

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00339 vom 13. Juli 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00339

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00339 du 13 juillet 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00339 del 13 luglio 2020

Erwägungen

E. 1

0. November 2008 meldete er sich unter Hinweis auf schwere chronische Rückenschmerzen

bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/9). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen, liess den Versicherten durch Prof. Dr. Y.____ , Chefarzt der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Z.____ , begutachten (Expertise vom 2. Juni 2009, Urk. 8/26) und sprach ihm mit Verfügung vom 11. November 2010 (Urk. 8/50) vom 1. November 2007 bis 31. Mai 2009 eine halbe, anschliessend bis 28. Februar 2010 eine ganze und anschliessend wieder um eine halbe Rente zu. Das hiesige Gericht hiess die vom Versicherten dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil IV.2010.01207 vom 31. Mai 2012 (Urk. 8/62) in dem Sinne gut, dass es die Verfügung auf hob

und die Sache zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung

an die IV-Stelle zurück wies .

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

E. 1.4

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 Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich 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). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 14. Mai 2019 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm die gesetzlichen Leistungen aus IVG zu erbringen, insbesondere sei ihm mit Wirkung ab 25. Mai 2018 eine ganze Rente zuzusprechen. Zudem sei ihm die unentgeltliche Prozessführung unter Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung zu bewilligen. Am 13. Juni 2019 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 1. April 2019 (Urk. 2) damit, dass aufgrund der medizinischen Akten keine länger dauernde Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit verglichen mit dem letzten Entscheid ausgewiesen sei. Es bestehe kein längerdauernder Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes und deshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Im neu vorgelegten Arztbericht würden die gleichen Schlussfolgerungen wie in den früheren Arztberichten beschrieben (S. 1-2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), als Vergleichsbasis sei das Gutachten der MEDAS A.____

vom 26. April 2013 heranzuziehen (S. 4). Den neueren Berichten lasse sich entnehmen, dass er am 22. Juni 2017 einen Verkehrsunfall erlitten habe und an Schmerzen an der Wirbelsäule, den Schultern und den Fersen leide. Trotz Hospitalisationen und regelmässiger Betreuung habe sich zudem - aus näher dargelegten Gründen - auch sein psychischer Zustand verschlechtert (S. 5 und S. 7-10). Dr. B. vom RAD sei als Orthopäde zur Würdigung psychiatrischer Befunde nicht besonders geeignet und habe sachgerecht auf eine medizinische Stellungnahme dazu verzichtet. Was den somatischen Gesundheitszustand anbelange, habe er sich einem Vergleich des Gesundheitszustandes enthalten und sich auf allgemeine Feststellungen, nämlich, dass Schultergelenkverletzungen in vielen Fällen innert einiger Wochen abheilen würden und dass die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule altersentsprechend seien, beschränkt (S. 6). Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt sei derzeit nicht gegeben und es sei ihm ab dem Zeitpunkt der Neuanschuldung eine ganze Rente zuzusprechen. Allenfalls seien Eingliederungsmassnahmen zu prüfen oder eine erneute Begutachtung zu veranlassen (S. 10). 3.

Vergleichszeitpunkt für eine für die Neuanschuldung relevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bildet die Verfügung vom 6. Januar 2014 (Urk. 8/89), mit welcher die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten der MEDAS A. (Urk. 8/74) das Leistungsbegehren abgewiesen hat. Auf die Neuanschuldung vom 25. September 2015 hin erfolgte keine vertiefte Abklärung des medizinischen Sachverhalts, trat die Beschwerdegegnerin doch auf diese gar nicht ein (Verfügung vom 31. Mai 2016, Urk. 8/134). 4. 4.1

Die rentenabweisende Verfügung vom 6. Januar 2014 stütze sich insbesondere auf das Gutachten der MEDAS A. vom 26. April 2013 (Urk. 8/74). Dr. med. C., Facharzt für Neurologie FMH, Dr. med. D., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. E., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. F., Facharzt für Innere Medizin, und Dr. med. G., Facharzt für physikalische Medizin FMH spez. Rheumatologie, stellten darin keine Diagnosen mit und folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Chauffeur (S. 14): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - Osteochondrose und Spondylose L4/5 und L5/S1 - klinisch fehlende Hinweise auf aktuelle radikuläre Kompression/Irritation - muskuläre Dysbalance - Psoriasis vulgaris ohne Verdacht auf hiermit assoziierte Arthritiden - chronisch wiederkehrende Zervikalgien bei diskret beginnenden degenerativen Wirbelveränderungen und angedeuteter Wirbelsäulenfehlstatik - diskrete Sprunggelenkarthrose rechts - osteosynthetisch versorgte knöchern fest konsolidierte Fersenbein-Fraktur links - Spreizfuss beidseits mit beginnender Grosszehengrundgelenk-Arthrose links - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig überwiegend leichte Episode, phasenweise mittelgradige Episode mit fraglich psychotischen Symptomen (ICD 10 F33.0/F33.2) - prädisponierende Persönlichkeit mit dissozialen und emotional instabilen Elementen, Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 F60.3)

