

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01203 vom 22. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01203

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01203 du 22 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01203 del 22 maggio 2019

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts,

ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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. 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 psychischen 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 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (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 unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend 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

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung ,

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).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.5

hiervor). 4.2

Der Beschwerdeführer kritisiert das Gutachten in Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten und monierte eine fehlende Auseinandersetzung mit dem Vorgutachten (Urk. 1 S. 5) . Dem ist entgegenzuhalten, dass die abweichenden (verschlechterten) Diagnosen – wie der Beschwerdeführer selbst vorbrachte – auf veränderten Befunden basieren und damit dem gutachterlichen Ergebnis ein neuer Sachverhalt zu Grunde liegt. So stellte der psychiatrische Gutachter der A.____ einen ausgeprägten sozialen Rückzug sowie eine von Anfang an reduzierte Aufassungsspanne und Konzentration fest (vgl. Urk. 10/94/49) , während dem Gutachten der Z.____ diesbezüglich keine Auffälligkeiten zu entnehmen waren (vgl. Urk. 10/ 45 /24 f.) . Auch die durchgehend gedrückte Grundstimmung des Beschwerdeführers, welcher dabei ratlos, auffallend affektarm, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich und gereizt wirkte (A.____ -Gutachten, Urk. 10/94/49) , waren bei der Z.____ -Begutachtung noch nicht vorhanden . Daraus ergibt sich ,

dass

eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse evident ist . Dem psychiatrischen Teilgutachten des A.____ -Gutachtens vom 2. März 2017 mangelt es daher trotz lediglich knapper Bezugnahme auf das Z.____ -Gutachten vom 5. November 2012 nicht am rechtlich erforderlichen Beweiswert (vgl. beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 9C_336/2018

vom 5. Dezember 2018 E. 3.1 mit Hinweis).

Im Übrigen decken sich die gutachterlichen Feststellungen weitgehend mit den Befunden des behandelnden Psychiaters Dr. L.____ (E. 3.2), dessen Bericht vom 28. August 2017 vom Beschwerdeführer ins Recht gelegt wurde. Andere Erkenntnisse sind daher nicht zu erwarten, weshalb auf eine erneute Begutachtung in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E.

Id mit Hinweisen) verzichtet werden kann. 4.3

Dem Ausgeführten folgend ist festzuhalten, dass das A.____ -Gutachten vom 2. März 2017 beweiskräftig ist. Es

liegt - entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin - nicht eine abweichende Beurteilung desselben Sachverhaltes vor, vielmehr liegt es eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegend en

Wahrscheinlichkeit vor. 5. 5.1

Mit Blick auf das Gutachten ist soweit ersichtlich unstrittig, dass vornehmlich in psychiatrischer Hinsicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen ist.

Zu prüfen ist daher die Auswirkung des psychischen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Denn rechtsprechungs gemäss liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer Arbeitsunfähigkeit führt (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_505/2018 vom 17. Oktober 2018 E. 5.1). 5.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, 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; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines renten begründenden 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 beweibelastete 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).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regel fall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 6.1

6.1.1

Betreffend den Komplex «Gesundheitsschädigung» zeigt sich bezüglich des Indikators der «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde», dass der psychiatrische Gutachter Dr. I.____

bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.11) bei Neuralgie links temporal (ICD-10 G44.8), bei Status nach Schädel-/Hirntrauma mit Contusio cerebri 1990 (ICD-10 S06.4) und Status nach Kraniotomie links temporal nach 6

Monaten sowie einer akzentuierten Persönlichkeit mit narzisstischen und ängstlich-vermeidbaren Anteilen (ICD-10 F61.1/Z73.1) und einer leichten neuro-psychologischen Funktionsstörung (vgl. Urk. 10/94/52) insgesamt eine mittelgradige Beeinträchtigung des Beschwerdeführers ersah. Da gegen ist den psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren (familiärer und kultureller Druck an den Erstgeborenen, kulturelle Intoleranz gegenüber psychischen Schwächen und Krankheiten, Migration, vgl. Urk. 10/94/49 f. 53), welche rechtlich keine Invalidität zu begründen vermögen, Rechnung zu tragen. Diese unterhalten das Krankheitsempfinden des Beschwerdeführers in ausgeprägter Weise.

In Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Indikator der diagnoserelevanten Befunde damit nicht als erheblich ausgeprägt. 6.1.2

Zum Aspekt «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz» ist festzuhalten, dass in Anbetracht der erst seit 2015 niederfrequenten ambulanten psychiatrischen Behandlung mit einem Gespräch pro Monat und niedrig dosierter Antidepressiva (vgl. Urk. 10/80) von einer Behandlungsresistenz nicht ausgegangen werden kann, zumal sich die depressive Symptomatik gemäss dem behandelnden Psychiater Dr. L.____

verbessert hat (S. 3). Die dies bezüglichen Ausführungen des Gutachters

Dr. I. ____

(«... dass auch eine höher frequente oder stationäre Massnahme kaum eine Verbesserung erhoffen lässt») sind zu vage, als dass mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit eine

Behandlungsresistenz

anzunehmen ist (vgl. Urk. 10/94/56).

Eine solche kann auch dem Bericht von Dr. L. ____ nicht entnommen werden, ging er doch lediglich vermutungsweise davon aus, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage sei, auf eine Therapie adäquat zu reagieren

(Urk. 10/103/3).

Vorbehaltlich einer abgebrochenen Arbeitsplatzzerhaltung (Urk. 10/22) fanden bisher keine weitergehenden Eingliederungsmassnahmen statt. 6.1.3

Als « Komorbiditäten » zu berücksichtigende krankheitswertige Störungen sind mit den somatischen Gesundheitsschäden (E.

4. 1 hier vor) ausgewiesen. Allerdings wurden diesen eine maximale Auswirkung von 20 % auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt, welche überdies nicht mit der psychischen Einschränkung zu kumulieren ist. Daher erscheinen diese Störungen nicht ausgeprägt. 6.2

Bei den Komplexen « Persönlichkeit » und « sozialer Kontext » ergibt sich Folgendes: Beim Beschwerdeführer bestehen Persönlichkeitsakzentuierungen mit narzisstischen und ängstlich-vermeidenden Anteilen, wodurch sich schwere Einschränkungen in der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen zeigen (vgl. Urk. 10/94/11). Dem A. ____ - Gutachten können jedoch keine unmittelbaren Auswirkungen entnommen werden, welche die Reintegration in den Arbeitsprozess wesentlich behindern würden. Zudem ist diese Akzentuierung laut dem Gutachten zur Grundpersönlichkeit des Beschwerdeführers zu zählen

(vgl. Urk. 10/94/10). In diesem Sinne führte die Beschwerdegegnerin denn auch korrekt aus, dass der Beschwerdeführer bereits trotz akzentuierter Persönlichkeitsstörung jahrelang berufstätig war und demnach nicht von einer entscheidenden Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit auszugehen ist (vgl. Urk. 2 S.

2).

Alsdann ist der Beschwerdeführer seit 1991 verheiratet, hat vier Kinder und lebt mit seiner Ehefrau, einer Tochter und den beiden Söhnen in einer Wohnung (Urk. 10/94/6). Als Hobby bezeichnete der Beschwerdeführer Fussballschauen im Fernsehen. Zum Anlass der islamischen Feste telefonierte er etwa alle zwei bis drei Monate mit seinen Geschwistern, seinen alten Freundeskreis habe er verloren und habe nur noch lockere Kontakte zu Nachbarn und wenigen neuen Freunden (Urk. 10/94/7, 47). Er schlafe jeweils bis etwa 12.00 Uhr mittags. Nach dem Aufstehen frühstücke er zusammen mit seiner Frau das von ihr zubereitete Mahl und verbringe den Tag mit ihr zusammen zu Hause. Wenn sie gegen 17.00 Uhr arbeiten gehe, verlasse er oft das Haus und gehe spazieren oder Kaffee trinken (Urk. 10/94/7). Wenn seine Kinder dann zwischen 19.00 Uhr bis 20.00 Uhr nach Hause kämen, ässen sie gemeinsam zu Abend. Damit sind weder erheblich limitierende Persönlichkeitsmerkmale noch ein ausgeprägter sozialer Rückzug erkennbar. Vielmehr

fällt es dem Beschwerdeführer geradezu schwer, alleine zu Hause zu bleiben und durch die Einbettung in die Familie erhält sein sozialer Lebenskontext bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. 6.3

