

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00560 vom 7. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00560

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00560 du 7 novembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00560 del 7 novembre 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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente , 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. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung 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).

E. 1.4

Am 22. November 2016 (Eingangsdatum) meldete sich X.____ erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/198). Die IV-Stelle zog die Akten der Suva bei (Urk. 7/200/1-123). Ausserdem holte sie den Arbeitgeberbericht der G.____ vom 21. Dezember 2016 (Urk. 7/211) und die Arztberichte von Dr. med.

H.____, Allgemeinmedizin FMH, vom 20. Dezember 2016 (Urk. 7/210) und vom 28. Juni 2017 (Urk. 7/226/1-5), von Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Dezember 2016 (Urk. 7/213), vom 21. Juni 2017 (Urk. 7/225/1-4) und vom 2. Oktober 2017 (Urk. 7/237) sowie der J.____ vom 31. Juli 2017 (Urk. 7/227/1-8) ein. Sodann liess die IV-Stelle das polydisziplinäre Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie) der K.____ vom 15. November 2017 erstellen (Urk. 7/242/1-93). Mit Vorbescheid vom 3. Januar 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sein Leistungsbegehren voraussichtlich abgewiesen werde (Urk. 7/247). Gegen diesen Vorbescheid erhob X.____ durch die sozialen Dienste der Stadt Zürich am 30. Januar 2018 (Urk. 7/250) bzw. am 27. März 2018 (Urk. 7/257) unter Beilage der Stellungnahme von Dr. I.____ vom 19. März 2018 (Urk. 7/256) Einwand. Mit Verfügung vom 23. Mai 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk. 2). 2.

Gegen diese Verfügung erhob X.____ durch die sozialen Dienste der Stadt Zürich Beschwerde mit folgenden Anträgen (Urk. 1 S. 2):

«1.

Die Verfügung vom 23. Mai 2018 sei aufzuheben.

2.

Es sei dem Beschwerdeführer eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen.

3.

Es sei die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.

4.

Unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.»

Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 28. August 2018 auf weitere Ausführungen und ersuchte um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 3. September 2018 mitgeteilt (Urk. 8). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 1.4.1

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

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

E. 1.4.2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezial ärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_823/2018 vom 1 1. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen).

E. 1.4.3

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfah rungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patien tinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten ander seits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abwei chende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bun desgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom 2 3. Mai 2018 fest, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Chauffeur zu 50 % und einer den gesundheitlichen Einschränkungen optimal angepassten Arbeit zu 70 % zumutbar sei. Als Chauffeur habe er ein Einkommen von Fr. 38'400.-- jährlich erzielen können, in einer optimal angepassten Arbeit wäre ihm ein Jahresverdienst von Fr. 47'218.30 möglich. Der Beschwerdeführer erleide damit keine Einkommenseinbusse und es bestehe kein An spruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2). 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerdegegnerin habe ihm zu Unrecht ein Valideneinkommen von lediglich Fr. 38'400.-- ange rechnet. Dieses

Einkommen beziehe sich auf seine letzte Anstellung. Es sei jedoch auf dasjenige Einkommen abzustellen, welches der Beschwerdeführer bei voller Gesundheit erzielen würde. Vor dem Unfälle reignis sei er im Verkauf tätig gewesen. Als Verkäufer könnte er ein Einkommen von Fr. 69'855.-- erzielen. Seine angestammte Tätigkeit habe er vor vielen Jahren aus gesundheitlichen Gründen aufgeben müssen. Beim Invalideneinkommen sei ausserdem ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen. Der Beschwerdeführer sei bei der Ausübung einer Hilfs arbeitertätigkeit zusätzlich eingeschränkt, indem er diverse Zwangspositionen und keine repetitiven Bewegungen über der Schulter ausüben könne. Es sei ein Abzug von mindestens 5 % vorzunehmen. Sodann sei die Beschwerdegegnerin von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit ausgegangen, obwohl ihm aktuell nur eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werde. Alleine bei Berücksichtigung dieser Faktoren habe der Beschwerdeführer Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Zu berücksichtigen sei aber im Weiteren, dass das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten Mängel aufweise, insbesondere sei der medizinische Sachverhalt im psychiatrischen Fachbereich nicht richtig erfasst worden (Urk. 1). 3. 3.1

