

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00205 vom 2. Februar 1996

ZH Sozialversicherungsgericht, 1996-02-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00205

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00205 du 2 février 1996

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00205 del 2 febbraio 1996

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

über die Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach 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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychi schen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 1 8. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose 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 ausge wiesen 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 Neuanschuldung 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 Hinweisen).

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 Zusprennung 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 Aufgabenbereich 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. 1.4

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 gestellten 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 psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen 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 deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 13. Februar 2019 erhob der Versicherte am 14. März 2019 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm ab wann rechtens eine Rente zuzusprechen. Eventualiter sei zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Gerichtsverfügung vom 14. Mai 2019 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wurde ihm Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 8). In seiner Replik vom 16. Juli 2019 hielt der Beschwerdeführer an seinen in der Beschwerde gestellten Anträgen fest (Urk. 11 S. 2) und reichte einen Bericht seiner behandelnden Psychiater ein (Urk. 12/3). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 5. August 2019 auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 14), was dem Beschwerdeführer am 6. August 2019 mitgeteilt wurde (Urk. 15).

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das Gutachten vom 1. September 2018 auf den Standpunkt, es lägen keine die Arbeitsfähigkeit als technischer Kaufmann einschränkende Erkrankungen vor. Es bestünden einzig weiterhin die linksseitigen Handgelenksbeschwerden, welche im Jahr 1993 zur Umschulung zum technischen Kaufmann geführt hätten. Zum Einwand des Beschwerdeführers gegen das Teilgutachten von Dr. E. ___ hielt sie fest, das subjektive Erleben bei der Begutachtung ändere nichts am fachlichen Entscheid der IV-Stelle. Medizinisch neue Erkenntnisse habe der Beschwerdeführer im Einwandverfahren nicht geltend gemacht (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde zusammengefasst vor, das oder die Gutachten von Dr. E. ___ und PD Dr. F. ___ sei(en) nicht beweispflichtig. Unter anderem fehle es an der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens im Sinne von BGE 141 V 281. Gestützt auf die im Recht liegenden medizinischen Berichte sei ein invalidisierender Gesundheitsschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, welcher Anspruch auf eine Rente gebe. Eventualiter sei der Sachverhalt mittels Gerichtsgutachten rechts genügend abzuklären (Urk. 1 S. 4).

Nach Erhalt und Studium der Akten kritisierte er das interdisziplinäre Gutachten von Dr. E. ___ und PD Dr. F. ___ in seiner Replik mit detaillierter Begründung (Urk. 11 S. 5-10). 3.1

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E).

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen), mithin die Verfügung vom 20. August 2008 (Urk. 7/95).

3.2

Diese Verfügung basierte auf der Einschätzung der gesundheitlichen Situation durch die Ärzte des B.____, H.____. Diese nannten in ihrem Bericht vom 5. März 2008 ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als technischer Kaufmann eine Tendovaginitis der Handgelenksextensoren links, eine Epicondylitis

humeri

radialis rechts, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom sowie unklare Handgelenksschmerzen beidseits. Eine Arbeitsunfähigkeit attestierten sie dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 5. November 2007 bis 23. März 2008 für manuell-repetitive Tätigkeiten. Sie führten aus, für die Tätigkeit als technischer Kaufmann bestehe aus rheumatologischer Sicht aufgrund der aktuellen Befunde keine Arbeitsunfähigkeit. Die Handgelenksbeschwerden könnten Einschränkungen im Beruf als Mechaniker bewirken, und aufgrund der Extensorentendovaginitis an der linken Hand sowie der Epicondylitis

humeri

radialis

rechts ergäben sich aktuell Einschränkungen für manuell-hochrepetitive und/oder mittelschwere körperliche Tätigkeiten (Urk. 7/83/7). In ihrem anderen Bericht vom 5. März 2008 fassten sie zusammen, der aktuell arbeitslose Beschwerdeführer sei aus rheumatologischer Sicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als technischer Kaufmann arbeitsfähig. In seiner früheren Tätigkeit als Mechaniker sei er aufgrund der genannten Beschwerden eingeschränkt einsetzbar. Für die Dauer der Behandlung in ihrer Poliklinik (5. November 2007 bis 23. März 2008) hätten sie ihn für mittelschwere bis schwere, manuell repetitive Belastungen arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 7/83/12-13).