6.3.1

In der Kategorie «Konsistenz» ist bezüglich des Indikators gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen festzustellen, dass der Beschwerdeführer sich selbst als vollkommen arbeitsunfähig betrachtet (Urk. 10/94/8). Er stehe zwischen 12.00 und 13.00 Uhr auf und verbringe den Tag bis 17.00 Uhr zu Hause zusammen mit seiner Frau. Gegen 17.00

Uhr verlasse er oft das Haus und gehe spazieren oder Kaffee trinken. Er gehe relativ früh zwischen 22.00 und 23.00 Uhr schlafen. Dann schlafe er circa ein bis zwei Stunden, wache dann auf und könne nicht mehr schlafen. Der Beschwerdeführer gehe dann ins Wohnzimmer, setze sich auf das Sofa und schaue fern, bis er müde werde. Gegen Morgen, circa 06.00 bis 07.00 Uhr, gehe er dann ins Bett und schlafe bis Mittag (Urk. 10/94/7). Die Mahlzeiten werden alle von der Frau des Beschwerdeführers zubereitet und auch jegliche Haushaltstätigkeiten verrichten die Ehefrau und die Töchter des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 10/94/47 f.). Das geschilderte Tagesaktivitätsniveau ist demzufolge zwar in einem gewissen Umfang eingeschränkt, jedoch nicht entsprechend einer 50%igen und schon gar nicht der von ihm geltend gemachten 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Denn auch das Abwälzen jeglicher Haushaltstätigkeit auf die Ehefrau und die Töchter ist in medizinischer Hinsicht nicht nachvollziehbar und kann nicht als konsistent betrachtet werden. 6.3.2

Im Rahmen des Indikators «ausgewiesener Leidensdruck» fällt auf, dass der Beschwerdeführer erst seit

2015 in niederfrequenter ambulanter psychiatrischer Behandlung mit einem Gespräch pro Monat steht; die Antidepressiva sind niedrig

dosiert (E. 6.1.2 hiervor). Zwar sieht der psychiatrische Fachgutachter Dr. I.____ die aktuelle ambulante psychiatrische Behandlung als optimal an (Urk. 10/94/14), begründet diese Einschätzung indes vornehmlich mit psychosozialen und soziokulturellen Elementen (Sprachhürde, interkultureller Kontext, geringe Schulbildung, Urk. 10/94/56). Von einem ausgewiesenen Leidensdruck kann in Anbetracht dieser geringen Behandlungsintensität – vorrangig begründet durch IV-fremde Umstände –

nicht gesprochen werden. Sodann bemühte sich der Beschwerdeführer trotz gutachterlich festgestellter vollumfänglicher Arbeitsfähigkeit, von welcher auch das hiesige Gericht ausgegangen war, nie um Eingliederungsmassnahmen, weshalb auch eingliederungsanamnestisch kein Leidensdruck ausgewiesen ist. 6.4

Die gesamthafte Betrachtung der rechtserheblichen Indikatoren führt somit zum Schluss, dass ein gewisser Leidensdruck besteht, jedoch insbesondere mit Blick auf die Kategorie «Konsistenz» nur wenig ausgeprägte Einschränkungen ausgewiesen sind. Auch die Komplexe «Persönlichkeit» und «sozialer Kontext», aus welchen sich durchaus mobilisierende Ressourcen ergeben, lassen nicht auf einen rechtsgenügenden Bezug zwischen den gestellten Diagnosen und deren funktionellen Auswirkungen im Sinne einer erheblich (häufig) eingeschränkten Arbeitsfähigkeit – wie sie neben dem A.____-Gutachten auch Dr. L.____ attestiert hat (Urk.10/103/3) – aus psychiatrischer Sicht schliessen. 7.

