

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00469 vom 28. Dezember 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00469

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00469 du 28 décembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00469 del 28 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zu mutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgegli che nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein träch tigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychi schen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 1 8. 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose vor aus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weit gehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.3

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre leistungsabweisende Verfügung vom 14. März 2017 (Urk.

2) damit, dass dem Beschwerdeführer eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Hüft- oder/und Kniegelenksbelastende Zwangshaltungen und ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten zu 100 % zumutbar sei (S. 1). Zur Errechnung des Invaliditätsgrades sei sowohl für das Valideneinkommen und auch das Invalideneinkommen auf den Lohn für Hilfsarbeiter gemäss den Erhebungen des Bundesamtes für Statistik abzustellen (S. 1 f.). Nach einem leidensbedingten Abzug von total 15 % resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 15 %. Auf das MEDAS-Gutachten könne abgestellt werden. Es würden massive Inkonsistenzen ausgemittelt. Es sei ausdrücklich der Verdacht auf Simulation festgestellt und definitiv sei eine Aggravation der Beschwerden beschrieben worden. Aus psychiatrischer Sicht seien keine Diagnosen feststellbar (S. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich in seiner Beschwerde vom 1. Mai 2017 (Urk. 1) auf den Standpunkt, dass die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt habe und dass das von ihr in Auftrag gegebene MEDAS-Gutachten den

beweisrechtlichen Anforderungen nicht genüge, sodass nicht darauf abgestellt werden könne. Es seien weitere Abklärungen notwendig. Er bemängelte das Gutachten in verschiedener Hinsicht (S.

10-14). Ferner kritisierte er die Berechnung des Invaliditätsgrades (S. 14 f.). 2.3

Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob dem Beschwerdeführer nach der Neuanschuldung aufgrund einer allfälligen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes nunmehr eine Invalidenrente zusteht.

Vorliegend sind die aktuellen Verhältnisse zu vergleichen mit denjenigen, wie sie sich im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 19. Juli 2013 (Urk. 7/107) gezeigt haben. 3.

Das hiesige Gericht stützte sich in seinem Urteil vom 28. Januar 2015 über den bezüglich der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. Juli 2013 (Urk. 7/107) zu beurteilenden Leistungsanspruch in erster Linie auf den auf einer eigenen orthopädischen Untersuchung vom 6. September 2012 beruhenden Bericht vom 12. November 2012 (Urk. 7/93) von RAD-Arzt Dr. med. A. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ab (vgl. Urk. 7/126/1-13 E. 4). Dieser nannte folgende Diagnosen

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 f.):

- Schmerzhaftige Bewegungs- und Belastungseinschränkung des linken Kniegelenks bei - Status nach zwei Kniegelenkstraumata (19. und 23.

Oktober 2007) - Status nach Innenmeniskusteilresektion am 30. Oktober 2007 - Status nach Nachresektion linker Innenmeniskus am 9. Oktober 2008 - Status nach Gelenkstoilette linkes Knie am 15.

Juni 2009 - Status nach Kreuzbandplastik linkes Kniegelenk am 12.

Mai 2010 - Status nach Läsion des Nervus

sap henus mit persistierender Hypästhesie - Schmerzhaftige Bewegungs- und Belastungseinschränkung des rechten Hüftgelenks bei - Status nach totalendoprothetischem

Hüftgelenkersatz rechts am 16. Mai 2012 bei Dysplasie- Coxarthrose - Schmerzhaftige Bewegungs- und Belastungseinschränkung des linken Hüftgelenks bei - Dysplasie

Er berichtete, bezüglich des linken Kniegelenks habe sich im Vergleich zur letzten Stellungnahme des RAD vom 22.

