

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00096 vom 9. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00096

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00096 du 9 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00096 del 9 marzo 2020

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). 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 Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähig keit 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 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art.

E. 1.3

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert , so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versi cherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tat sächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl.

auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem

Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.4

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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Praxisgemäss darf das Gericht Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ bb). 2.

E. 2

4. April 2013 erstmals zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung an (Urk. 10/8 Ziff.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) erwoh die Beschwerdegegnerin, ein erstes Leistungsbegehren sei mit Verfügung vom 17. April 2015 abgewiesen worden. Seither habe sich nach erneuter medizinischer Beurteilung keine wesentliche Veränderung ergeben. Gemäss dem Gutachten der MEDAS C.____

sei eine angepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeit noch zu einem Pensum von 80 % zumutbar und mit einer konsequenten Therapie könne sogar eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erreicht werden. Somit bestehe kein Anspruch auf eine IV-Rente.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 2 ff.), nach der Verfügung vom 17. April 2015 und der Begutachtung durch die MEDAS A.____ würden neu vor allem schwere psychische Probleme geltend gemacht. Die Beurteilung der MEDAS C.____ vermöge angesichts der von den Behandlern Dr. B.____ und lic. phil. D.____, die davon ausgingen, dass eine schwere rezidivierende depressive Störung vorliege und der geschilderten desolaten psychischen Situation nicht zu überzeugen. Auch in den Berichten des E.____ vom 17. August und 21. Oktober 2018 werde eine schwere rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. In diesen Berichten seien auch

w weitere Diagnosen enthalten , die im Gutachten der MEDAS C.____ nicht abgehandelt worden und auch erst nach der Begutachtung in der MEDAS C.____

eingegangen seien. Es könne

damit auch von einer

inzwischen eingetretenen Verschlechterung ausgegangen werden, die gutachterlich noch nicht habe geprüft werden können. Es drängten sich damit weitere Abklärungen auf und die Sache sei deshalb zu weiteren Abklärungen und zum Neuentscheid zurückzuweisen. 3. 3.1

Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS A.____ vom 4. November 2014 (Urk. 10/38) , welches anhand medizinischer Untersuchungen in den Fachgebieten Orthopädie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeinere Innere Medizin erstellt wurde, nannten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 48) :

(Haupt-) Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit -
Impingementsyndrom Schultergelenk links - Tendinitis Bicepssehne - Bursitis

subacromialis - Supraspinatussehnenendopathie - AC-Gelenksarthrose links -
persistierende Handgelenksschmerzen links - Strecksehnenanglion IV Handgelenk links
und - Verdacht auf Carpale Instabilität Handgelenk links bei - Status nach schwerer
Handgelenkdistorsion links (Unfall 9. Dezember 2011) (Neben-) Diagnosen ohne
wesentliche Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit - Chronische cervicospondylogene Schmerzen, facettagen bei
Spondylarthrose C5 bis C7 und leichte Spinalkanalstenose C3/4 ohne relevante
Neurokompression - Chronische Lumbalgie bei Spondylosis

anterior und leichtgradige Degeneration LWK3/4 - Adduktorentendopathie links,
radiologisch Koxarthrose - Ausschluss - Chronische Schmerzstörung mit psychischen,
körperlichen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Status nach tachykardem Vorhofflimmern mit
spontaner Konversion (21. Mai 2012) - Arterielle Hypertonie - Arterielle Dyslipidämie -
Status nach Urolithiasis 2013 mit Steinabgang, anamnestisch 2009, aktuell Mikrohämaturie
- Chronischer Nikotinkonsum (ICD-10 Z72) - Thalassämie minor Die Ärzte erläuterten (S.
51 f.), auf orthopädischem Fachgebiet gebe der Beschwerdeführer an, dass er bis zu den
zwei Unfallereignissen im Jahr 2011 und 2012 gesund gewesen sei. Er sei Linkshänder und
beklage in der Untersuchung die Kraftlosigkeit in seiner linken Hand und ein Kältegefühl
sowie eine Blockade im Schulter-/Armbereich, die seit dem Unfall anhaltend seien . Die
bisherige Behandlung und zuletzt die Ergotherapie der linken Hand hätten zu keiner
Beschwerdebesserung geführt und im Bereich der linken Schulter bekomme er den linken
Arm nicht hoch. Dabei zeige er Verdeutlichungstendenzen und komme