Laut dem Gutachten der MEDAS D. ___ vom 16. August 2001 bestanden beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen (Urk. 7/65/12):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Generalisiertes Schmerzsyndrom (ICD-10:M54.9, T08), betont in der rechten Körperhälfte bei/mit • thorakovertebraler Symptomatik nach operativ stabilisierter BWK9-11-Fraktur 1/95 • möglicher neurologischer Restsymptomatik • Status nach offener Scapulafraktur rechts • Status nach subtalarer

Arthrodeese wegen offener Luxationsfraktur rechter Fuss 1/95 2. Rechtsbetontes sensibles Parasyndrom mit dissoziierter Sensibilitätsstörung gemäss Akten unterhalb Th7 rechts, aktuell unterhalb C4 rechts, DD: der Höhenzunahme des sensiblen Niveaus: • Symptomausweitung bei Verarbeitungsstörung • posttraumatische Siringomyelie

3. Verdacht auf leichte druckbedingte Nervus - ulnaris -Neuropathie rechts (Amerikaner-Gehstock rechts) ohne funktionelle Relevanz 4. Leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) 5. Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Verdacht auf Schalleitungsschwerhörigkeit rechts ohne funktionelle Relevanz

Die Folgen des Unfalls von 1995 hätten im Verlauf zur Entwicklung einer leicht- bis mittelgradigen Depression geführt. Seit etwa zwei Jahren werde diese medikamentös behandelt, wobei der Beschwerdeführer offenbar gut anspreche. Weiter zeigten sich akzentuierte Persönlichkeitszüge. Neurologisch bestehe eine sensible Hemisymptomatik mit Beteiligung des gesamten rechten Armes und der Schulter. Es könne von einem rechtsbetonten sensiblen Parasyndrom mit dissoziierter Sensibilitätsstörung gesprochen werden, wie es bereits in der B. ___ erhoben worden sei. Die fehlenden Muskeleigenreflexe der rechten Seite dürften Residuen von Nervenwurzelaffektionen nach erlittenem Trauma darstellen. Anhaltspunkte für ein Karpaltunnelsyndrom fehlten zur Zeit. Daneben bestehe der Verdacht auf eine Schalleitungsschwerhörigkeit, welche im Alltag jedoch gut kompensiert werde. Rheumatologisch bestehe eine Verminderung der Belastbarkeit der Wirbelsäule nach BWK-Fraktur. Dieser Befund führe zu chronischen Rückenschmerzen. Als Lagerist könne der Beschwerdeführer nicht mehr arbeiten. Dagegen bestehe für körperlich leichte Tätigkeiten ohne Zwangshaltung, häufiges Bücken und langdauernde

repetitive Tätigkeiten, Tragen und Heben von Gewichten über 5 kg aufgrund der verminderten emotionalen Belastbarkeit aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Für diese behinderungsangepassten Tätigkeiten bestehe aus rheumatologischer und neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Gesundheitszustand sei prinzipiell besserungsfähig, wobei die akzentuierten Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers als Rehabilitationshindernis erachtet werden müssten. 3.2

Dr. E.____

diagnostizierte in ihrem Bericht vom 10. April 2003 (Urk. 7/150) eine mittelschwere depressive Störung mit gedrückter Stimmung, Freudlosigkeit, selbst- und fremdgefährlichen Impulsen, mit sozialem Rückzug, Schlaf-, Arbeits- und Konzentrationsstörungen, Essstörung mit Gewichtszunahme und körperlichen Schmerzen. Diese Beschwerden hätten in letzter Zeit zugenommen. Derzeit sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig, eine Wiedereingliederung ins Berufsleben wäre aber aus psychiatrischer Sicht langfristig anzustreben. 3.3