Die RAD-Ärztin Dr. med. I.____, praktische Ärztin, ging in ihrer Stellungnahme vom 12. April 2008 gestützt auf den Bericht des B.____ vom 5. März 2008 ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit als technischer Kaufmann aus (Urk. 7/85/2). 4.

4.1

In seiner Neuanmeldung vom 15. September 2015 nannte der Beschwerdeführer neu nebst verschiedenen Schmerzen auch Kraftlosigkeit und Schwächeanfälle mit Koordinationsverlust sowie Depressionen. Er gab an, die Schwächeanfälle und Muskulaturbeschwerden würden seit 2014 immer intensiver (Urk. 7/110/6). 4.2

Dr. med.

J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, K.____, der den Beschwerdeführer konsiliarisch untersuchte, äusserte in seinem Bericht vom 26. August 2015 den Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit Symptomen von Gereiztheit, Anspannung und Gedankenkreisen (ICD-10: F43.23) nach Aussteuerung vor einem Monat. Das Vorliegen eines psychotischen Geschehens sowie einer depressiven Störung verneinte er. Er empfahl dem zuweisenden Hausarzt eine medikamentöse Therapie sowie regelmässige psychotherapeutische Gespräche. Letztere im anfänglich wöchentlichen Setting mit Fokus Copingstrategien bezüglich Schmerz, Begleitung und Stützung in der aktuell angespannten psychosozialen Situation (Urk. 7/130/1-2). 4.3

Dr. med.

L.____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, M.____, nannte in seinem Bericht vom 26. November 2015 folgende Diagnosen: Zunehmend Handgelenksschmerzen und teilweise Schwellungen beidseits seit vielen Jahren, zunehmendes Panvertebralsyndrom, zunehmend generalisierte muskuloskelettale Beschwerden und eine zunehmende vegetative Begleitsymptomatik. Er führte aus, die genaue Festlegung der Arbeitsunfähigkeit sei für ihn schwierig, da beim Beschwerdeführer ein langjähriges komplexes Schmerzsyndrom vorliege und er ihn im Sinne einer Zweitmeinung nur zweimal gesehen habe. Grundsätzlich bestehe beim Beschwerdeführer ein chronifiziertes Schmerzsyndrom mit sehr starker Ausprägung, über die Jahre langsam zunehmend mit aktuell auch ausgeprägter vegetativer Begleitsymptomatik. Aus rheumatologischer Sicht sei er aktuell aufgrund der ausgeprägten Schmerzen vollumfänglich arbeitsunfähig. Eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung sei absolut erforderlich. Auch die Tätigkeit als technischer Kaufmann sei aktuell aufgrund der ausgeprägten generalisierten Schmerzen sowie der starken vegetativen Begleitsymptomatik nicht zumutbar (Urk. 7/126). Gleichentags berichtete er, es könne sich um die Entwicklung eines chronifizierten

myofaszialen Schmerzsyndroms im Sinne eines Fibromyalgie-Syndroms ausgegangen werden. Dazu passten auch die in letzter Zeit deutlich zunehmenden vegetativen Begleitsymptome (Urk. 7/128/9). 4.4

RAD-Ärztin med. pract. D.____ führte am 24. Mai 2016 aus, laut Bericht der Physiotherapie vom 23. November 2015 habe die Blockade der Halswirbelsäule (HWS) erfolgreich behoben werden können, sodass keine dauerhafte Störung der HWS-Funktion

vorgelegen habe. Unklare Schwindelzustände seien nicht als gesicherte Diagnose anzusehen. Dr. L.____ habe kein Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert. Die generalisierten muskuloskelettalen Schmerzen seien ohne entzündliche Manifestationen. Zusammenfassend handle es sich um ein Schmerzsyndrom ohne nachweisbares organisches Korrelat (Urk. 7/144/2-3). 4.5

Dr. med. N.____, Facharzt für Allgemeinmedizin und Hausarzt des Beschwerdeführers, führte in seinem Bericht vom 9. Mai 2018 aus, die Weichteil- und Gelenkschmerzen am gesamten Körper hätten in den letzten Jahren zugenommen (Urk. 7/156/2). Funktionseinschränkungen bestünden schmerzbedingt durch eine Schwäche an Händen, Nacken, Rücken und Fußgelenken. Der Beschwerdeführer könne nicht länger stehen (Urk. 7/156/3). Die bisherige Tätigkeit halte er -

Dr. N.____ -

für zu 10 bis 15 % zumutbar, indes nicht konstant. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit, die im Wechsel sitzend und stehend ausgeübt werden könne, sei dem Beschwerdeführer zu 50 % zumutbar (Urk. 7/156/5). 4.6

Dr. med.