mit dem linken Arm im Ellbogen gebeugt und an den Körper angepresst zur Untersuchung.
Bei der orthopädischen Untersuchung sei das Handgelenk links endgradig in Dorsalflexion
eingeschränkt und ein Endphasenschmerz werde angegeben , wobei sich aber keine
Schwellungszeichen und keine Muskelatrophien zeigten . Die Neurographie an der oberen
Extremität sei bezüglich der sensiblen und motorischen Nervenäste unauffällig und
Hinweise auf ein CTS hätten sich keine ergeben. Auch die Schultergürtelmuskulatur sei
symmetrisch und eine Muskelatrophie bei den schon länger bestehenden Beschwerden habe
sich nicht finden lassen. Die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen in der linken
Hüfte, später auch rechts, hätten klinisch eine endgradige Rotations einschränkung des
linken Hüftgelenkes und eine seitengleiche Muskulatur der Beine gezeigt. In den

Röntgenaufnahmen des Beckens und Lauensteinaufnahme links sei eine normale Konfiguration der Hüftgelenke und des Acetabulums

dar gestellt. Die beklagten Beschwerden seien überwiegend muskulär und auf eine Schon-/Fehlhaltung zurückzuführen. Die Halswirbelsäule habe sich in Links seitneigung endgradig eingeschränkt gezeigt und Hinweise auf Radikulopathien

hätten sich keine ergeben. Im Bereich der Lendenwirbelsäule sei die Funktion fast uneingeschränkt und die Rotation ohne Schmerzangabe, jedoch die Seitenneigung nach links endgradig schmerzhaft gewesen. In den vorausgegangenen konventionellen Aufnahmen der BWS und LWS gelange im Bereich der Lendenwirbelsäule eine diskrete linkskonvexe skoliotische Fehlhaltung mit geringer Bandscheibenhöhenminderung L3/4 und kleinen Spondylophyten

anterior zur Darstellung. Im Bereich der BWS seien eine diskrete keilförmige Deformation auf Höhe BWK7 und 8 mit kleinen Spondylophyten

anterior gefunden worden, jedoch ohne Anhaltspunkt für eine Wirbelfraktur oder eine entzündliche Osteostruktion. Es werde daher davon ausgegangen, dass die Beschwerden im Rücken überwiegend myofaszial seien und keine wesentlichen Einschränkungen für eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit darstellten. Therapeutisch seien die beklagten Rückenschmerzen auch mit MTT und physikalischen Massnahmen behandelbar. Auch die beklagten Hüftbeschwerden seien myotendinotisch bei Adduktoren tendinose und radiologisch seien keine pathologischen Zeichen festgestellt worden. Damit handicapierten e inzig der klinische Befund der linken Hand

den Beschwerdeführer für ständige manuelle Tätigkeiten. Aus psychiatrischer Sicht werde davon ausgegangen, dass eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren vorliege und die Diagnose keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Es zeige sich ein stark selbst limitierender Beschwerdeführer, welcher von einem sekundären Krankheitsgewinn profitiere und durchaus Ressourcen habe und auch Eingliederungspotential besitze (S. 52 f.). In einer voll adaptierten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig und aus psychiatrischer und internistischer Sicht sei er uneingeschränkt arbeitsfähig. Unter

Spezifikation der adaptierten Tätigkeit nannten die Ärzte

mittelschwere Arbeiten ohne ständigen repetitiven Armeinsatz, ohne repetitiven Einsatz der linken Hand mit Kraftaufwendung bei dominanter Linkshändigkeit, ohne regelhaft geforderte Tätigkeiten

mit dem linken Arm über Kopf- und Schulterhöhe (S. 54). 3.2

Die Behandler Dr. B.____ und lic. phil. FSP

D.____ führten im Bericht vom 9. August 2016 (Urk. 10/61) aus, der Beschwerdeführer stehe seit dem 28. November 2012 bei ihnen in Behandlung und habe seither 27 Stunden Psychotherapie gehabt, dabei nicht eingerechnet seien die psychiatrischen Konsultationen und er sei weiterhin mindestens einmal monatlich in Behandlung. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine schwere rezidivierende depressive Störung ohne psychotische Symptome ICD-10 F33.2 mit Chronifizierung seit der ersten Anmeldung sowie Verstärkung der Depression seit dieser Erstanmeldung. Trotz erfolgreicher psychotherapeutischer Behandlungen (der Beschwerdeführer wende täglich