Die Verwaltung lehnte einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente mit der Begründung einer abweichenden Beurteilung desselben Sachverhaltes ab (E. 2.1 hiervor). Wie soeben dargelegt, kann dem nicht gefolgt werden. Dennoch ist eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht zu verneinen. Entgegen dem Beschwerdeführer verbleibt

somit noch eine somatisch bedingte nachvollziehbare Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit von 20 % (Urk. 10/94/13 f., zum Beweiswert des Gutachtens vgl. E. 4.1 hiervor). Vor diesem Hintergrund sind sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen anhand der identischen Tabellenwerte zu bestimmen (zum sog. Prozentvergleich vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad entspricht damit dem Arbeitsfähigkeitsgrad von 20 %. Da sich gestützt auf die vorliegenden

Akten kein leidensbedingter Abzug rechtfertigt – er in solcher wurde überdies auch nicht beantragt – resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Manfred Lehmann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 Gräub-Frischknecht

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 30. Oktober 2017 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten und es seien weitere Abklärungen vorzunehmen. Eventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, um weitere Abklärungen zu tätigen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. In formeller Hinsicht beantragte er, es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen (S. 2).

Die IV-Stelle schloss am 12. Dezember 2017 (Urk. 9) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 28. Dezember 2017 (Urk. 11 Ziff. 1, 2) zur Kenntnis gebracht wurde. Gleichzeitig wurde das Begehren um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung abgewiesen.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle

begründete die angefochtene Verfügung zur Hauptsache damit, dass das im Rahmen der neuen medizinischen Abklärungen erstellte A.____-Gutachten vom 2. März 2017

lediglich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes enthalte. Die angegebenen Leiden seien bereits im Z.____-Gutachten vom 5. November 2012 erwähnt. Im Weiteren gehe der Beschwerdeführer keiner intensiven medizinischen Behandlung nach und die Zunahme der Kopfbeschwerden könne er nicht genauer beschreiben. Auch äussere Faktoren (kulturellbedingter Druck, Sprachhürde, geringe Schulbildung, Trennung von der Herkunftsfamilie) könnten nicht berücksichtigt werden (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer (Urk. 1) hält im Wesentlichen dagegen, in Bezug auf die Diagnosen weiche das A.____-Gutachten erheblich vom Gutachten der Z.____ ab. Insbesondere würden entgegen der Z.____ wesentliche Diagnosen gestellt, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Das psychiatrische Teilgutachten der A.____ stelle eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit fest und eine 50 % Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (S. 5). Ferner wendet er ein, dass es der psychiatrische Gutachter gegen die Regeln einer Begutachtung unterlassen habe, sich mit dem früheren Gutachten der Z.____ auseinanderzusetzen (S. 5). Dieser psychiatrische Teilbereich des Gutachtens leide dadurch an einem erheblichen Mangel. Zur Klärung sei eventualiter ein weiteres psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben (S. 6).

E. 2.3

Vergleichsbasis im vorliegenden Neuanmeldeverfahren bildet die mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 17. Juni 2014 (Urk. 10/72) geschützte Verfügung vom 25.

Februar 2013 (Urk. 10/61). Das Gericht stützte sich in medizinischer Hinsicht auf das Z.____-Gutachten vom 5. November 2012 (Urk. 10/45). Darin nannten die verantwortlich zeichnenden Ärzte, Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie FMH, Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, und Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie Dipl.-Psych. Dipl.-Inf.-Wiss. E.____ folgende Diagnosen (S. 17): - Status nach Schädelhirntrauma am 26. Januar 1990 mit akutem Subdural- und Epiduralhämatom

frontotemporal links - Kalottenfraktur

frontotemporal links - Chronisches Kopfweh vom Spannungstyp - Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (F45.41) mit/bei minimalen bis leichten neuropsychologischen Beeinträchtigungen (Differentialdiagnose Entwicklung körperlicher Symptome aufgrund psychischer Faktoren, F68.0)