Das Eidgenössische Versicherungsgericht (heute: Bundesgericht) hat in seinem Urteil vom 6. April 2006 (Urk. 7/156) festgehalten, das hiesige Gericht und die Beschwerdegegnerin hätten der Invaliditätsbemessung zu Recht die im Gutachten der MEDAS D.____ vom 16. August 2001 festgehaltene Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zugrunde gelegt. Zum zitierten Bericht von Dr. E.____ vom 10. April 2003 führte das höchste Gericht insbesondere aus (Urk. 7/156/8), dieser enthalte keine Angaben, wonach eine verselbständigte psychische Erkrankung vorliege. Ebenso wenig biete er etwa Grundlage zur Annahme, die depressive Störung sei therapieresistent und chronifiziert. Es könne daher nicht davon ausgegangen werden, der Beschwerdeführer könne nicht mehr den Willen aufbringen, seine körperliche Restarbeitsfähigkeit zu verwerten. 3.4 3.4.1

Gemäss dem an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers gerichteten Bericht von Dr. E.____ vom 5. Dezember 2005 (Urk. 7/153) besteht beim Beschwerdeführer nach wie vor eine schwere depressive Störung mit Schlaf-, Konzentrations-, Arbeits- und Essstörungen, Freud- und Interesseverlust, Grübelzwang, sozialem Rückzug, unkontrolliertem Alkoholkonsum (als Selbstheilungsversuch) und körperlichen Schmerzen, denen er sich ausgeliefert erlebe. Seine Stimmung sei gedückt, er verspüre starke aggressive Impulse gegen sich selber und gegen Fremde. Die psychischen Symptome nähmen an Stärke zu und seien therapieresistent. Der Beschwerdeführer komme regelmässig alle zwei Wochen zu psychotherapeutischen Gesprächen und werde auch psychopharmakologisch behandelt. Verschiedene Psychopharmaka seien bereits ohne Erfolg ausprobiert worden. Es handle sich um eine Persönlichkeitsstörung, aufgrund welcher der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig sei. Wegen der Therapieresistenz und der stetigen Zunahme der Beschwerden bestehe die Gefahr eines unkontrollierten Impulsdurchbruchs mit akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung. 3.4.2

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht vom 7. Juni 2006 (Urk. 7/165) diagnostizierte Dr. E.____ eine schwere depressive Störung sowie einen Status nach Polytrauma (Autounfall) am 1. Januar 1995 und attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar 1995 bis auf weiteres. Der Beschwerdeführer habe sich von seinem Autounfall nie mehr erholt. Es handle sich um einen adipösen Patienten in depressiver Stimmung mit suizidalen und fremdgefährlichen Impulsen. Der Beschwerdeführer sei enttäuscht, klage über zahlreiche Beschwerden und fühle sich schnell schlecht behandelt.

Die seit Jahren bestehende depressive Störung habe in den letzten zwei Jahren an Intensität zugenommen. Neu seien ein vermehrter Alkoholkonsum und suizidale Gedanken vorhanden und auch andere Symptome hätten an Stärke zugenommen. Aufgrund seiner psychischen Störung sei der Beschwerdeführer seit Jahren zu 100 % arbeitsunfähig. 3.4 .3

Auf entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin vom 24. Januar 2007 (Urk. 7/172) führte Dr. E.____ am 7. Februar 2007 (Urk. 7/173) ergänzend aus, beim Beschwerdeführer handle es sich um einen adipösen Patienten in gedrückter Stimmungslage. Er sei gereizt und angespannt. Zeitlich, örtlich und situativ sei die Orientierung intakt. Es gebe keine Anhaltspunkte für formale Denkstörungen. Der Beschwerdeführer sei inhaltlich eingeeignet auf die eigenen psychischen und körperlichen Beschwerden. Er leide unter Interesseverlust, Tagesschwankungen mit morgendlichem Tief, Selbstwertstörungen, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, teilweise fremdgefährlichen und suizidalen Gedanken und Impulsen. Der Beschwerdeführer habe sehr pessimistische Zukunftsperspektiven und konsumiere zeitweise übermässig Alkohol. Es liege der ICD-Code F33.11 [=rezidiierende depressive Störung, gegenwärtig mit telgradige Episode, mit somatischem Syndrom] vor. 3.5