Entspannungsverfahren wie Autogenes Training an,

Compliance sei vorhanden) sei die anhaltende somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45.4 ohne

aufmerksamkeitsheischendes Verhalten, ebenfalls wie die Depression, verstärkt und chronifiziert. Dadurch lautet die neue Diagnose ICD-10 F62.8 andere andauernde Persönlichkeitsänderung, sowie ICD

E. 2.8

andere andauernde Persönlichkeitsänderung, sowie 4. ICD-10 F61.1 störende Persönlichkeitsänderungen (mit asthenischen Anteilen). 5. Zervikospondylogenes Schmerzsyndrom links (M53.1) 6. Persistierende Handgelenkschmerzen links (M79.65) 7. Periarthropathia

humeroscapularis

tenosynovialis links (M75.1) 8. Asthma bronchiale (ED 05/2015) Medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeiten bestünden zu 100 % seit 9. Dezember 2011 bis auf Weiteres (Ziff. 1.6).

Der Beschwerdeführer sei auf lange Sicht weiterhin 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.11). 3.4.3.4.1

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten interdisziplinären Gutachten der MEDAS C. ___ vom 16. August 2018 (Urk. 10/93), beruhend auf orthopädischen allgemein-internistischen und psychiatrischen Untersuchungen im

April und Mai 2018 wurden die folgenden Diagnosen gestellt (Urk. 10/93/1-10, S. 8 f.):

Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (angestammte Tätigkeit) - Relativ frische SLAP-Läsion (Typ IV) mit Einstrahlung in den Bizepsanker, assoziiert mit einer Partialruptur der langen Bizepssehne und Tendinopathie der Supraspinatussehne - Zustand nach Handgelenksdistorsion links und Schulterdistorsion links am 9. Dezember 2011 bei geringen degenerativen Veränderungen und einer chronischen Partialruptur des SL-Bandes ohne Hinweise auf eine Instabilität des linken Handgelenkes
Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (körperliche und psychische Belastung, Mangel an Entspannung, sozialer Rollenkonflikt, Stress, anderenorts nicht klassifiziert Z73 - sowie andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen ICD-10 F68.0 - Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei geringen Segmentdegenerationen C2/3 und C3/4, foraminal leichtgradige Spinalkanalstenose C3/4 ohne Neurokompression nach zweimaliger Distorsion am 9. Dezember 2011 sowie vom 20./21. Mai 2012 - Ausgeprägte myofasziale Begleitbefunde, deutliche Muskeldysbalance bei einer Fehllagerung der Wirbelsäule bei einem leichten Rundrücken und Hohlkreuz - Folgenlos verheilte, alte Kontusion des rechten Kniegelenkes bei fraglicher Meniskopathie und arthroskopischer Sanierung ca. 2009 (2005) - Chondropathie des rechten Kniegelenkes mit geringen degenerativen Veränderungen des medialen Meniskus bei leichter O-Beinfehlstellung beiderseits - Lumbalsyndrom mit diskreten degenerativen Veränderungen L3 und L4 - Schulter-Arm-Syndrom links mit feinem Einriss des Bizepssehnenankers an der Unterkante und Labrumriss an der inferioren Zirkumferenz bei intakter Drehmanschette. - Ganglion des vierten Strecksehnenfaches linke Hand -

Arterielle Hypertonie mit Erstdiagnose (ED) 2011 (derzeit im Normbereich) - Asthma Bronchiale (ED 05/2015, unter Therapie ohne relevante Symptomatik). - Reflux-Krankheit (ED 2011), derzeit keine Beschwerden - Nikotinkonsum seit dem 20. Lebensjahr - Thalassämie minor (ED ca. 2015), früher Eisensupplementation, derzeit keine weitere Therapie - « Herzerkrankung » (ED 2015), seit Einnahme von Aspirin Cardio und Concor 5mg keine Herzbeschwerden mehr nach Belastung - Rezidivierende synkopale Ereignisse bislang unklarer Ursache seit Jahren, eine spezifische