O.____, K.____, der die psychiatrische Therapie durchführte, berichtete am 24. Mai 2018, die erstmals im September 2015 diagnostizierte Anpassungsstörung mit längerer depressiver Symptomatik (ICD-10: F43.21) habe sich nach dem Scheitern der Arbeitsintegration im P.____ im Frühling 2016 zu einer mittelgradigen bis schweren depressiven Symptomatik verschlechtert. Unter Citalopram sei eine Stabilisierung und

leichte Besserung des Zustandsbildes sowie eine Besserung der seit Jahren chronischen Schmerzsymptomatik gelungen. Gefolgt sei ein fluktuierender Verlauf, der von depressiver Symptomatik sowie Angaben von körperlichen Beschwerden und Schmerzen vor allem in den oberen Extremitäten und im Nacken geprägt gewesen sei (Urk. 7/157/2). Dem von Dr. O.____ erhobenen Psychostatus ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer leide an ausgeprägten Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen sowie an leichten Gedächtnisstörungen. Im Affekt sei er leicht freudlos, affektarm, deprimiert, gereizt, affektlabil und affektstarr. Er empfinde ein leichtes Gefühl der Gefühllosigkeit, leichte Insuffizienzgefühle und Verarmungsgefühle. Er sei ausgeprägt interessenlos, hoffnungslos und affektinkontinent. Er leide an ausgeprägten Schuldgefühlen, sei schwer ängstlich, innerlich unruhig, leicht antriebsarm, motorisch unruhig und habe sich sozial leicht zurückgezogen. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), sowie eine Fibromyalgie (Urk. 7/157/3). Weiter führte Dr. O.____ aus, es finde eine wöchentliche bis zweiwöchentliche Einzelgesprächstherapie statt (Urk. 7/157/4). Er gelangte zum Schluss, eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer während vier Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 7/157/6). 4.7

4.7.1

Dr. E.____ stellte in ihrem Teilgutachten vom 25. August 2018 folgende rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/165/104): - verminderte Belastbarkeit und intermittierende Beschwerden des Handgelenks der linken nicht-dominanten Hand bei - Status nach Arthroskopie des linken Handgelenks im März 1991 mit Nachweis einer chronischen Synovitis ohne mechanische Ursache mit - leichter Synovitis der Extensorsehnen links mit Punctum

maximum der Sehne des M. extensor
carpi

ulnaris (MRI vom Oktober 2008), - unauffälligen Ultraschalluntersuchungen beider Hände (Oktober 2015) und - unauffälliger Ganzkörper-Szintigraphie ohne Entzündungen (November 2015) und - unauffälligen Röntgenuntersuchungen beider Hände (Februar 2017 und August 2018) - aktuell schmerzfrei. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mass sie unter anderem den intermittierenden ausgedehnten Schmerzen seit vielen Jahren, einer Adipositas Grad I (BMI 34,8 kg/m²), einem Vitamin D-Mangel, einer Hypercholesterinämie, einem Beckentiefstand rechts (1.4 cm) ohne Skoliose und einer Prostatitis mit pelvinem Schmerzsyndrom zu (Urk. 7/165/104).

In ihrer Beurteilung führte Dr. E.____ aus, im Jahr 1990 seien beim Beschwerdeführer erstmals belastungsabhängige Schmerzen in der linken Hand aufgetreten, wobei eine chronische Synovitis vorgelegen habe. Allmählich sei es dann zur Ausweitung der Schmerzregionen gekommen. Der im Juli 1992 festgestellte leichte Beckentiefstand um circa anderthalb Zentimeter rechts sei mit einer Schuheinlage behandelt worden und weiterhin vorhanden. Die damals postulierte Retrolisthesis L5/S1 mit Bandscheibeninstabilität sei offensichtlich eine Fehldiagnose gewesen, zumal sämtliche Bildgebungen dagegen sprächen. Auch die lumbalen Bandscheiben seien bildgebend unauffällig und die Befunde altersentsprechend. Bei der klinischen Untersuchung seien Diskrepanzen aufgefallen. Der Beschwerdeführer habe oft wegen Schmerzen gestöhnt, wobei dieses Schmerzstöhnen bei Ablenkung ausgeblieben sei. Intermittierend habe er