Februar 2010 eine Veränderung ergeben, da eine Kreuzbandplastik durchgeführt worden sei. Diese habe eine stabile Situation im Kniegelenk herstellen können. Der Beschwerdeführer sei damit zufrieden, da sein Knie wieder stabil sei und er keine wesentlichen Schmerzen mehr habe. Aufgrund der eigenen Untersuchungs- wie auch der Fremdbefunde bestehe zurzeit keine Indikation zur Implantation einer Knie totalendoprothese, weshalb auch die entsprechenden Ausführungen des Beschwerdeführers nicht überzeugend seien. Die geäußerten Schmerzen seien subjektiver Natur und würden sich nicht objektivieren lassen. Seit der letzten RAD-Stellungnahme sei zudem eine Implantation einer Totalendoprothese der rechten Hüfte bei Dysplasie- Coxarthrose vorgenommen worden. Es bestehe noch eine leichte Bewegungseinschränkung in allen Bewegungsgraden sowie endgradige Schmerzangaben. Das Ausmass der geklagten Schmerzen lasse sich anhand der Untersuchungsbefunde jedoch nicht nachvollziehen (S. 7).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führte er aus, in der bisherigen Arbeit als Gipser sei der Beschwerdeführer weiterhin nicht arbeitsfähig. In einer behinderungsgerechten Tätigkeit (mit körperlich leichter, wechselbelastender Arbeit vorwiegend im Sitzen, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über zehn Kilogramm, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige hüftgelenks- und kniegelenksbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten [Bücken, Hocken, Knien], ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne andauernde Vibrationsbelastungen und Nässe-/Kälteexposition) bestehe hingegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit Ausnahme der durch die akutmedizinisch bedingten peri- und postoperativen Rehabilitationszeiten. Mit einer optimalen Anpassung des Arbeitsumfelds und der Tätigkeit ergebe sich im Vergleich zur zuletzt abgegebenen Stellungnahme des RAD keine weitere quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei erforderlicher qualitativer Anpassung des Arbeitsumfelds (S. 7 f.).

Das hiesige Gericht erwog hierzu im Urteil vom 28. Januar 2015 (Urk. 7/126/1-13), dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers seit Erlass der Verfügung vom 23. April 2010 (Urk. 7/51) insoweit verändert habe, als zwar die am 12. Mai 2010 durch

geführte Kreuzbandplastik zu einer stabilen und schmerz reduzierten Situation des linken Knies geführt habe (Urk. 7/93 S. 2 und S. 7), dagegen neu andere Beschwerden – insbesondere bezüglich des rechten Hüftgelenkes – dazugekommen seien. Allein daraus müsse jedoch nicht zwingend eine Veränderung der Arbeitsfähigkeit resultieren. Denn invalidenversicherungsrechtlich seien nicht die Diagnosen und deren Anzahl entscheidend, sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der orthopädische Untersuchungsbericht von Dr. A.____

entspreche den recht sprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Nach einleuchtender Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sei dieser zur begründeten Schlussfolgerung gelangt, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der letzten Rentenbeurteilung zwar eine qualitative Anpassung des Arbeitsumfeldes erfordere, dies aber an der (weiterhin) bestehenden vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nicht s ändere. Das Gericht kam daher zum Schluss, dass der Beschwerdeführer zwar gesundheitliche Beeinträchtigungen habe hinnehmen müssen, eine die Arbeitsfähigkeit massgeblich weiter einschränkende Verschlechterung des Gesundheitszustands aber nicht ausgewiesen sei (vgl. Urk. 7/126/1-13

E. 6).

Ebenso wenig konnte es eine wesentliche Veränderung in erwerblicher Hinsicht feststellen und wies daher die Beschwerde gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. Juli 2013 ab (vgl. Urk. 7/126/1-13

E. 7 und E. 9) . 4. 4.1

Die rentenabweisende Verfügung vom 14. März 2017 (Urk. 2) beruhte auf dem MEDAS-Gutachten (vgl. Urk. 2 S. 2). Dr. med. B.____, Facharzt für Innere Medizin sowie Klinische Pharmakologie FMH, Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. D.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, und Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von der

MEDAS nannten in ihrem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Gutachten vom

E. 3

) verneinte die IV-Stelle den Rentenanspruch des Versicherten – nun bei einem Invaliditätsgrad von 10 % – mit Verfügung vom 19. Juli 2013 abermals (Urk. 7/107). Eine dagegen am 16. September 2013 (Urk. 7/114/3-11) erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht im Verfahren IV.2013.00834 mit Urteil vom 28.

Januar 2015 (Urk. 7/126/1-13) ab.

E. 5

(Urk.