Therapie werde nicht durchgeführt (DD

vasovagal, orthostatisch) 3.4.2

Der Beschwerdeführer beklage chronische Schmerzen an der rechten Schulter und berichtete über Schmerzen in der Brust, auch tachykarde Beschwerden und Ausstrahlung in den linken Arm und chronische Schmerzen der HWS und LWS. Er beschreibe auch eine Depression, jedoch auch finanzielle Schwierigkeiten. In Bezug auf die therapeutischen Bemühungen gebe er an, dass diese ohne jeden Erfolg geblieben seien (S. 4). Die orthopädischen Probleme resultierten aus zwei Unfällen im Dezember 2011 und Mai 2012. Bei den Unfällen habe sich der Beschwerdeführer eine Kontusion des linken Handgelenkes, des Kopfes, der Halswirbelsäule und des linken Armes und beim Zweitereignis

eine erneute Kontusion und Distorsion der Halswirbelsäule sowie eine Prellung der rechten Gesichtseite und nachfolgende Zahnverletzungen zugezogen. Dabei hätten die radiologischen Abklärungen keine knöchernen Verletzungen nachgewiesen und es sei lediglich der Verdacht auf eine karpale Instabilität des linken Handgelenkes geäußert worden. Daraus habe sich ein chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom bei geringen degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule ohne relevante Neurokompression entwickelt. Insgesamt hätten radiologisch nur geringe degenerative Veränderungen nachgewiesen werden

können und auch weitere radiologische Abklärungen im Bereich des Beckens und der Hüfte hätten keine wesentlichen degenerativen Veränderungen

gezeigt. Im weiteren Verlauf habe der Beschwerdeführer eine erhebliche Schmerzintensität

entwickelt, die objektiv in diesem Masse nicht habe nachgewiesen werden können. Aktuell verursachten die früheren Kniegelenksbeschwerden keine Probleme und der jetzige radiologische Befund zeige altersbedingte degenerative Veränderungen bei leichter O-Befehlstellung. Neu, aber erst seit ca. drei Monaten bestehend, seien akute Schulterbeschwerden rechts, die nach

radiologischer Abklärung eine relativ frische SLAP-Läsion Typ IV mit Einstrahlung in den Bizepsanker,

assoziiert mit einer Partialruptur der langen Bizepssehne belegt. Diese Beschwerden stünden momentan auch im Vordergrund der jetzigen orthopädischen Probleme.

Trotz Angabe starker Schmerzen und einer regelmässigen Medikamenteneinnahme könnten entsprechende Wirkstoffspiegel der angegebenen Analgetika nicht detektiert werden und Ähnlich es gelte auch betreffend die Psychopharmaka, die lediglich in nichttherapeutischer geringer Dosis nachweisbar seien (S. 4 f.). Die somatischen, orthopädischen Diagnosen erklärten zwar eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der

körperlich schweren Tätigkeit als Eisenleger (Arbeitsfähigkeit ganztägig, aber nur 30 % leistungsfähig). Leidsadaptierte Tätigkeiten seien hingegen vollumfänglich möglich (Arbeitsfähigkeit 100 % [S. 5]). 3.4. 3

Zur psychiatrischen Untersuchung hielten die Experten fest, der Beschwerdeführer begründe die psychischen Beschwerden mit Stress und psychosozialen Belastungen, die vor allem seit seinem zweiten Unfall bestünden. Dabei beklage er sich vornehmlich über somatische Beschwerden, in psychischer Hinsicht aber auch über Konzentrationsprobleme, jedoch speziell über finanzielle Schwierigkeiten. Zum therapeutischen Effekt berichte er und auch sein Psychiater von einer vollständigen Therapieresistenz, ohne jemals eine psychiatrische Hospitalisation erwogen zu haben. Auch sonst schienen die psychiatrischen therapeutischen Aktivitäten nicht mit der Schwere der geschilderten Beschwerden und der gestellten Diagnosen zu korrelieren und es scheine auch, dass er die empfohlenen Entspannungübungen nie bewusst mitgemacht habe, obwohl darauf in psychiatrischen Schreiben Bezug genommen worden sei. Dabei seien auch keine relevanten affektiven Störungen dem früheren Gutachten (der MEDAS A.____)