Gemäss dem Bericht von SUVA-Kreisarzt Dr. F.____ vom 26. Januar 2006 (Urk. 7/169) hat der Beschwerdeführer beim Verkehrsunfall vom 1. Januar 1995 multiple Verletzungen erlitten. In erster Linie sei es zu einer instabilen BWK-Fraktur auf den Niveaus 9 - 11, einer Scapulafraktur rechts mit Weichteildefekt dorsal und Luxationsfrakturen im Mittelfuss rechts sowie einer Lungenkontusion gekommen. Die Wirbelsäule sei spondylodesiert worden und sei längst konsolidiert. Es würden chronische Rückenbeschwerden beklagt und die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei eingeschränkt. Eine gelegentliche Veränderung der Körperstellung sei nötig, stark verdrehte Positionen seien zu vermeiden. Im Weiteren liege eine leichte neurologische Störung im Sinne eines Brown- Séquard -Syndroms mit Verminderung der Schmerzen und Temperaturempfindung rechts ab hochthorakalem Niveau vor. Aus neurologischer Sicht sei die Gehfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt, zu Beschwerden komme es im rechten Fuss bei höheren Gehleistungen. Die Beschwellung des Fusses sei kräftig, das Gehen aber auf ebene Unterlagen zu beschränken. Etwa einen Drittel der Arbeitszeit sollte der Beschwerdeführer intervallweise im Sitzen leisten können. Die eingeschränkte Belastbarkeit des rechten Fusses sei im MEDAS-Gutachten aus dem Jahre 2001 etwas weniger betont worden, sonst gebe es heute keine wesentlichen Unterschiede zum damals erhobenen Status. Das Carpal-Tunnel-Syndrom rechts mache geringe Beschwerden, eine zwingende Behandlungsbedürftigkeit bestehe nicht. Die psychische Situation werde insofern anders eingeschätzt als im Jahre 2001, als eine leichtgradige depressive Episode und akzentuierte Persönlichkeitszüge attestiert worden seien. Der Beschwerdeführer realisiere, dass sein Leben gleichsam an ihm vorbeiziehe und er nicht in der Lage sei, aktiv daran zu partizipieren. Dies habe zu einer Verbitterung geführt, welche nun in Gleichgültigkeit umschlage. Es gebe ein Risiko von Gewaltausbrüchen mit Fremd- oder auch Selbstaggression. Vorläufig sei der Beschwerdeführer eher apathisch. Er erkläre, wenn ihm auch die SUVA-Rente, von der er im Wesentlichen lebe, gekürzt oder gestrichen werde, nehme er das hin. Wenn er sein jetzt noch kleines Vermögen aufgebraucht habe, müsse er sich beim Sozialdienst melden. Dies sei ihm egal, sein Selbstwertgefühl sei ziemlich gebrochen. Eine Ambivalenz zwischen stummem Akzeptieren des Schicksals und einer Rebellion dagegen, die explosiver Art sein könnte, liege vor. Am ehesten könnte der Beschwerdeführer aus seiner schwierigen Situation herauskommen, wenn ihm eine

berufliche Option mit Karrierechance geboten werden könnte. Dies sei aber ein Postulat, das sich kaum verwirklichen lasse. Immerhin habe der Beschwerdeführer bemerkenswerte Aktivitäten entfaltet und über zwei Jahre einen Kurs als Webdesigner absolviert, der ihn mehrere Tausend Franken gekostet habe. Dies offensichtlich in der Hoffnung, im Berufsleben wieder Fuss fassen zu können, was leider missglückt sei. 3. 6