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei der Beschwerdeführer sowohl aus neurologischer, psychiatrischer, neuropsychologischer und internistischer Sicht für die bisherige Tätigkeit voll arbeitsfähig (S. 18). 3. 3.1 3.1.1

Die an der Erstellung des polydisziplinären (versicherungsmedizinisch, psychiatrisch, neurologisch, neuropsychologisch)

A.____ -Gutachtens vom 2. März 2017 (Urk. 10/94) beteiligten med. pract . F.____ ,
Fachärztin für Innere Medizin, Dr. med. G.____ , Fachärztin für Innere Medizin, Dr. med.
H.____ , Innere Medizin FMH, Dr.

med. I.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. J.____ , Fachärztin für
Neurologie , sowie Prof. Dr. rer . nat. med. habil. Dipl.-Psych. K.____ stellten aus
interdisziplinärer Sicht die folgenden Diagnosen (Urk. 10/94/9 f.):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Mittelgradige depressive Episode mit
somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - C hronische Schmerzstörung mit somatischen
und psychischen Fak to ren (ICD-10 F45.41) - B ei chronischen
Spannungs-Stress-Kopfschmerzen links temporal bei 2. Status nach Schädel-Hirn-Trauma
mit St atus n ach

Epiduralhämatom

tem poro-basal links und Epiduralhämatom frontal links bei Kalottenim p re s sionsfraktur
links fronto temporal - Leichte neuropsychologische Störung mit leichtgradigen neurokogni
tiven Defiziten insbesondere im Bereich der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der
Flexibilität sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit 3. Akzentuierte Persönlichkeit mit
narzisstischen und ängstlich-vermeiden den Anteilen (ICD-10 F61.1/Z73.1) 4. Nervus
occipitalis -Neuralgie links 5. Aktenanamnestisch Verdacht auf strukturelle Epilepsie mit: -
Anfallssemiotologie: komplex-fokalen und (schlafgebundenen) sekundär generalisierten
Anfällen, DD psychogen en Anfällen - Elektroenzephalografie vom 26.11.2015:
Knochenlückeneffekt lin k s frontotemporal mit mässigem Herdbefund - Anamnestisch
anfallsfrei ohne antiepileptische Medikation

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Nikotinabhängigkeitssyndrom 2.
Normochrome normozytäre Anämie 3.1.2

In ihrer medizinischen Beurteilung führten die Gutachter aus , gemäss aktueller
psychiatrischer Beurteilung werde vom Vorliegen einer akzentuierten Persönlich keit mit
narzisstischen und ängstlich-vermeidbaren Anteilen ausgegangen. Der Beschwerdeführer
habe im Rahmen dieser Grundpersönlichkeit immer hohe An sprüche an sich selbst gehabt
beziehungsweise diese seien von aussen an ihn ge stellt worden. Dieser narzisstische
Persönlichkeitszug, es den Eltern und allen zeigen zu wollen, alleine stärker sein zu wollen,
den Schmerz beherrschen zu wollen , könne als narzisstische Kompensation des
depressiven Grundkonfliktes interpretiert werden. Diese Kompensationsstrategie habe bis
2010 aufrechter hal ten werden können, stell e aber in seinem Kern ein letztlich