zu entnehmen und Hinweise für relevante somatoforme Störungen würden sich weder aus dem Verlauf noch aktuell ergeben. Bis auf leichte narzisstische Züge bestünden biografisch auch keine bedeutsamen Auffälligkeiten der Primärpersönlichkeit. Es zeigten sich weder im Verlauf noch aktuell Hinweise auf eine eindeutige und andauernde Veränderung der Wahrnehmung, des Verhaltens und des Denkens im Hinblick auf die Umwelt und die eigene Person. Bei einer so schweren und in allen Bereichen relevanten Persönlichkeitsstörung

wäre ein unflexibles und unangepasstes Verhalten zu erwarten. Alle diese Voraussetzungen fehlten jedoch beim Beschwerdeführer. Es bestehe bei ihm kein sozialer Rückzug, keine andauernde feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, kein andauerndes Gefühl von Leere oder Hoffnungslosigkeit, kein andauerndes Gefühl von Nervosität oder innerer Anspannung. Es seien keine Entfremdungsgefühle auszumachen und eine deutliche Störung der alltäglichen Funktionsfähigkeit als Folge einer Persönlichkeitsveränderung

liege nicht vor. Eine Persönlichkeitsveränderung könne weder in Beziehung zu Episoden anderer psychischer Erkrankungen gebracht, noch durch eine Gehirnschädigung erklärt werden und es könne auch nicht von einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden, die der Persönlichkeitsänderung vorausgegangen wäre. Es bestünden aber auch aus psychiatrischer Sicht Hinweise auf Verdeutlichung und wahrscheinlich auch Aggravation, was sich vor allem aus den anamnestischen Angaben zur Befindlichkeit und zum eigenen Aktivitätensniveau im Alltag ergebe und in therapeutischer Hinsicht seien auch Zweifel angebracht, ob die ärztlich verordneten Medikamente auch

regelmässig eingenommen werden. Auch die Angaben zur kognitiven Störung seien gemäss auffälligem REY-Memory-Test nicht nachvollziehbar und es dürfe vielmehr eine negative Leistungsverzerrung angenommen werden. Von einer Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht könne beim Beschwerdeführer nicht ausgegangen werden (S. 6). 3.4. 4

Zur Arbeitsfähigkeit aus gesamtmedizinischer Sicht, hielten die Experten fest (S.

8 f.), aktuell bestehe für die körperlich schwere Tätigkeit als Eisenleger, wie bereits im Gutachten von 2014 festgehalten, bis zur Abheilung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Nach Abheilung der akuten Schultererkrankung sei davon auszugehen, dass die jetzt eingeschränkte Arbeitsfähigkeit zu einem geringen Teil wieder zu gemutet werden könne, dies hänge allerdings davon ab, ob in Kürze der operative Eingriff durchgeführt werde und es zu einem komplikationslosen Verlauf komme. Es sei dann zwar ganztägige Präsenz möglich, aber die Leistungsfähigkeit bleibe hochgradig vermindert mit verbleibender Leistungsfähigkeit von ca. 30 % (Gesamtarbeitsfähigkeit 30 %). Aus psychischen und internistischen Gründen würden

aktuell wie auch retrospektiv zu keinem Zeitpunkt Einschränkungen der Arbeitsunfähigkeit vorliegen.

In angepasster Tätigkeit sei seit dem Arbeitsassessment bei Dr. med. G.____

vom 6. März 2013 (vgl. Urk. 10/22/6-10) bis zur Abheilung der akuten Schultererkrankung rechts eine 80%ige Arbeitsfähigkeit anzunehmen und nach Abheilung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Arbeitsfähigkeit 100 %, ganztägig mit voller Leistungsfähigkeit.