Dr. C.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 28. November 2006 (Urk. 7/170/1) einen Status nach Polytrauma (Autounfall am 1. Januar 1995), eine Depression, ein chronisch lumbovertebrales Syndrom sowie eine Ulnaris kompressionsneuropathie mit CTS rechts. Der Beschwerdeführer befinde sich bei ihm, Dr. C.____ , seit dem 17. April 1996 in Behandlung. Er leide unter zunehmenden Rückenschmerzen und Parästhesien im rechten Arm und der rechten Hand. Am 14. September 2006 sei er von Dr. L.____ operiert worden. Wie in früheren Berichten erwähnt, sollte der Beschwerdeführer auf einen geeigneten Beruf umgeschult werden, womit sich die Erwerbsfähigkeit zum Teil erhöhen liesse. 4.

E. 4

/1-6) bzw. am 18. August 2003 (Urk. 7/117) , unter anderem unter Beilage eines Arztberichtes von Dr. med. E.____ , Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. April 2003 (Urk.

E. 4.1.1

Laut dem Arztbericht von Dr. I.____ vom 16. Dezember 2016 (Urk. 7/213) besteht beim Beschwerdeführer eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung mit Dissoziation (ICD-10 F43.1) mit Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), bestehend mindestens seit Behandlungsbeginn (Ende August 2016), Differentialdiagnose: Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20) oder kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61). Der Beschwerdeführer schildere Gedächtnisprobleme, er verpasse Termine und könne die Anforderungen von RAV und Sozialamt nicht erfüllen. Er sei arbeitslos geworden. Er leide unter einem unkontrollierten Essverhalten und habe in den letzten Jahren beinahe um 100 % von anfänglich 62 kg auf über 100 kg zugenommen. Das Wasserlösen sei auch ein Problem, er müsse 7-8 Mal auf die Toilette gehen, um einmal sein Wasser lösen zu können. Er wolle seinen Lebensrhythmus ändern, schaffe es aber nicht. Er habe das Gefühl, stets von jemandem beobachtet und in seiner Entwicklung gehindert zu werden. Der Beschwerdeführer sei schwer krank, das Leiden sei chronifiziert und es gebe Hinweise auf eine andauernde Persönlichkeitsveränderung. Die Prognose sei als eher schlecht zu betrachten. Sehr optimistisch betrachtet könne allenfalls in zwei bis drei Jahren eine Teilarbeitsfähigkeit erreicht werden. Der Beschwerdeführer sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig.

E. 4.1.2

Gemäss dem Arztbericht von Dr. I.____ vom 21. Juni 2017 (Urk. 7/225/1-4) besteht beim Beschwerdeführer unverändert eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung mit Dissoziation (ICD-10 F43.1) mit Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), Differentialdiagnose: Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20). Derzeit sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage, einer Arbeit nachzugehen, auch nicht einer angepassten Tätigkeit. Er sei sowohl psychisch als auch körperlich schwer beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer komme 14-täglich zur psychotherapeutischen Behandlung. Es herrsche ein starkes Misstrauen und Verbitterung. Er fühle sich in allen Belangen in seinem Leben überfordert. Die medikamentöse Therapie habe beim

psychischen Zustand keinen nennenswerten Effekt gezeigt. Die massiven Schlafstörungen hätten aber leicht behoben werden können. Im Vordergrund stünden neben den psychischen auch die körperlichen Beschwerden, welche durch das massive Übergewicht, unter anderem verursacht durch die psychisch bedingten Essattacken während der Nacht, mitbedingt seien. Eine Ernährungstherapie sei ebenfalls aufgegleist worden. Die Prognose sei ungünstig. Das Krankheitsbild sei chronifiziert und es bestünden schwer korrigierbare Persönlichkeitsänderungen. Für eine stationäre Therapie sei der Beschwerdeführer nicht stabil genug. Er sei seit wenigen Monaten alleinerziehend, es habe eine Trennung von seiner Ex-Frau stattgefunden. Er versorge seinen Sohn während der Woche selbst, sei damit aber überfordert, weshalb eine psychopädagogische Begleitung des Sohnes eingerichtet worden sei.