dysfunktionales Bewältigungsmuster dar. Dies sei ab 2010 nicht mehr gelungen und die damit verbundenen depressiven Symptome hätten in der Folge persistiert. Die depressiven Symptome würden aber im Wesentlichen in dem Symptom Kopfschmerz zum Ausdruck gebracht. In den psychometrischen Testungen mittels BDI II (Beck'sches Depressions-Inventar in seiner DSM4 adaptierten Version) und Hamilton Ratings Scale for Depression habe jeweils eine mittelgradig depressive Symptomatik nachgewiesen werden können, was aus klinischer Sicht bestätigt werden könne. Die psychiatrische Komponente der Schmerzstörung entspreche einer depressiven Symptomatik mittleren Ausmasses, die unter Würdigung des soziokulturellen Hintergrundes dem Beschwerdeführer nicht bewusst sei, sondern die sich viel mehr hinter der nur teilweise somatisch zu begründenden Schmerzsymptomatik verberge. Daher könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen (Neuralgie) und psychischen (depressive Symptomatik, dysfunktionales Verhalten) Faktoren gestellt werden. Das fehlende Ansprechen auf die verschiedenen medikamentösen und interventionellen Therapieversuche zeige, dass die psychischen Faktoren überwiegen würden und diese nicht auf somatisch orientierte Therapiemassnahmen ansprächen. Die dysfunktionale Schmerzverarbeitung und die depressive Symptomatik stünden damit im Vordergrund der komplexen Schmerzstörung (Urk. 10/94/

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 10

f.) .

Aus neuropsychologischer Sicht wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer bestehe eine deutliche Ermüdbarkeit sowie eine diskrete Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit insbesondere im Bereich der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der Flexibilität. Die objektivierbaren neuropsychologischen Defizite seien am ehesten als neurokognitives Residuum des stattgehabten Schädel-Hirn-Traumas erklärbar. Im Hinblick auf etwaige weitere Residuen des Schädelhirntraumas von 1990 sei eine strukturelle (symptomatische) Epilepsie mit komplex-fokalen bis sekundär generalisierten Anfällen zu diskutieren. Gemäss Aktenlage habe der wahrscheinlich letzte Anfall im Herbst 2010 und fraglich (ein fach-)fokale Anfälle mit motorischen Entäusserungen im Schlaf im Januar 2010 vorgelegen, welche unter einer Zieldosis von 200 mg Pregabalin sistiert hätten. Eine strukturelle (symptomatische) Epilepsie sei im Hinblick auf die Elektroenzephalografie-Befunde möglich. Es hätten sich neben dem Herdbefund temporal links zum Teil auch Zeichen einer zerebralen Übererregbarkeit gezeigt. Der strukturelle Defekt links temporal stelle dabei einen potentiellen epileptogenen Fokus dar. Eine strukturelle Epilepsie könne daher nicht sicher ausgeschlossen werden, auch wenn es ungewöhnlich sei, dass erst Jahre nach dem stattgehabten Schädelhirntrauma erstmals epileptische Anfälle auftreten würden. Insbesondere würden sich die Patienten bei komplex-fokalen Anfällen oft nicht an die Anfälle erinnern, so dass der Eindruck einer Pseudo-Anfallsfreiheit entsteht. Aus diesen Gründen müsse die Verdachtsdiagnose einer Epilepsie bei der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden (Urk. 10/94/ 11) .

In interdisziplinärer Hinsicht wiesen die Gutachter darauf hin, dass die oben her geleiteten Diagnosen durch die im Juli 2015 durchgeführte SPECT MRT Untersuchung

unterstützt würden. Es sei en beim Nachweis einer asymmetrischen Per fusionsminderung linkstemporal, fronto -orbital, gering fronto -lateral und occi pital sowie rechts fronto -orbi tal und im Thalamus rechts eine

postkontusionelle

Störung nach Schädelhirntrauma, ein epileptogener Fokus links temporal (passend zum Elektroenzephalografie Befund) sowie eine mit einer depressiven Erkrankung potenziell zu vereinbarende Minderung im dorsolateralen präfrontalen Kortex links gesehen worden. Die Untersuchung unterstütze die neu rologischen, neuro psychiatrischen und psychiatrischen Beobachtungen und Diagnosen, sage aber nichts über die zugrundeliegende Schwere der Defizite aus. Die Kombination einer vorbestehenden Persönlichkeitsakzentuierung mit einer strukturellen hirnorgani schen Schädigung sei insbesondere im Hinblick auf die psychische Verarbeitung und intrinsische Steuerungsfähigkeit ungünstig und sich gegenseitig negativ verstärkend (Urk. 10/94/11) . 3.1.3