einen hinkenden Gang gezeigt, der sich bei Ablenkung normalisiert habe. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie der Brustwirbelsäule (BWS) sei normal. Bei der direkten Prüfung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule habe er deutliche Einschränkungen gezeigt, bei Ablenkung habe er die HWS indes normal bewegt (Urk. 7/165/105). Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich, auch beide Handgelenke. In der Dolorimetrie seien 16 der 18 Tender Points pathologisch, sowie sechs der acht Kontrollpunkte. Dies entspreche einem pathologischen Dolorimetrie-Befund im Sinne einer Schmerzausweitung. Die Bioimpedanz-Analyse zeige trotz der Adipositas eine erfreulich grosse Muskelmasse von 43 % , welche den Normwert von 40 % sogar übertreffe. Eine lang andauernde körperliche Schonung, wie der Beschwerdeführer sie schildere, könne daraus nicht abgeleitet werden. Die Fingerkuppen des Daumens und des Zeigefingers zeigten beidseits deutliche Gebrauchsspuren. Diese stammten gemäss den Angaben des Beschwerdeführers von den Reparaturen des Velos seines Sohnes sowie des Autos eines Kollegen, was plausibel sei. Die Gebrauchsspuren zeigten, dass er auch aktuell beide Hände lang andauernd kraftvoll einsetzte. Die Ganzkörperszintigraphie vom November 2015 habe eine durchgemachte oder gar aktive entzündlich-rheumatische Erkrankung ausgeschlossen. Die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule seien altersentsprechend gewesen. An der linken Hand sei mittels MRI-Untersuchung eine leichte Synovitis um die Extensorsehnen sichtbar gewesen, am ehesten mechanisch durch eine Überlastung ausgelöst (Urk. 7/165/106). Das Antidepressivum Citalopram sei unterhalb des therapeutischen Bereichs im Blut des Beschwerdeführers nachweisbar gewesen. Vom Psychopharmakum

Dipiperon seien nur minimale Spuren vorhanden gewesen, sodass zu vermuten sei, dass er die Einnahme der Tablette am Vorabend des Untersuchungstages vergessen habe. In den Sommerferien 2018 sei der Beschwerdeführer zusammen mit seiner Familie mit dem Auto nach Istanbul gefahren, wobei er sich beim Lenken mit seiner Frau abgewechselt habe und sie die Fahrt auf fünf respektive auf dem Heimweg vier Tage verteilt hätten. Für das Lenken eines Autos sei eine zuverlässige Funktion beider Hände notwendig. Es handle sich um eine repetitive manuelle Tätigkeit. Offensichtlich könne der Beschwerdeführer eine solche lang andauernd erbringen. Die geringen strukturellen Befunde im linken Handgelenk könnten seine Leistungsfähigkeit einschränken. Die Befunde erklärten aber das Ausmass der angegebenen Beschwerden nur zum kleinen Teil. Eine angepasste Tätigkeit, welche die linke Hand wenig belaste, könne er zu 100 % ausüben (Urk. 7/165/107-108). Zu den abweichenden ärztlichen Einschätzungen merkte Dr. E. ___ an, weshalb Dr. L. ___ den Beschwerdeführer auch für die Tätigkeit als technischen Kaufmann oder für eine andere angepasste Tätigkeit als nicht mehr arbeitsfähig eingeschätzt habe, sei angesichts des Fehlens wesentlicher struktureller Befunde nicht nachvollziehbar. Gleiches gelte für die Beurteilung durch Dr. N. ___ , welcher die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf 50 % eingeschätzt habe. Dr. N. ___ habe angegeben, der Beschwerdeführer könne nicht länger sitzen. Darüber habe der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung nicht geklagt und er habe immerhin mit dem Auto nach Istanbul fahren können in den Sommerferien 2018 (Urk. 7/165/109). Das Vorliegen wesentlicher invaliditätsfremder Faktoren verneinte Dr. E. ___ (Urk. 7/165/109). Dr. E. ___ gelangte in ihrer Beurteilung zum Schluss, die Tätigkeit als technischer Kaufmann, auf welche der Beschwerdeführer umgeschult worden sei, sei angepasst. Diese könne er zu 100 % und ohne eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausüben. In der ursprünglich angestammten Tätigkeit als Mechaniker sei wahrscheinlich ein Teilbereich vorhanden, den der Beschwerdeführer wegen zu grosser Belastung der linken

