen Geschwistern, zu den Eltern und zu einem in der Nähe wohnenden Cousin. Er unternahme längere Spaziergänge alleine und zusammen mit seinem Sohn und gehe alleine oder mit dem Sohn schwimmen. Zu Hause erledige er kleinere Haushaltsarbeiten und esse mit der Familie. Im Fernsehen verfolge er Dokumentationssendungen, und er benütze den Computer.

Aus rheumatologischer und neurologischer Sicht sei aufgrund der bestehenden lumbospondylogenen

(DD lumboradikulären) Schmerzsymptomatik weiterhin in

von einer vollständig eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der früher ausgeübten körperlich schweren Tätigkeit auszugehen. Psychiatrischerseits habe sich keine Veränderung gegenüber der Begutachtung im Jahr 2002 ergeben und eine Arbeitsunfähigkeit könne nicht attestiert werden. In angepasster Tätigkeit sei aufgrund der persistierenden Schmerzsymptomatik von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Sinne eines etwas erhöhten Pausenbedarfs oder verlangsamten Arbeitstempos von 10% auszugehen. 3.7

Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesie, berichtete am 9. April 2015 (Urk. 3/5), eine ausgedehnte wechselnde medikamentöse Kombinationstherapie habe die Beschwerden nicht kontrollieren können, weswegen im Mai 2009 der elektrische Rückenmarkstimulator implantiert worden sei. Hiermit sei es für den Beschwerdeführer möglich, die Beschwerden zu reduzieren. Eine Heilung im klassischen Sinne sei zum jetzigen Zeitpunkt unrealistisch, die Beschwerden seien stark behindernd. Aufgrund der Beschwerden und der Funktionseinschränkungen könne höchstens von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für wechselnd belastende, leichte Tätigkeiten mit entsprechenden Pausen ausgegangen werden. 3.

## **E. 8**

Nachdem Dr. I.\_\_\_\_ am 22. Juni 2015 (Urk. 8/154) geltend gemacht hatte, es liege beim Beschwerdeführer möglicherweise eine andauernde Persönlichkeitsveränderung (F62.1) vor, nahm der Psychiater des A.\_\_\_\_ dazu am 10. November 2015 wie folgt Stellung (Urk. 8/161): Nachdem Dr. I.\_\_\_\_ in der Vergangenheit die Diagnose einer posttraumatischen

Belastungsstörung gestellt habe, sei davon auszugehen, dass eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F62.0) gemeint sei. Da im Gutachten die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht gestellt worden sei, könne auch die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung (F62.0) nicht gestellt werden. Der Beschwerdeführer kümmere sich fürsorglich um

seinen Sohn, was gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsveränderung spreche. 4. 4.1

In somatischer Hinsicht hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht wesentlich verändert. So stimmen die somatischen Diagnosen im Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2008 (E. 3.1) mit denjenigen im Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 19. Januar 2015 (E. 3.6) im Wesentlichen überein und die Experten gingen im Jahr 2008 wie auch im Jahr 2015 davon aus, dass die eingeschränkte Belastbarkeit der LWS beziehungsweise die belastungs- und bewegungsabhängigen

Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein im Vordergrund stünden.

Die Gutachter des A.\_\_\_\_ gingen sogar von einer leichten Verbesserung aus, da sich mit der Implantierung des Neurostimulators die Beschwerden etwas gebessert hätten (Urk. 8/130 S. 45). Diese Einschätzung wird durch die behandelnden Ärzte bestätigt: Laut den Ärzten des Medizinischen Zentrums G.\_\_\_\_

(E. 3.3) sei die Implantation des Neurostimulators ein Erfolg. Die Schmerzen ins linke Bein hätten sich reduziert, allerdings beklage der Beschwerdeführer ein Hitzegefühl im Bein. Hitzegefühle beklagte er indessen bereits anlässlich der Begutachtung im Z.\_\_\_\_ (Urk. 8/78 S. 18 oben), so dass von einer uneingeschränkten Verbesserung des somatischen Zustandes ausgegangen werden kann.