Zu den funktionellen Auswirkungen der objektivierten Befunde/Diagnosen legten die Experten dar, die Funktionsstörungen seien nach dem Mini-ICF APP-Index beurteilt worden. Dabei hätten sich schwere Einschränkungen in der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen als Folge der narzisstisch akzentuierten Persönlichkeit gezeigt. Es h ätt e n sich eine Antriebsstörung, Freudlosigkeit und eine Interessensminderung gezeigt. Des Weiteren habe sich eine schwere Ein schränkung in der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben auf grund der depressiven Kognition gezeigt. Aufgrund der formalen Denkstörung habe eine schwere Einschränkung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit fest gestellt werden können. Es habe sich eine schwere Einschränkung in der Anwen dung fachlicher Kompetenzen sowie in der Selbstbehauptungsfähigkeit und in de r Kontaktfähigkeit zu Dritten und in der Gruppenfähigkeit gezeigt. Des Weite ren habe sich eine schwere Einschränkung bezüglich familiärer bzw. intimer Be ziehungen gezeigt

(Urk. 10/94/11 f.) .

Die somatisch zu begründenden einschliessenden Schmerzempfindungen im Bereich des Okziput , begleitet von Dysästhesien mit einer maximalen Attackendauer von zehn Minuten , führten aus isoliert neurologischer Sicht zu einer leichtgradigen Beeinträchtigung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit. Während der kurzen, aber schmerzintensiven Attacken komme es jeweils zu einem zwangsläufigen Nieder legen begonnener Aktivitäten (Urk. 10/94/ 1 2) .

Aus neuro logisch-neuropsychologischer Sicht bestehe beim Beschwerdeführer als Folge des stattgehabten Schädelhirntraumas der Verdacht auf eine strukturelle (symp tomatische) Epilepsie. Daher könnten dem Beschwerdeführer keine Tätig kei ten in grosse n Höhen mit erhöhter Sturz-/Absturzgefahr, Tätigkeiten an schweren schnell laufenden, offenen Maschinen, Tätigkeiten, die das Führen von Kraftfahrzeugen bedingen, Pikettdienste oder Tätigkeiten mit Nachtschic hten mehr zugemutet werden (Urk. 10/94/12) .

Zusammenfassend sei zu sagen, dass die psychischen Faktoren den Beschwerde führer und seine Arbeitsfähigkeit mehr einschränk t en als die isolierten kurzen (somatisch bedingten) Schmerzepisoden, so dass diesbezüglich die führende psy chiatrische Einschätzung berücksichtigt werden müsse (Urk. 10/94/ 12) . 3.1.4

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit führ t en die Gutachter im Wesent lichen aus, seit dem Gutachten des Z.____ vom 5. November 2012 sei eine ten den zielle

Verschlechterung – bedingt vor allem durch die psychiatrische Grunderkrankung – eingetreten. Aufgrund der psychiatrischen Diagnosen bestehe aufgrund der depressiven Symptomatik sowie der chronischen Schmerzsymptomatik und der Persönlichkeitsakzentuierung mit klinisch relevantem Ausmass aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit August 2011 bis zum heutigen Tag. Die neuropsychologischen Befunde führten nicht zu einer höheren Einschränkung. Die Befunde seien in der Vergangenheit unterschiedlich bewertet worden. So sei in der neuropsychologischen Untersuchung vom 23. November

2015 eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung postuliert worden, die insbesondere bei hohen kognitiven Anforderungen zu einer mittelschweren Beeinträchtigung führen könne, und ab dem 23. November 2015 postuliere eine Arbeitsunfähigkeit von 60 %. Da aktuell nur noch eine leichte neuropsychologische Störung objektiviert werden könne, sei zum aktuellen Zeitpunkt von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (begründet mit der leicht erhöhten Ermüdbarkeit, durch die leicht reduzierte Belastbarkeit und durch die leichtgradig neurokognitiven Defizite im Bereich der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der Flexibilität) auszugehen, welche sich nicht mit den psychiatrischen Einschränkungen kumuliere. Aus rein internistischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/94/13 f.). 3.2