E. 5.1

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. 5.2

Die MEDAS- Fachärzte

statuierten in ihrem Gutachten ausdrücklich, dass sie eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen , aber auch einer angepassten Tätigkeit aktuell nicht beantworten und eben so wenig beurteilen könnten , ob sich der Gesundheitszustand sowie die Arbeit sfähigkeit seit 2012 verbessert oder verschlechtert habe oder gleichgeblieben sei .

Dies führten die MEDAS-Gutachter auf die Unmöglichkeit einer sicheren diagnostischen B efundung

bezüglich der psychischen Leiden des Beschwerdeführers und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zurück

(E. 4.1 vorstehend).

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin lassen sich damit aus dem MEDAS-Gutachten keine verlässlichen Rückschlüsse auf die Leistungsein schrän kungen respektive die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychischer Sicht ziehen. Die Beschwerdegegnerin ging - gestützt auf die aktengestützten Stellungnahmen d er (fachfremden)

RAD -Ärzte Dr. med. A.____ , Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 12. Juli 2016

(Urk. 7/185 S. 3) und von Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie

G.____ , v o m 3. März 2017 (Urk. 7/186 S.

3)

zum MEDAS-Gutachten - davon aus, dass sich die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers in einer invaliden versiche rungs rechtlich irrelevanten Aggravation respektive Simulation erschöpften (vgl. Urk. 2 S. 2). Dies e Sichtweise findet jedoch im MEDAS-Gutachten keine Grund lage . So äusserte sich Dr. E.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten dahin gehend, dass eine Neigung zum Dissoziieren im Sinne eines dissoziativen Stupors besteh e .

Dazu ist zu bemerken, dass eine dissoziative Störung (Konversions stö rung) bereits begriffsnotwendig eine Simulation ausschliessen würde (vgl. Defini tion gemäss ICD 10 F44). Ferner beschrieb Dr. E.____ eine Flucht in die Krankheit und Schmerzen ohne somatisches Korrelat und hielt fest, dass eine depressive Grundstörung und eine Persönlichkeitsstörung nicht auszuschliessen seien. Er bezeichnete denn auch ausdrücklich die Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als «offen und unklar» und empfahl eine mindestens dreimo natige stationäre Abklärung zur besseren Diagnosestellung (E. 4.2.2 vorstehend). Es ist also nicht klar, ob dem Beschwerdeführer in psychiatrischer Hinsicht Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen sind oder nicht. Zwar führte

Dr. E.____ aus, dass eine «Neigung ... zum überhöhten verdeutlichen und Aggravieren der Beschwerden (potenziell auch Simulation nicht ausge schlossen)» vorliege (S. 9). Aus dem MEDAS-Gutachten geht nach dem Gesagten jedoch nicht hervor, ob das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen oder eine solche neben der Aggra vation vorhanden ist oder nicht. Gerade deshalb empfahlen sie eine statio näre Abklärung .

Mangels Klarheit über ein eindeutiges Überwiegen von Aggravation durfte die Beschwerdegegnerin somit nicht auf das Fehlen eines invalidisierenden Gesund heits schadens schliessen (vgl. E. 1.2). Was die Annahme einer vollen Arbeits fähigkeit in angepasster Tätigkeit angeht, so findet auch diese im Gutachten keine Stütze, zumal hier sowohl aus psychiatrischer als auch interdisziplinärer Sicht ausdrücklich auf eine Stellungnahme dazu verzichtet wurde.

Zu bemerken ist im Übrigen, dass auch die RAD-Ärzte zunächst offenbar davon ausgingen, dass eine stationäre Begutachtung durchzuführen sei (Stellungnahme Dr. A.____ vom 20. Juni 2016; Urk. 7/185 S. 3) beziehungsweise weitere Abklä rungen im Hinblick auf eine somatoforme Störung zur Diskussion stellten (Stel lungnahme von Fachärztin G.____ vom 3. März 2017; Urk. 7/186 S. 3). Ferner auferlegte die Beschwerdegegnerin am 12. Oktober 2016 dem Beschwerdeführer im Sinne einer Schadenminderungspflicht die Durchführung einer stationären Begutachtung (Urk. 7/182).

Nach dem Dargelegten mangelt es im vorliegenden Fall an einer medizinischen Grundla ge mit verlässlichen Aussagen über die Arbeitsfähigkeit des Beschwerde führers im Hinblick auf seine psychischen Leiden (vgl. E. 5.1) .