Im Weiteren erläuterten die Experten (S. 9), im Gutachten der MEDAS A.____

vom 4. November 2014 sei anhand des orthopädischen Befundes davon ausgegangen worden, dass bei aktiven manuellen Tätigkeiten mit Krafteinsätzen der linken Hand als Linkshänder eine relative Einschränkung bestehe. Jetzt gebe der Beschwerdeführer an, dass er Rechtshänder sei, so dass die dominante Linkshändigkeit nicht mehr im Vordergrund stehe. Im Vergleich zum Befund im damaligen Gutachten zeige sich jetzt eine verbesserte Funktion des linken Armes, wobei sich rechts jetzt eine Verschlechterung belegen lasse, aufgrund der aktuellen, relativ frischen SLAP-Läsion im rechten Schultergelenk. Bei intensiver konservativer Behandlung oder auch operativer Sanierung des rechten Schultergelenks mit der eine weitgehende Stabilität und Schmerzfreiheit erreicht werden könne, zeige sich im Vergleich zu der orthopädischen Untersuchung im Vorgutachten ein verbesserter Befund. Ausser der frischen Verletzung im rechten Schultergelenk seien Restbefunde im Bereich beider Schultergelenke in Form von degenerativen Veränderungen vorhanden. Auch könne die früher angenommene Instabilität im linken Handgelenk nicht mehr belegt werden und auch hier zeige sich eine Besserungstendenz, die eine weitgehend normale Belastbarkeit des Handgelenks zulasse. In einer gut angepassten Verweistätigkeit sei keine wesentliche Einschränkung zu erwarten (S. 9). 3.5

3.5.1

Im Austrittsbericht des E.____ vom 17. August 2018 (Urk. 3/3) über die Hospitalisation vom 14. bis 18. August 2018 wiesen die Ärzte auf die SAS

Acromioplastik, AC-Resektion und Bizepstendodese rechts vom 14. August 2018 hin. Es sei der Eintritt zur Operation erfolgt nachdem der Beschwerdeführer am 5. Juli 2018 durch den leitenden Arzt Traumatologie in der Sprechstunde mit starken Schulterschmerzen rechts gesehen worden sei. Mittels Arthro-MRI sei eine ausgeprägte SLAP-Läsion, ein glenolaberales, grosses Ganglion ohne Neurokompression des Nervus suprascapularis sowie ein subacromiales

Impingement und symptomatische AC-Arthrose diagnostiziert worden. Die Operation habe problemlos durchgeführt, der Schmerzkatheter am zweiten postoperativen Tag gestoppt und gezogen werden können und es sei mit der Schulterübung nach Instruktion durch die Physiotherapie am ersten postoperativen Tag begonnen worden. Im Verlauf der Hospitalisation sei der Beschwerdeführer schmerz kompensiert und die Wundverhältnisse seien trocken und reizlos gewesen. Er sei in schmerz kompensiertem Zustand ins häusliche Umfeld entlassen worden. Es wurde Analgesie nach Massgabe der Beschwerden, Physiotherapie und eine Mitella als Komforttherapie, der Verzicht auf sportliche Aktivität für sechs Wochen sowie

Clopidogrel bei Austritt mit klinischer Verlaufskontrolle beim Hausarzt verordnet. 3.5.2

Im Verlaufsbericht vom 1. Oktober 2018 (Urk. 3/4) über die klinische Kontrolle sechs Wochen postoperativ erwähnten die Ärzte, der Beschwerdeführer berichte noch über Schmerzen bis in den Unterarm, insbesondere bei Bewegung und Belastung. Aktuell nehme er noch Novalgin ein. Mit der Physiotherapie, welche er regelmässig besuche, zeige sich eine leichte Besserung der Beschwerden und ein regelrechter Verlauf sechs Wochen postoperativ. 4.

Das ausführliche Gutachten der MEDAS C.____ erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.4), setzt sich mit den Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers auseinander, berücksichtigt auch die medizinischen Vorkenntnisse und begründet Abweichungen, soweit die Beurteilung mit diesen nicht im Einklang steht. Insgesamt erweist sich das Gutachten als nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Dabei legen die Experten insbesondere auch dar, dass die geklagten Beschwerden und Einschränkungen aufgrund der Klinik und Diagnostik nur teilweise und nur auf orthopädischem Fachgebiet erklärbar sind.

Insoweit der Beschwerdeführer vorbringt, das Gutachten stehe der Beurteilung des behandelnden Psychiaters

Dr. B.____ entgegen, ist festzustellen, dass nämlicher Arzt bereits seit 28. November 2012 - damals noch unter der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode und einer vermuteten somatoformen Schmerzstörung - eine bis auf Weiteres bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk. 10/26). Diese

Beurteilung wurde aber bereits anlässlich der ersten polydisziplinären Abklärung im Rahmen der erstmaligen Leistungsbeurteilung verworfen

(vgl. Urk. 10/38/38).