E. 4.2

Laut dem Arztbericht des Hausarztes Dr. H. ___ vom 28. Juni 2017 bestehen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen (Urk. 7/226/4):

«1.

Verdacht auf aktivierte Frühgonarthrose rechts -

TVT, Einflusstauung ausgeschlossen -

MRI Knie recht 09.11.2016: Bakerzyste, Knorpeldefekt lat.

Femurkondylus mit Knochenmarksödem

2.

chronische LVS bei Status nach Polytrauma (Verkehrsunfall 1995) mit

Spondylodese

Th 9-11

3.

Status nach multiplen operativen Eingriffen Fuss rechts bei Verkehrsunfall

mit Polytrauma 1995 - persistierende mediale Fusschmerzen, Irritation und leichte Schwellung

4.

Chronisch rezidivierender unproduktiver Husten seit Jahren

-

pneumologische Abklärung 10/2012 unauffällig, Nikotinkonsum

besteht seit 9/2012

5.

Verdacht auf symptomatische Prostatahyperplasie, Erektionsstörung

6.

Status nach Neurolyse

Nervus

ulnaris rechts 2006

7.

CTS rechts

8.

Rezidivierende depressive Episoden (in ambulanter psych. Behandlung)

9.

Rezidivierender Perianalabszess mit Verdacht auf Fistelung bei 5 Uhr SSL

-

Abszessabdeckung 7/2015, 04.03.2016, 04.05.2016, 27.06.2016

-

Anoskopie und Endosonographie 27.06.2016

Seit Dezember 2016 habe der Beschwerdeführer chronische Knieschmerzen rechts mit stark eingeschränkter Belastbarkeit. Aktuell sei ihm keine Tätigkeit zumutbar. Der Beschwerdeführer sei seit dem 19. September 2016 zu 100 % arbeitsunfähig. Die Prognose sei schlecht. Möglicherweise sei eine Wiedereingliederung zu 30 % möglich.

E. 4.3

Laut dem Arztbericht von Dr. med.

M.____, FMH Chirurgie, vom 6. August 2017 (Urk. 3/4) bestehen beim Beschwerdeführer eine (1.) Synovialitis am rechten Knie, ein (2.) kondylärer Knorpelschaden sowie ein (3.) freier Gelenkkörper. Am 2. August 2017 sei in der N.____ eine Arthroskopie mit partieller Synovektomie, Plicasektion, Bergung eines freien Gelenkkörpers und Mikrofrakturierung kondylär medial durchgeführt worden. Bei unkompliziertem postoperativem Verlauf habe der Beschwerdeführer an Unterarmgehstützen mobilisiert und mit reizlosen Wundverhältnissen am 4. August 2017 in ambulante Weiterbehandlung entlassen werden können.

E. 4.4

Gemäss dem polydisziplinären Gutachten der K.____ vom 15. November 2017 bestehen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen (Urk. 7/242/87-88):

Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit - Aktivierte Gonarthrose rechts, medialbetont (ICD-10: M17.3) bei - Zustandsbild nach intraartikulärer Infiltration (30.03.2017) - Zustandsbild nach Arthroskopie mit partieller Synovektomie, Plicaresektion, Bergung eines freien Gelenkkörpers sowie Mikrofrakturierung

kondylär medial (02.08.2017) - Fussbeschwerden rechts im Sinne von belastungsabhängigen Schmerzen (ICD-10: M25.57), Bewegungseinschränkung (ICD-10: M25.67) und Schwellungszuständen (ICD10: M25.47) bei - Zustandsbild nach geschlossener Reposition (01.01.1995) - Zustandsbild nach offener Reposition der Fusswurzel, Arthrodese

Naviculare /Talus, Arthrodese Fusswurzelstrahl IV (ICD-10: Z98.1) und paraossaler Schienung Metatarsale IV und V (09.01.1995) - Zustandsbild nach partieller