Der Sachverhalt erweist sich damit im Hinblick auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als ungenügend abeklärt . 5. 3

Ergänzend ist festzuhalten , dass

das internistische und das rheumatologische Teil gutachten der MEDAS grundsätzlich überzeugen und

den Anforderungen der bundesgerichtlichen Recht spre chung an beweiskräftige medizinische Grundlagen entsprechen (BGE 134 V 231 E. 5.1). So beruhen sie auf allseitigen Unter su chungen (vgl. Urk. 7/170 S. 15-19 und Urk. 7/170/41-51 S. 2-6), wurden in Kennt ni s der und in Ausein ander setzung mit den Vorakten erstattet (vgl. Urk. 7/170 S. 2-15 und Urk. 7/170/41-51 S. 8-10), berücks ichtigen die geklagten Beschwer d en und setzen sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers aus einander (vgl. Urk. 7/170 S. 17-19 und Urk. 7/170/41-51 S. 2 und 4-6). Die inter nistischen und rheumatologischen Teilgutachter haben die medizinischen Zuständ e und Zu sammen hänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nach voll zieh bar begründet (vgl. Urk. 7/170 S. 17-19 und Urk. 7/170/41-51 S. 7-11). Insbe sondere zeigte der rheumatologische Experte schlüssig auf, dass wesentliche Veränd erungen im Verlauf und Erwartungen aus dem rheumatischen Formen kreis über wiegend wahrscheinlich zu verneinen seien (S. 8 f.).

Der Beschwerdeführer kritisierte das rheumat olog ische Teilgutachten in seiner Bes chwerde (Urk. 1 S. 13) hinsichtlich des Restarbeitsfähigkeitsprofils. So sei dieses nicht schlüssig , da der Gutachter einerseits Heben und Tragen bis Lendenhöhe von 60

kg und bis Brusthöhe von 30 kg als zumutbar erachte, gleichzeitig aber beschreibe, die unteren Extremitäten seien bloss leicht bis maximal mittelschwer belastbar. Zudem sei im Sprechstundenbericht des F.____ s vom 22. Dezember 2014 (Urk.

7/127 /5-6) bei diagnostizierter Gonarthrose im linken Knie eine Entlastung und Hochlagern des Knies postuliert worden. Was Letzteres

angeht, ist anzumerken, dass dies nicht im Widerspruch zum von Dr. D.____

formulierten Restarbeitsfähigkeitsprofil steht,

denn dieser führte aus, dass eine individuelle Wahl für Wechselpositionen bestmöglich gegeben sein sollte und kniebelastende Positionen und Bewegungen in Form von knienden oder kauenden Tätigkeiten vermieden werden sollten. Was das maximal zulässige, zu tragende oder zu hebende Gewicht angeht, so ist das formulierte Profil in einer Gesamtschau zu sehen, wobei insgesamt auf die höhere Einschränkung (untere Extremitäten maximal mittelschwer belastbar) abzustellen ist. Ohnehin ändert sich dadurch aber nichts an der Einschätzung, wonach eine angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar ist (vgl. E. 4.3).

Somit ist aus somatischer Sicht aufgrund der Hüft- und Kniebeschwerden (vgl. E. 4 .1) von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus zu gehen. Die angestammte Tätigkeit als Gipser kann er nicht mehr ausüben. In angepasster Tätigkeit ist er unter Beachtung des von Dr. D.____ beschriebenen Belastungsprofils zu 100 % arbeitsfähig (vgl. E. 4 .1 und E. 4.3). 5. 4

Zusammenfassend ist festzustellen, dass zwar auf die somatische (rheumato logische und internistische) Begutachtung der MEDAS-Gutachter abgestellt werden kann (vgl. E. 5. 3 vorstehend), jedoch die psychiatrische Untersuchung durch Dr. E.____, wie von diesem offengelegt, keine Rückschlüsse auf die tatsächliche, invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsfähigkeit zulässt (vgl. E. 5.2 vor stehend). Aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen geht damit nicht hervor, ob die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Leistungseinschränkungen des Beschwerdeführers in psychischer Hinsicht – falls solche überhaupt vorliegen - auf rein e Aggravation respektive Simulation zurückzuführen sind und sich in diesen erschöpfen