Hand nicht mehr ausüben könne. Diese Einschränkung bestehe seit März 1991. Seine rechte dominante Hand könne er uneingeschränkt einsetzen. Dagegen könne er eine Tätigkeit mit besonderer Belastung der linken nicht-dominanten Hand nicht lang andauernd erbringen. Nicht zumutbar seien stark repetitive Tätigkeiten mit der linken Hand sowie solche mit hoher Gewichtsbelastung der linken Hand. Ungünstig seien auch Tätigkeiten mit Schlägen oder starken Vibrationen mit Einwirkung auf die linke Hand. Berufliches Autofahren sei für ihn zumutbar. Besonders günstig seien Transporte leichter Gegenstände wie Pizzas oder Medikamente über kurze Strecken (Urk. 7/165/111). Im Vergleich zur letzten Verfügung vom August 2018 (richtig: 2008) habe sich der Gesundheitszustand nicht verschlechtert. Es seien keine neuen wesentlichen strukturellen Befunde dokumentiert und auch Dr. L.____ habe im Jahr 2015 darauf hingewiesen, dass keine neuen Erkrankungen fassbar seien (Urk. 7/165/112). 4.7.2

Dem psychiatrischen Teilgutachten von PD Dr. F.____ vom 10. September 2018 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer angegeben hatte, er leide an verschiedensten Schmerzen (Urk. 7/166/8-9). Sodann schlage ihm die anhaltend enge finanzielle Situation aufs Gemüt und er sei tagsüber manchmal müde. Wenn er in seiner Werkstatt tätig sei, sei der Antrieb indes intakt und dann empfinde er - im Gegensatz zu sonst manchmal - auch keine Freud-, Interesse- und Lustlosigkeit (Urk. 7/166/9). Er könne sich vorstellen, zu 50 % als Mechaniker zu arbeiten. Bürotätigkeiten seien nichts für ihn; Sitzen sei nicht vorteilhaft für seinen Nacken. Vor allem wegen seiner Schmerzen könne er nicht jeden Tag die volle Leistung erbringen (Urk. 7/166/10). PD Dr. F.____ hielt in seiner Beurteilung fest, die frühen, teilweise nicht einfachen Lebensumstände hätten nicht zu einer relevanten Pathologie der Persönlichkeit geführt. Bezüglich der Affektivität des Beschwerdeführers führte er aus, der Beschwerdeführer habe bisweilen eine diskrete Bedrücktheit im Sinne einer gewissen Subdepressivität gezeigt, indes zu keinem Zeitpunkt eine regelrechte depressive Grundstimmung (Urk. 7/166/14). Auch aufgrund der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers könne keine relevante Affektpathologie und explizit keine depressive Episode diagnostiziert werden (Urk. 7/166/15). Unter Bezugnahme auf den Bericht von Dr. O.____ vom 28. Mai 2018 gab er an, die depressiven Symptome müssten danach dauerhaft vorhanden sein. Der von ihm erhobene objektive Psychostatus ohne relevante affektpathologische Befunde spreche klar gegen eine relevante und auch dauerhafte Affektpathologie. Anhand der Vorakten sei demnach nicht erstellt, dass jemals eine relevante Affektpathologie vorgelegen habe (Urk. 7/166/16). Das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung beziehungsweise einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren verneinte PD Dr. F.____ mit der Begründung, dass sich der Beschwerdeführer hauptsächlich wegen sozialer Belastungsfaktoren psychisch belastet fühle. Er habe in der hiesigen Begutachtung keine wahllose Auflistung von Körperschmerzen gezeigt und er sei im Alltag immer wieder mit mechanischen Arbeiten beschäftigt. Eine Affektpathologie könne wie vorstehend erwähnt ausgeschlossen werden. Der Beschwerdeführer sei einzig durch seine Situation ohne berufliche Tätigkeit und durch seine finanzielle Engpass-Situation belastet. Dies seien gemäss Swiss Insurance Medicine (SIM) invaliditätsfremde Belastungsfaktoren, die streng genommen nicht psychosoziale, sondern ausschliesslich soziale Belastungsfaktoren seien. Aufgrund der subjektiven Schwierigkeiten des Beschwerdeführers mit diesen äusseren sozialen Belastungen sei von Anpassungsproblemen auszugehen, welche als Z-Diagnose codiert werden könnten. Hierbei handle es sich einzig und allein um eine Würdigung sozialer Belastungen, die einen Menschen psychisch nachvollziehbar belasten könnten,

mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose aber nicht verwechselt werden dürften (Urk. 7/166/16-17). Dementsprechend nannte PD Dr. F.____ als einzige Diagnose Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10: Z60.0), welchen er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass (Urk. 7/166/12). Inkonsistenzen liegen laut der Beurteilung von PD Dr. F.____ insofern vor, als der Beschwerdeführer mitgeteilt habe, dass er zahlreichen Tagesaktivitäten nachgehen, jedoch nicht mehr als 50 % arbeiten könne, wobei er hierfür seine Körperschmerzen verantwortlich mache (Urk. 7/166/17). Die angegebenen Tagesaktivitäten seien hingegen konsistent mit den objektiven Untersuchungsbefunden zur innerpsychischen Vitalität, welche bland ausgefallen seien (Urk. 7/166/18). Die qualitativen Funktionsfähigkeiten seien aus psychiatrischer Sicht vollständig erhalten (Urk. 7/166/18). Seine Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei unbeeinträchtigt (Urk. 7/166/19). Folglich gelangte PD Dr. F.____ zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt und auch nie eingeschränkt gewesen (Urk. 7/166/20). 4.7.3

In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung hielten Dr. E.____

und PD Dr. F.____ fest, in der Tätigkeit als technischer Kaufmann sowie in einer anderen angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer uneingeschränkt arbeitsfähig (Urk. 7/167/8). Bezüglich des Vorliegens von Belastungsfaktoren einigten sie sich darauf, dass keine wesentlichen objektiven invaliditätsfremden Faktoren bestünden, dass der Beschwerdeführer aber subjektiv belastet sei durch seine Situation ohne berufliche Tätigkeit und mit finanziellem Engpass (Urk. 7/167/7). 4.8

RAD-Arzt Dr. G.____ befand in seiner Stellungnahme vom 17. September 2018, man könne auf das bidisziplinäre Gutachten abstellen (Urk. 7/173/5-6). 4.9

Dr. N.____ führte am 2. November 2018 aus, die Gebrauchsspuren an den Händen werte er positiv. Die Basteleien und Arbeiten mit den Motoren seien gut für die Psyche des Beschwerdeführers. Daraus, dass Dr. E.____ die Fussnägel des Beschwerdeführers als normal bezeichnet habe, schliesse er, dass sie sich diese gar nicht angesehen habe (Urk. 7/176/1). 4.10

Dr. O.____ und Dr. J.____ hielten in ihrer Stellungnahme vom 26. Februar 2019 fest, PD Dr. F.____ scheine das AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) nicht geläufig zu sein. Sie kritisierten, die durch PD Dr. F.____ erhobenen objektiven Befunde würden auf einmaligen Beobachtungen des Verhaltens des Beschwerdeführers basieren, wobei eine Antriebsarmut üblicherweise erst in fortgeschrittenen Ausprägungen ohne Anzeichen des Beschwerdeführers evident werde. PD Dr. F.____ habe zwar eine Affektstarre verneint, indes mit der «diskret verhaltenen affektiven Schwingungsfähigkeit» eine leichte Affektstarre beschrieben. Bei der subjektiven Einschätzung der Depressivität durch den Gutachter handle es sich nicht um einen objektiven Untersuchungsbefund (Urk. 12/3 S. 1). Dass er behaupte, das Item «deprimiert» sei ohne Angabe von Schweregrad gelistet, könnte einer tendenziösen Berichterstattung entspringen (Urk. 12/3 S. 1-2). Nach dem Scheitern der Arbeitsintegrationsmassnahme im Frühling 2016 habe eine mittelgradige depressive Episode vorgelegen, die Ende Mai Anfang Juni 2016 kurzfristig (während gut zwei Wochen) als schwere Episode imponiert habe. In der Folge sei die depressive Symptomatik fluktuierend (subdepressiv, leicht, mittelgradig) gewesen, weshalb er (Dr. O.____) von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgehe. Im Herbst 2015 habe er die