Metallentfernung (24.02.1995) wegen komplexer Luxationsmehrfragmentfraktur im Bereich des Fusses lateral (ICD-10: S92.7) - Thorako -lumbales Syndrom (ICD-10: M54.85) bei -

Zustandsbild nach Laminektomie Th11 und 12 mit dorsaler Instrumentation Th9 bis Th

E. 7

/1

E. 7.1

Der Beschwerdeführer hat ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung gestellt (Urk. 1 S. 2 f.). Er hat dazu ausgeführt, er verfüge über keine Rechtsschutzversicherung. Sein Lebensunterhalt werde durch die Sozialen Dienste der Stadt Zürich finanziert (Urk. 3/3). Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind somit erfüllt. Dem Beschwerdeführer ist daher die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der ihm erlassenen Rechtspflegekosten verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist.

E. 7.2

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht beschliesst:

Dem Beschwerdeführer wird die unentgeltliche Prozessführung gewährt . und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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 HurstBrügger

E. 10

) Einsprache. Am 9. Februar 2004 teilte die IV Stelle dem Versicherten mit, eine nochmalige Überprüfung seines Falles habe ergeben, dass ein Invaliditätsgrad von lediglich 29,18 % resultiere. Sie plane deshalb, die Rente gänzlich aufzuheben. Der Versicherte habe Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen bzw. seine Einsprache unter diesen Umständen zurückzuziehen (Urk. 7/125). Mit Einspracheentscheid vom 26. April 2004 stellte die IV-Stelle fest, dass der Invaliditätsgrad von X. 29,18 % betrage und somit kein Anspruch mehr auf eine Rente bestehe. Die Aufhebung der Rente erfolge mit dem ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der angefochtenen Verfügung vom 25. März 2003 (Urk. 7/135). Die gegen diesen Einspracheentscheid am 1. Juli 2004 (Urk. 7/138/3-11) erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 17. Oktober 2005 ab (Urk. 7/148), welchen Entscheid das Eidgenössische Versicherungsgericht (heute: Bundesgericht) mit Urteil vom 6. April 2006 bestätigte (Urk. 7/156).

E. 12

-- pro Monat bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2014, Tabelle T1_tirage_skill_level), was unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Tabelle T03.02.03.01.04.01) ein hypothetisches Einkommen von Fr. 6'453.10 pro Jahr ergibt.

Angepasst an den Nominallohnindex für Männer (vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T39 Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne: 2014 = 2220, 2017 = 2249) beträgt das Einkommen im Jahr 2017 Fr. 67'321.20. Bei einer Leistungsfähigkeit von 70 % ergibt sich ein Einkommen von Fr. 47'124.85.

Zumal die beim Beschwerdeführer vorhandenen Einschränkungen im Gutachten bereits berücksichtigt und insbesondere auch dem verlangsamten Arbeitstempo Rechnung getragen worden ist, kommt ein zusätzlicher Abzug infolge einer leistungsbedingten Einschränkung nicht in Frage. Der Beschwerdeführer ist 46 Jahre alt, verfügt über das Schweizer Bürgerrecht und beherrscht die deutsche Sprache einwandfrei. Alter, Aufenthaltsstatus und Nationalität rechtfertigen somit keinen Abzug. Hingegen lässt sich vorliegend aufgrund des Umstandes, dass dem Beschwerdeführer ein Beschäftigungsumfang von lediglich 6 Stunden pro Tag zumutbar ist, ein Abzug vom Tabellenlohn von 5 % rechtfertigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2019 vom 29. April 2019 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Bei einem Invalideneinkommen von Fr. 44'768.60 ($= 0,95 \times \text{Fr. } 47'124.85$) resultiert verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 56'562.05 eine Einkommensenkung von Fr. 11'793.45 bzw. ein Invaliditätsgrad von rund 21 %,

welcher keinen Anspruch auf eine Invalidenrente ergibt. 6.5

Zusammenfassend ist die Beschwerde damit abzuweisen. 7.