oder ob diese in der psychischen Erkrankung des Beschwerdeführers gründen. Es liegen damit keine genügenden medizinischen Unterlagen vor, welche es erlauben, über die Frage einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes und den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers abschliessend

zu entscheiden. Es rechtfertigt sich daher, die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ein psychiatrisches Gutachten einhole, das die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der somatischen Leiden erlaubt. In welcher Form sie dies durchführen lässt – ob, wie von den MEDAS-Gutachtern empfohlen, in einem stationären Setting, welches von den MEDAS-Gutachtern als dem Beschwerdeführer zumutbar erachtet wird (vgl. Urk. 7/170/29-40 S. 12), welches die Beschwerdegegnerin im Sinne einer Schadenminderungspflicht bereits auferlegt hat (Urk. 182) und mit welchem sich dieser einverstanden erklärt hat (vgl. Urk. 7/184 S. 2) oder in einer anderen geeigneten Form - liegt im Ermessen der Beschwerdegegnerin. Entscheidend wird dabei sein, dass dieses Gutachten eine genügende Grundlage zur Beurteilung der gesundheitlichen Veränderung und des invalidenversicherungsrechtlichen Anspruchs des

Beschwerdeführers bildet.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzu heissen und die angefochtene Verfügung vom 14 . März 2017 aufzuheben.

Dabei ist darauf hinzuweisen, dass gemäss BGE 143 V 418 grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unter ziehen sind (Änderung der Rechtsprechung). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Das erforderliche Gutachten wie auch die Beschwerdegegnerin werden sich demnach auch mit den nunmehr massgebenden Standardindikatoren auseinandersetzen zu haben. Dabei ist vorliegend insbesondere zu beachten, dass im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens davon abzusehen ist, einzelne Beschwerden und Störungen ohne Einzelfallprüfung wegen grundsätzlich fehlender invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz auszuschneiden (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1). 6 .

6.1

Bei diesem Ergebnis erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsverteidigung als gegenstandslos. 6.2

Im vorliegenden Verfahren geht es um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen, weshalb das Verfahren kostenpflichtig ist. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69

Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie von der unterliegenden Beschwerdegegnerin zu tragen. 6.3

Anspruch auf Ersatz der Parteikosten hat grundsätzlich die obsiegende Beschwerde führende Person, die erhebliche Auslagen im Rahmen des Prozesses gehabt hat (vgl. Art. 61 lit . g ATSG). Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert.

Der von Rechtsanwalt David Husmann, Zürich, mit Eingabe vom 6. November 2018 (Urk. 18) geltend gemachte Aufwand von 10.8 Stunden und Fr. 97.20 Barauslagen (Urk. 19/1) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses angemessen. Die Entschädigung von Rechtsanwalt David Husmann, Zürich, ist bei Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich

Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'671.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Die Beschwerdegegnerin ist in der Folge zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung in diesem Umfang zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 14. März 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'671.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Husmann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 7

Abs. 2 ATSG).

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht.

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende

Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden jedoch nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E.

6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

. Juni 2016 (Urk. 7/ 170) folgende Diagnosen (S. 24): - Zustand nach vorderer Kreuzbandplastik links vom 17. Mai 2010, radio logisch und klinisch

ordentliches Ergebnis ohne höhergradige residuale Störung - Zustand nach Hüftgelenksprothese rechts 2012 bei dokumentierter « Hüft dysplasie rechts », klinisch keine relevante Reststörung - MR-tomographisch dokumentierte « Impingement -Konfiguration » vom Cam-Typ links, fehlende Operationsindikation, klinisch fehlende Zeichen einer relevanten Einschränkung

- Chronisch erlebtes und nicht immer nachvollziehbar demonstriertes Körper erleben, aus rheumatologischer Sicht keiner differenzierten Diagnose zuordenbar - Psychiatrisch ist zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Diagnose zu stellen

Die MEDAS- Gutachter führten in der Zusammenfassung aus, aus rheumatologischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit als Gipser nicht mehr sinnvoll. Eine angepasste Tätigkeit sei aber in vollem Umfang möglich. Vorrangig erscheine jedoch die psychiatrische Beurteilung. Aggravation sei anzunehmen, auch Zeichen einer Simulation seien zu diskutieren (S. 19).