In seinem Bericht vom 28. August 2017 (Urk. 10/103) bestätigte der behandelnde Psychiater Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die gutachterlichen Diagnosen und schilderte folgende Befunde:

« Bewusstseinsklar, in allen Qualitäten voll orientiert. Keine Auffassungsstörung vorhanden. Leichte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen vorhanden. Im formalen Denken kohärent, jedoch weiterhin deutlich eingeengt auf seine chronischen Kopfschmerzen und damit verbundene Einschränkungen im Alltag sowie schwierigen psychosozialen Situation. Keine Anhaltspunkte für Zwangsgedanken und Handlungen. Hypochondrische und zukunftsbezogene Befürchtungen weiterhin vorhanden. Er berichtete über persistierende linksseitige brennende Kopfschmerzen. Die Kopfschmerzen nehmen bei körperlichen und psychischen Anstrengungen und Belastungen deutlich zu. Keine Anhaltspunkte für inhaltliche Denkstörungen und Sinnestäuschungen sowie Ich-Störungen. Im Affekt ist er deprimiert, affektarm und dysphorisch. Vitale Gefühle sind herabgesetzt. Er berichtete weiterhin über andauerndes Gefühl von Leere und Hoffnungslosigkeit sowie andauerndes Gefühl von Nervosität. Das Selbstwertgefühl vermindert. Mittelsgradige Antriebsverminderung, psychomotorisch unauffällig. Chronische Ein- und Durchschlafstörungen vorhanden, Patient klagt über starke Müdigkeit. Appetit nicht verändert. Keine Anhaltspunkte für Fremdaggressivität. Der Patient berichtete über geringe Stresstoleranz. Sozial habe er sich eher zurückgezogen. Es bestehen keine Anhaltspunkte für akute Suizidalität » (S. 2). 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten des A.____

(E. 3.1) beruht auf den notwendigen psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen und erweist sich für die streitigen Belange als umfassend. Die Gutachter setzten sich detailliert mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinander, erstellten ihre Beurteilung in Kenntnis der wesentlichen Vorakten

und die daraus unter Nennung der medizinischen Zusammenhänge gezogenen Schlussfolgerungen leuchten ein. Namentlich legt es dar, dass in psychiatrischer Hinsicht eine akzentuierte Persönlichkeit mit narzisstischen und ängstlich-vermeidenden Anteilen, ein dysfunktionales Bewältigungsmuster sowie eine mittelgradige depressive Symptomatik nachgewiesen werden kann. Im Vordergrund der daraus resultierenden komplexen Schmerzstörung stehen dabei die dysfunktionale Schmerzverarbeitung und die depressive Symptomatik (Urk. 10/94/10 f.). In somatischer Hinsicht zeigten die Experten auf, dass beim Beschwerdeführer infolge des stattgehabten Schädelhirntraumas zwar somatisch begründbare einseitige Schmerzen (Urk. 10/94/71), leichtgradige Beeinträchtigungen im Aufmerksamkeits-, Gedächtnis-, und Flexibilitätsbereich sowie eine pathologische Müdigkeit (vgl. Urk. 10/94/73, 94) und der Verdacht einer strukturellen (symptomatischen) Epilepsie vorliegen (Urk. 10/94/75), merkten jedoch an, die psychischen Faktoren würden überwiegen, und verwiesen auf die psychiatrische Einschätzung (vgl. Urk. 10/94/12, 71, 75).

In diesem Sinne ist es ohne Weiteres nachvollziehbar, dass die Gutachter auf eine vor allem durch die psychiatrische Grunderkrankung bedingte tendenzielle Verschlechterung schlossen und demzufolge in der angebotenen Tätigkeit aus rein psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 % sowie aus neuropsychologischer Sicht eine nicht zu kumulierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %

bescheinigten

(Urk. 10/94/13 f.). Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemäßen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E.

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