Weiter führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe über Schmerzen im lumbalen Bereich mit Ausstrahlungen ins linke Bein und teilweise nach oben bis zum Nackenbereich sowie über Missempfindungen in der Grosszehe links geklagt. Bisweilen trete auch eine Schmerzausstrahlung ins rechte Bein auf. Ausserdem leide er unter Schlafstörungen, manchmal auch unter Kopfschmerzen und Schwindel. Er sei nervös und seine Stimmung

sei schlecht. Er höre auch Stimmen. Die Rückenschmerzen seien erstmals 1993, dann wieder 2003 und gehäuft seit 2006 aufgetreten (S. 7, S. 12, S. 16, S. 21, S. 29, S. 34). Zum Tagesverlauf habe der Beschwerdeführer angegeben, überwiegend zu Hause zu sein, wegen der Müdigkeit viel zu liegen oder zu schlafen. Teilweise gehe er aber auch etwas spazieren. Manchmal erhalte er Besuch oder gehe zu Kollegen. Er helfe, die Kinder zur Schule und in die Kinderkrippe zu bringen. Im Sommer gehe er öfter an den See. Den Einkauf mache er mit seiner Frau zusammen. Der Haushalt werde von der Frau geführt (S. 8, S. 17, S. 21, S. 34).

Bei der klinischen Untersuchung der Lendenwirbelsäule durch den neurologischen Gutachter habe der Beschwerdeführer eine eher geringe Druckempfindlichkeit über den Nervenaustrittspunkten, respektive nur einen geringen Klopf schmerz tief lumbal angegeben. Auch während der gesamten einstündigen Anamnese sei er ruhig unter Vermeidung von Bewegung und mit steif gehaltenem Rücken auf dem Stuhl gesessen. In der Lasègue-Probe habe keine radikuläre Reizsymptomatik ausgelöst werden können (S. 10).

Sodann bemerkte der neurologische Gutachter, aus dem Gutachten von Dr. med. H.____, Chefarzt an der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Z.____ (damals Leitender Arzt), vom 2. Juni 2009 (Urk. 8/26; vgl. auch E. 4.3 des Urteils IV.2010.01207) seien MRI-Befunde vom 27. Februar 2007 sowie vom 27. Mai 2009 referiert worden, welche unter anderem eine Diskusprotrusion L5/S1 mediolateral rechts mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts zeigten. Die klinische Symptomatik sei aber auf das linke Bein projiziert angegeben worden. Dr. H.____ beschreibe in seinem neurologischen Status schon beim Eintreten des Beschwerdeführers ins Sprechzimmer ein groteskes Gangbild mit Schonung des linken Beines, welches abgespreizt werde. Dieses habe in der aktuellen Untersuchung nicht mehr gesehen werden können. Hinsichtlich der ehemals diffusen Sensibilitätsstörung gebe der Beschwerdeführer heute eine Taubheit im Grosszehenbereich links, dem L5-Segment entsprechend, hin gegen eine normale Sensibilität im S1-Segment an. Insgesamt könne man, insbesondere in Korrelation mit den Bildbefunden, die aktuellen Beschwerden des Beschwerdeführers nur teilweise nachvollziehen. Objektiv bestehe zwar eine Diskuspathologie in den Ebenen L4/5 und L5/S1, jedoch erscheine eine relevante neurokompressive Symptomatik nicht vorzuliegen. Auch sei gemäss der aktuellen Anamnese eine typische radikuläre Schmerzausstrahlung L5 oder S1 segmental nicht beschrieben worden. Eine ältere L5-radikuläre Defizitsymptomatik am Grosszehen scheine, wenn man den heutigen Sensibilitätsbefund heranziehe, jedoch wahrscheinlich (S. 10 f.).