Interdisziplinär stellten die Gutachter fest, dass es sich um einen recht aussergewöhnlichen Fall handle. Der Beschwerdeführer gebe eine nicht nachvollziehbare Bettlägerigkeit seit 1 1/2 Jahren an, dazu bei allen Gutachtern ein groteskes Verhaltensmuster und Diskrepanzen. Bei Zustand nach vorderer Kreuzbandplastik des linken Knies und Hüft-TP rechts bestehe aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit. Dies decke sich auch mit früher erhobenen Beurteilungen, zum Beispiel mit jener vom 6. September 2012 von Dr. A.____. Nach ausführlichem Konsensgespräch seien sie aber der Ansicht, dass ein psychiatrisches Krankheitsbild ganz im Vordergrund stehe. Allerdings hätten sich in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung keine durchgängigen psychopathologischen Befunde feststellen lassen, die einem bestimmten Krankheitsbild sicher hätten zugeordnet werden können. Somit sei aktuell keine sichere diagnostische Befundung möglich (S. 21).

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen aber auch einer angepassten Tätigkeit gaben die MEDAS-Gutachter an, dies aktuell nicht beantworten zu können (S. 26). Eben so wenig könne aktuell beurteilt werden, ob sich der Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit seit 2012 verbessert oder verschlechtert habe oder gleichgeblieben sei (S. 27). 4.2

Dr.

E.____

führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 7/170/29-40) unter der psychopathologischen Befunderhebung aus, dass eine Vielzahl psychopathologischer Teil-

und Einzelbefunde vorliege. Dazu zählten

die frühe, anamnestic schwere Traumatisierung im Kindesalter mit Retraumatisierungen im weiteren Lebensverlauf und die «Flucht» in die Krankheit mit grotesk überzeichnetem Krankheitsverhalten und Überzeichnen der Beschwerden sowie starrem Festhalten an unfallbedingten somatischen Beeinträchtigungen mit vor allem Schmerzen in den unteren grossen Gelenken, die keinem somatischen Korrelat wirklich zugeprochen werden könnten. Es besteht eine Neigung zum Dissoziieren im Sinne eines dissoziativen Stupors und zum überhöhten Verdeutlichen sowie Aggravieren der Beschwerden. Im Weiteren besteht ein schweres Somatisieren mit grosser Überzeugungskraft auf die Ärzteschaft und erstaunlichem operativem Verlauf. Es sei eine auffällige Akzentuierung der Persönlichkeit mit passiv-abhängigen und ausgesprochen starken aggressionsgehemmten Anteilen sowie partiellem schwerem Aggressionsdurchbruch festzustellen. Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sei nicht ausgeschlossen. In diesem Kontext sei auch zum Teil eine ausgeprägte Überheblichkeit ihm gegenüber als Ausdruck eines Abwehrmusters gegenüber Autoritäten, ein ausgesprochen starkes Abwehrverhalten auch gegenüber eigenen Emotionen und dadurch mehrheitlich affektive Starre und Affektverarmung mit einmaliger, dafür sehr ausgeprägter Affektinkontinenz in der zweiten Untersuchungssituation feststellbar.

Eine tiefliegende depressive Grundstörung mit starker neurotischer Abwehr sei nicht ausgeschlossen. Das Krankheitsverhalten des Beschwerdeführers habe einen deutlich wahnhaften Charakter angenommen (S. 9).

Dr. E. ___ nannte unter Ziffer II B 4 keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, bezüglich Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er fest: «unklar und offen»