Auch im Rahmen der Neuanmeldung haben sich die Gutachter mit der nunmehr im Bericht von Dr. B.____

vom 9. August 2016 (Urk. 10/61) aufgeführten Diagnosen einer schweren rezidivierenden depressiven Störung und Chronifizierung

sowie Verstärkung der Depression seit der Erstanmeldung und seither ebenfalls verstärkten und chronifizierten

anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie eine sich daraus entwickelnde andauernde Persönlichkeitsänderung eingehend auseinandergesetzt (vgl.

Urk. 10/93/78 f.) . Aus psychiatrischer Sicht wurde dabei zu Recht bemerkt , dass einerseits die psychiatrischen therapeutischen Aktivitäten nicht mit der Schwere der geschilderten Beschwerden und der gestellten Diagnosen der Behandler korrelieren . Richtigerweise wurde dabei auch in Frage gestellt , dass von vollständiger Therapieresistenz gesprochen wird, ohne jemals eine psychiatrische Hospitalisation erwogen zu haben. In diesem Zusammenhang ist ebenfalls zu berücksichtigen, dass die verordneten Psychopharmaka lediglich in nichttherapeutischer geringer Dosis nachweisbar sind (E. 3.4.1).

Andererseits wurde auch nachvollziehbar dargelegt , dass sich entsprechende Diagnosen weder aus der Anamnese noch aus dem Verlauf noch aufgrund der Untersuchungsbefunde herleiten lassen. Letztlich ist aber auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte wie auch andere behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Vorliegend zeigt sich dies umso mehr , als

sich Dr. B.____ und lic. phil. D.____ mit Akteneinsichts begehren (vgl. Urk. 10/54, Urk. 10/57) und eigens erhobenem Einwand (Urk. 10/76) als Interessenvertreter des Beschwerdeführers qualifiziert haben . So gibt den auch ihre Konklusion, die Lebensrealität des Beschwerdeführers innerhalb der letzten fünf Jahre seit dem Unfall vom 9. Dezember 2011 habe bewiesen, dass die Arbeitsfähigkeit bei höchstens 25 %

liege ,

weshalb die

Rentensprechtung angezeigt sei , die

Zukunftsvorstellung des Beschwerdeführers wieder , wonach er erwarte ,

von der IV in Form einer dauerhaften Rente unterstützt zu werden (Urk. 10/93/27) . Dies stellt keine medizinisch begründete Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG

(vgl. E. 1.2 hiervor) dar . Keine anderen Erkenntnisse ergeben sich aus dem Verlaufsbericht von med. pract. F.____ (Urk. 10/70/1-4 und E. 3.3 hiervor) , welcher als Hausarzt (vgl. Urk. 10/93/29) die psychiatrischen Diagnosen von Dr. B.____ offensichtlich wörtlich übernommen hat.

Ähnliche s

hat auch für die aufgeführten Diagnosen im Austrittsbericht Chirurgie des E.____ vom 17. August 2018 und den chirurgischen Verlaufsbericht vom 1. Oktober 2018 (Urk. 3/3 und Urk. 3/4) zu gelten . Es wurden zwar in diesen Berichten zu Händen des behandelnden Arztes neben anderen (Vor-)Diagnosen auch die schwere rezidivierende depressive Störung aufgeführt. Anhaltspunkte, dass die Diagnose beim Spitalertritt für den chirurgischen Eingriff aufgrund eigener Untersuchungsbefunde erhoben und nicht lediglich als Eintrittsdiagnose aus Vorberichten der Behandler übernommen wurde, ergeben sich jedoch keine. Es liegen auch keine Anhaltspunkte vor , dass sich der psychische Gesundheitszustand nach der polydisziplinären Begutachtung in der MEDAS- C.____ im April/Mai 2018 bis zum Verfügungserlass vom 18. Dezember 2018 in diese Richtung verschlechtert hat . D

en erwähnten chirurgischen Berichten kann

jedoch entnommen werden, dass die bereits in der orthopädischen Abklärung aufgrund einer MR-Arthographie

gesehene, relativ frische SLAP-Läsion im rechten Schultergelenk (vgl. Urk. 10/93/25 und Urk. 10/93/42) nunmehr am

E. 6

). Die zuständige Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht und veranlasste in der MEDAS A.____

eine polydisziplinäre Abklärung (Gutachten vom 4. November 2014 [Urk. 10/38/1-58]). Mit Verfügung vom 17. April 2015 verneinte sie einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 10/49).