Auch der behandelnde Hausarzt berichtet über eine leichte Schmerzreduktion seit der Implantation des Rückenmark-Stimulators (E. 3.4) und Dr. P.\_\_\_\_

erwähnte, mit dem Rückenmarkstimulator sei es dem Beschwerdeführer möglich, die Beschwerden zu reduzieren (E. 3.7). 4.2

Was die psychischen Beschwerden betrifft, liegt auch in diesem Bereich keine Verschlechterung vor. Sowohl im Z.\_\_\_\_-Gutachten (E. 3.1) als auch im A.\_\_\_\_-Gutachten (E. 3.6) wird eine Dysthymie (F. 34.1) diagnostiziert. In beiden Gutachten wurde das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung nach vollziehbar verneint.

Laut höchstrichterlicher Rechtsprechung entsteht eine posttraumatische Belastungsstörung als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Angst und Depression sind häufig mit den Symptomen und Merkmalen einer posttraumatischen Belastungsstörung assoziiert, und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über (BGE 142 V 342 E. 5.1 mit Hinweis). Progrediente Entwicklungen widersprechen dem zu erwartenden degressiven Charakter posttraumatischer Störungen. Die Herleitung und Begründung der Diagnose hat besonderes Gewicht. Wenn das auslösende Trauma allein durch die subjektiven Angaben und Schilderungen der betroffenen Person belegt wird, lässt sich ein entsprechender Nachweis

in aller Regel nicht ohne weiteres erbringen (BGE 142 V 342 E.

5.2.2 und Urteil 9C\_687/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2). Des Weiteren erfordert die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung eine eingehende Prüfung. Diese beträgt nach ICD-10 wenige Wochen bis (sechs) Monate. Eine

besondere Begründung braucht es dabei in jenen Fällen in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_195/2015 E.

3.3.3 mit weiteren Hinweisen), wobei ein nur gelegentliches Auftreten von Flashbacks oder Alpträumen nicht genügt, um eine post traumatische Belastungsstörung zu begründen.

Schliesslich weist das Bundesgericht regelmässig auf den Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag hin, dem bei der Würdigung medizinischer Berichte Rechnung zu tragen ist (vgl. etwa Urteile 9C\_169/2015 vom 12. Oktober 2015 E.

4.2.2, 8C\_260/2011 vom 25. Juli 2011 E.

## **E. 11**

Stunden und 20 Minuten (Urk. 17) scheint angesichts der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses an der oberen Grenze zu sein, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass er den Beschwerdeführer schon seit der Neuanmeldung im Oktober 2013 vertrat und die Akten somit bekannt waren. Bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Entschädigung auf 2'492.60 zuzüglich Mehrwertsteuer festzulegen.

Weiter verrechnete der Rechtsvertreter Fr. 269.-- für 538 Kopien, was nicht nachvollziehbar ist, da die Beschwerdegegnerin auf Gesuch hin ihre Akten üblicherweise - wovon auch hier auszugehen ist -

in Kopie abgibt,

so dass sich das Erstellen von Kopien erübrigt. Das Gericht zieht sodann von Amtes wegen die Vorakten bei (§ 21 Abs. 1 GSVGer), weshalb das Einreichen von entsprechenden Unterlagen unterbleiben kann und die Entschädigung für Kopien entsprechend auf Fr. 50.-- zu reduzieren

und die Auslagen insgesamt auf Fr. 94.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Insgesamt ist damit die Entschädigung auf aufgerundet Fr. 2'800.-- (inklusive Mehrwertsteuer) festzusetzen und von der Gerichtskasse zu bezahlen, auch dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 GSVGer. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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 Stefan Galligani, Schöffland, wird mit Fr. 2' 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 Stefan Galligani - 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

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