Symptomatik aufgrund von Niedergestimmtheit und Antriebshemmung als Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F40.21) beurteilt gehabt (Urk. 12/3 S. 2). Die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien anhand der Angaben von PD Dr. F. ___ als erfüllt zu betrachten. Die laut ihm fehlende wahllose Auflistung von Körperschmerzen sei charakteristisch für die Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und nicht für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; Urk. 12/3 S. 2-3). Bezüglich der Behandlung mit Citalopram hielten die Dres. O. ___ und J. ___ fest, bei einer rezidivierenden depressiven Störung sei die antidepressive Pharmakotherapie über mindestens zwei Jahre fortzuführen. Zudem hätten Reduktionsversuche zu einer Zunahme der Schmerzsymptomatik geführt. Diesbezüglich werde Citalopram Off-Label verwendet. Gemäss www.swissmedicinfo.ch (Internetseite der Schweizer Arzneimittelzulassungsbehörde) erfolge die Einnahme - entgegen der Behauptung des Gutachters - « grundsätzlich zu jeder Tageszeit ». Den mechanischen Betätigungen gehe der Beschwerdeführer eine bis drei Stunden pro Tag mit Pausen und im gemächlichen Tempo nach, wobei dies als Copingmechanismus eingesetzt werde. Insgesamt entstünden aufgrund der fehlerhaft dargestellten Ausgangslage Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung (Urk. 12/3 S. 3). 5.

5.1

Das bidisziplinäre Gutachten (Urk. 7/165-167), auf welches die IV-Stelle abstellte, basiert auf fachärztlichen Untersuchungen sowie auf den anlässlich dieser Untersuchungen erhobenen Befunden, auf den Vorakten, den Angaben des Beschwerdeführers sowie der erhobenen Anamnese. Ferner beantwortet es die gestellten Fragen umfassend und setzt sich mit anderslautenden Beurteilungen auseinander. Somit erfüllt es die von der Rechtsprechung gestellten formellen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehende E. 1.4). 5.2

5.2.1

Bezüglich der objektiv ausgewiesenen strukturellen Befunde ergibt sich folgende Zusammenschau der medizinischen Berichte ab dem Zeitpunkt der Neuanschuldung:

In der 3-Phasen-Skelett-Szintigrafie vom 3. November 2015 zeigten sich eine gering aktivierte Arthrose des Acromioclaviculargelenks (AC-Gelenk) beidseits sowie eine beginnende Femoropatellararthrose rechts (Differentialdiagnose: kleine osteochondrale Läsion). Ansonsten lagen unauffällige Verhältnisse vor, insbesondere keine Hinweise für eine aktive Arthritis/Synovitis/ISG-Arthritis. In Bezug auf die Hände (respektive einzelne MCP- und IP-Gelenke beidseits) wurden geringe, aktuell nicht aktive Arthritiden lediglich für möglich gehalten (Urk. 7/164/10). In Übereinstimmung damit wurden auch im Bericht der M. ___ vom 19. August 2015 klinische sowie radiologische Anhaltspunkte für eine Arthrose oder eine Arthritis an den Handgelenken verneint (Urk. 7/164/19). Auch die Röntgenuntersuchung beider Hände im August 2018 hatte - wie bereits jene der Handgelenke im Februar 2017 (Urk. 7/164/24) - normale Befunde ergeben (Urk. 7/164/1).

Die MR-Untersuchung des Plexus brachialis beidseits vom 11. Mai 2017 zeigte eine regelrechte Darstellung der Nerven des Plexus brachialis beidseits ohne Kompression und ohne Neuropathie (Urk. 7/164/22).

Das Schädel-MRI vom 18. September 2015 war ebenfalls unauffällig ausgefallen (Urk. 7/164/21).