E. 8

ATSG bewirken.

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 145 V 215 E. 5.1, 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 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 10

F61.1 störende Persönlichkeitsänderungen (mit asthenischen Anteilen). Aus der Diagnose resultiert aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 75%. Bei der Arbeitsfähigkeit von höchstens 25% seien nur kurze Einsätze möglich. Der Eigen-Arbeitsversuch in einem mazedonischen Club habe nicht erfolgreich realisiert werden können, da auch einfache Handreichungen auf Dauer (über eine Stunde) mit körperlichen Schmerzen und nervösen Symptomen in Verbindung mit Angst und Depression verbunden und unzumutbar seien. Der Beschwerdeführer müsse eine IV-unterstützte berufliche Massnahme in einem zeitlichen Rahmen erhalten und/oder es wäre eine Rentensprechung

angezeigt. Die Lebensrealität innerhalb der letzten fünf Jahre seit dem Unfall vom 9. Dezember 2011 habe bewiesen, dass die Arbeitsfähigkeit bei höchstens 25%

realistisch im Sinne einer vernünftigen Pragmatik sei. 3.3

Med. pract. F.____ wies im Verlaufsbericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 13. April 2017 (Urk. 10/70/1-4) auf seine Behandlung seit dem Jahr 2012 mit letzter Kontrolle vom 5. April 2017 hin (Ziff. 1.2). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden: 1. Schwere rezidivierende depressive Störung ohne psychotische Symptome

ICD-10 F33.2 mit Chronifizierung seit der ersten Anmeldung sowie Verstärkung der Depression seit dieser Erstanmeldung. 2. Trotz erfolgreicher psychotherapeutischer Behandlungen (Patient wende täglich Entspannungsverfahren wie

Autogenes Training an, Compliance vorhanden) sei die anhaftende somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45.4 ohne aufmerksamkeitsreduzierendes Verhalten, ebenfalls wie die Depression, verstärkt und chronifiziert. 3. Dadurch neue Diagnose ICD-10 F6

E. 14

August 2018

operiert worden war. Dabei zeigte sich sowohl der

operative als auch der

postoperative Verlauf komplikationslos (Urk. 3/4 und 3.5.2 hiervor). Die Einschätzung des orthopädischen Experten, wonach unter Berücksichtigung der SLAP-Läsion

bis zu deren Abheilung in angepasster Tätigkeit auf eine 80%ige Arbeitsfähigkeit und bei komplikationslosem Verlauf des operativen Eingriffs auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu schliessen ist (vgl. Urk. 10/93/36 f.),

ist somit im Verfügungszeitpunkt nicht überholt.

In psychiatrischer Hinsicht erweisen sich die von den Experten gezogenen, der Konsensbeurteilung zugrunde gelegten Schlussfolgerungen, wonach das psychosomatische Leiden unter zusätzlicher Berücksichtigung der unter ICD-10 F68.0 subsumierten aggravatorischen Komponente auch nach erneuter Anmeldung weiterhin keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag und mithin im massgeblichen Zeitraum keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten ist (vgl. Urk. 10/93/81), als überzeugend und begründet. Auf eine Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 kann angesichts der Beweiswertigkeit der Beurteilung und dem Fehlen einer anderslautenden, ebenfalls beweismässigen psychiatrischen Einschätzung verzichtet werden (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_309/2018 vom 2. August 2018 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als zutreffend, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.5.1

Die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss §

E. 16

Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind vorliegend erfüllt (vgl. Urk. 1 Ziff. 6 und Urk. 8). Demzufolge ist dem Beschwerdeführer antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwalt Daniel Christe, Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen. 5.2

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.3

Bei diesem Verfahrensausgang steht dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Christe, Winterthur, eine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu (§ 34 Abs. 3 GSVGer in Verbindung mit § 7 Abs. 1 und § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht, GebV SVGer), welche nach Einblick in die Honorar note (Urk.

E. 17

) auf Fr. 1'655.25 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Prozesskosten verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 31. Januar 2019 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Daniel Christe, Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Christe, Winterthur, wird mit Fr. 1'655.25 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - 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 Gräub Nef

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