(S. 10). Dazu erwog er, dass er grundsätzlich von einer schweren frühkindlichen Traumatisierung mit späteren Retraumatisierungen ausgehe. Die diversen, zum Teil äusserst grotesken Verhaltensauffälligkeiten des Beschwerdeführers seien in diesem Zusammenhang als schwere neurotische Abwehrmuster zu verstehen, die tiefliegende Konflikte zwar aushaltbarer machten, deren Lösung aber zugleich auch verhinderten. Entsprechende Auffälligkeiten in der Persönlichkeit, zumindest ausgeprägte Akzentuierungen, seien eindeutig vorhanden. Sie liessen das Geltungsbedürfnis und das Risikoverhalten des Beschwerdeführers in seiner Kranken- und damit auch Opferrolle erklären, auch eine mögliche Vulnerabilität für depressive Entwicklungen, die von ihm neurotisch abgewehrt würden und so mehrheitlich verborgen blieben. Die Kranken- und Opferrolle des Beschwerdeführers sei eindeutig mit dissoziativem Verhalten in Form eines dissoziativen Stupors verbunden. Auch liege eine ausgeprägte Neigung zum Somatisieren vor. Bewusstseinnahes Verhalten könne Simulation entsprechen, könne aber auch einem unbewussten Zweck dienen, nämlich als bedauernswert, schwer krank und hilfsbedürftig anerkannt zu werden. Die aktuelle Querschnittsuntersuchung werde im vorliegenden Fall als nicht geeignet für eine sichere diagnostische Befundung angesehen. Um dem Beschwerdeführer nicht Unrecht widerfahren zu lassen und mehr diagnostische Sicherheit zu gewinnen, werde deshalb anempfohlen, einen stationären psychiatrischen Aufenthalt zur Begutachtung zu veranlassen, um im Längsschnitt, der mindestens drei Monate dauern sollte, mehr diagnostische Sicherheit zu erlangen, idealerweise verbunden mit einer psychiatrischen Behandlung (S. 11). Auf eine Beurteilung der Arbeits- und

Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers werde angesichts der diagnostischen Unsicherheiten bewusst verzichtet, auch auf die Empfehlung allfälliger medizinischer oder beruflicher Massnahmen (S. 12). 4.3

Dr. D. ____

hielt in seinem rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 7/170/41-51 S. 10 f.)

in der Beurteilung fest, dass sich im Zusammenhang mit der Knie problematik die Morphologie, speziell die Gelenkkompartiment-Masse, sich im radiologischen Vergleich zur Vorsituation nicht mehr verändert habe. Zur Hüft problematik führte er aus, dass er keine direkten oder indirekten Zeichen einer längerdauernden relevanten Einschränkung oder residualen Störung finde. Bei tref fend die linke Hüfte halte er in Übereinstimmung mit der Einschätzung der Uniklinik F. ____ ein operatives Vorgehen nicht für zwingend. Ferner könne er genügend vertretbar und auch mit überwiegender Sicherheit ein entzündliches spezifisches Leiden oder eine anderweitig differenzierte Störung aus dem rheumatologischen Formenkreis ausschliessen (S. 8 f.).

Weiter beschrieb

er die dem Beschwerdeführer zumutbaren Tätigkeiten folgender massen: Die individuelle Wahl für Wechselpositionen solle bestmöglichst gegeben sein, repetitive Torsions- oder Schwenkbewegungen mit dem Rumpf und dem Oberkörper sowie monotone vorgebeugte, kniende oder kauernde Tätigkeiten sollen vermieden werden. Überkopftätigkeiten seien durchaus zumutbar, Heben und Tragen von Lasten bis Lendenhöhe maximal 60

kg, in Brusthöhe maximal 30

kg.

Das Arbeiten auf behelfsmässigen Arbeitsflächen (Gerüste, Leitern, Podeste oder

Ähnliches) sei nicht mehr zumutbar. Gehen in ebenem Gelände sei

ohne Limite zumutbar (sofern dies nicht mehrere Stunden am Stück beinhalten würde). Das Gehen in

unebenem Gelände sei auf ein Minimum zu beschränken. Das Bewältigen von Treppen sei ohne

weitere Einschränkung zumutbar (sofern dies ein « allgemein übliches Mass ») nicht überschreiten würde. Sitzende wie stehende Positionen

seien ohne weitere Limite zuzumuten (günstig sei aber auch

hier die Möglichkeit von Wechselpositionen). Das geschulterte Tragen von Lasten (Anhängetasche,

Rucksack, oder ähnliches) solle ein «allgemein übliches Mass» nicht überschreiten. Belastungen für

die obere Extremität seien leicht, mittelschwer und durchaus auch schwer zumutbar. Belastungen für

die unteren Extremitäten sollen überwiegend leicht, höchstens phasenweise mittelschwer sein. Das

berufliche Führen von Motorfahrzeugen oder das Bedienen und Führen von schweren Maschinen

sei theoretisch, rein bezogen auf den Bewegungsapparat, möglich (S. 10 f.) 5 .

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