Die radiologische Untersuchung der Halswirbelsäule in der Radiologie am Graben vom 13. Dezember 2016 hatte mässige Spondylarthrosen der HWS sowie eine Segmentdegeneration C5/6 mit Osteochondrose und leichter Unkovertebral arthrose ergeben (Urk. 7/157/16 = Urk. 7/164/20). Gemäss der von Dr. E. ___ veranlassten Röntgen-Untersuchung vom 21. August 2018 in der Q. ___ (vgl. Urk. 7/167/3) liegen eine leichte Hyperkyphose der Brustwirbelsäule, diverse segmentale degenerative BWS-Veränderungen sowie Osteochondrosen C5/6, C6/7 und L3/4 vor. Ferner ein Beckentiefstand rechts um 14 Millimeter (Urk. 7/164/1).

Dr. E. ___ mass dem Beckentiefstand sowie der BWS-Hyperkyphose keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Die übrigen Veränderungen hielt sie für altersentsprechend (Urk. 7/165/106). Diesen Angaben widersprechende ärztliche Beurteilungen liegen keine vor, weshalb nicht daran zu zweifeln ist. Von Dr. L. ___ wurden die degenerativen Veränderungen am 26. November 2015 als beginnend respektive als eher leichtgradig bezeichnet. Hinweise auf aktiv entzündliche Veränderungen wurden anhand der Szintigraphie ebenfalls verneint. Es wurde festgehalten, eine entzündlich-rheumatologische Erkrankung als Ursache der gesamten Beschwerdesymptomatik könne praktisch ausgeschlossen werden und die Hinweise auf beginnende degenerative Veränderungen vermöchten nicht das gesamte Ausmass der ausgeprägten und generalisierten Schmerzen zu erklären. Demnach sei von einem Fibromyalgie-Syndrom auszugehen, wozu auch die vegetativen Begleitsymptome passten (Urk. 7/126/1, Urk. 7/128/9). Auch die Ärzte des R. ___ , Departement Chirurgie, beschrieben die szintigraphisch erhobenen degenerativen Veränderungen am 11. April 2017 als beginnend (Urk. 7/156/7). Angesichts des geringen Ausmasses der degenerativen Veränderungen ist es nicht manipulativ, dass Dr. E. ___ die Befunde in der interdisziplinären Zusammenfassung nicht mehr erwähnte (Urk. 7/167/6; vgl. den Einwand des Beschwerdeführers in Urk.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 11

S. 10). Nach dem Gesagten kann gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten von Dr. E. ___ und PD Dr. F. ___ vom Fehlen einer weitergehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, als sie bereits im Vergleichszeitpunkt vorlag. Mithin ist keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, sondern die Tätigkeit als technischer Kaufmann ist ihm weiterhin vollumfänglich zumutbar. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

6.1

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk. 8) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen; dies unter Hinweis auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). 6.2

Mit Kostennote vom 14. August 2019 machte der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von 20 Stunden und 5 Minuten, Spesen von Fr. 43.30 zuzüglich Mehrwertsteuer von 7,7 %

geltend (Urk. 16), woraus eine Entschädigung von Fr. 4'805.10 resultiert. Der geltend gemachte Aufwand ist angesichts der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen.

Ein Aufwand für die allgemein gehaltene, weil ohne Akten gemachte, kurze Beschwerde (Urk. 1), zusammen mit der Instruktion des Beschwerdeführers von gesamthaft 2 Stunden 25 Minuten kann stehen gelassen werden (Urk. 16), ebenso Telefonate mit dem Klienten von gesamthaft 35 Minuten. Hingegen ist der geltend gemachte weitere Aufwand für die eingereichte Replik von 10 Seiten (Urk. 11) zusammen mit dem Aktenstudium von gesamthaft 16,5 Stunden nicht angemessen. Der Umfang der zu berücksichtigenden Akten ist nicht unüblich gross. Ein grosser Teil der Akten war zudem schon im Urteil vom 9. Februar 2018 gewürdigt worden. Es rechtfertigt sich für diese Arbeit (Replik und Aktenstudium) ein Aufwand von 10 Stunden. Sodann ist eine Stunde zu berücksichtigen für das Studium des Urteils (Urk. 16). Gesamthaft ist somit eine Stundenzahl von 14 Stunden angemessen und mit dem gerichtlichen Ansatz von Fr. 220.--, zuzüglich Barauslagen von Fr. 43.30 und der Mehrwertsteuer von 7,7 % zu begleichen, was eine Entschädigung von gerundet Fr. 3'364.-- ergibt. Das Gericht 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 GSVG hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, wird mit Fr. 3'364.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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