Auch in der psychiatrischen Untersuchung hätten sich deutliche Indizien für demonstrative, teilweise in der Tat grotesk anmutende Verhaltensweisen gezeigt. Es seien Inkonsistenzen aufgetreten. So habe der Beschwerdeführer immer wieder die Meinung vertreten, sich an Sachverhalte nicht zu erinnern. Andererseits habe er diverse Details gut und folgerichtig wiedergeben können. Ausserdem habe er in der Begutachtungssituation prompt und folgerichtig reagieren können. Nichtbeantwortungen seien aus Sicht des Gutachters keinesfalls als Einschränkungen der Konzentration oder des Gedächtnisses zu interpretieren gewesen, sondern vielmehr als Produkt einer gereizten, innerlich abwehrenden, kaum von Kooperation getragenen Grundhaltung, welche am ehesten seiner prädisponierenden, emotional instabilen, dissozialen Persönlichkeitsstruktur geschuldet sein dürfte. Dieses Verhalten bedinge allerdings leider eine Einschränkung des psychiatrischen Erkenntnisgewinnes. Der Beschwerdeführer habe weiter akustische Halluzinationen

beschrieben und auf Nachfrage Verfolgungs- sowie Beeinträchtigungserleben bestätigt. Die dargelegten Symptome deckten sich mit den in den Berichten aus dem Jahr 2009 von Dr. med. I.____, Leitender Arzt beim J.____ (damals Stv. Oberarzt), dargestellten psychopathologischen Beschreibungen (vgl. Urk. 8/29 und Urk. 8/32; ferner E. 4.4 im Urteil IV.2010.01207). Auf fällig für den Untersucher sei gewesen, dass der Beschwerdeführer während des Vortragens der Symptome keine spürbare emotionale Beteiligung gezeigt habe. Er habe eine depressive Herabgestimmtheit und resignative Haltung sowie Impulsdurchbrüche beschrieben. Bei deren Schilderung sei ein mangelndes Bewusstsein für soziale Normen deutlich geworden (S. 26).

Bezogen auf die angegebene psychisch beeinträchtigende Symptomatik falle eine erhebliche Widersprüchlichkeit zum beschriebenen alltäglichen Funktionsniveau des Beschwerdeführers auf. So liessen sich bei der Schilderung des Alltages keine hinreichenden Indizien für einen relevanten sozialen Rückzug erkennen. Fraglich bleibe, ob die akustischen Halluzinationen und paranoiden Ideen tatsächlich noch hinreichend ausgeprägt vorhanden seien, oder letztlich nur zweckgebunden Erwähnung fänden. Selbst bei wohlwollender Würdigung der vorgetragenen Symptomatik sei kein handlungsbestimmender, den Lebenserfolg signifikant einschränkender Charakter der akustischen Halluzinationen vorhanden, was durch das Aktivitätsniveau, welches der Beschwerdeführer bei Nachfrage nach seinem Lebensalltag schildere, gut verdeutlicht werde (S. 26).

Die psychischen Beeinträchtigungen seien bei gegebenen therapeutischen Möglichkeiten, unter Aufbringung eines entsprechenden Willens und unter Berücksichtigung der inzwischen moderaten Ausprägung, überwindbar. Voraussetzung sei eine aktive Mitarbeit im therapeutischen Prozess. Aus fachärztlicher Sicht sei die beschriebene depressive Störung in der geschilderten Ausprägung nicht medizinisch invalidisierend. Eine somatoforme Schmerzstörung könne weder hinreichend diagnostiziert, noch hinreichend ausgeschlossen werden, da der Beschwerdeführer hierzu notwendige Angaben, auch bei insistierender Nachfrage, unterlassen habe. Selbst bei Vorhandensein einer somatoformen Störung oder einer chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren, bestehe kein sozialer Rückzug. Es sei kein primärer Krankheitsgewinn im Sinne eines unlösbaren Konfliktes zu erkennen. Weiterhin bestehe keine anhaltende tiefgreifende Komorbidität, welche nicht unter Ausschöpfung sämtlicher Massnahmen und vor allem beim Vorhandensein einer ausreichenden Motivation überwindbar wäre. Ebenso fehle eine ausgeprägte, permanente, chronische, relevante, körperliche Erkrankung (S. 27).

Anlässlich der orthopädischen Untersuchung hätten die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen in der Wirbelsäule, in den Sprunggelenken und im linken Vorfuss nicht durch objektivierbare, pathologische Befunde erklärt werden können. Insbesondere nicht objektivierbar seien das linksseitige Schonhinken und die Schmerzen beim Betasten der Wirbelsäule, der Sprunggelenke und des linken Fusses. Zu bemerken sei, dass der Beschwerdeführer sich beim Entkleiden von Hosenbein und Strumpf jeweils im sicheren Einbeinstand ausziehe. Hinweise auf das Vorliegen einer radikulären Reizsymptomatik seitens der Wirbelsäule fänden sich bei der aktuellen Begutachtung nicht. Dies stehe im guten Einklang mit den Befunden in den Akten (S. 37).

In der interdisziplinären Beurteilung kamen die MEDAS-Gutachter zum Schluss, dass aufgrund der degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule keine körperlich schweren Arbeiten verrichtet werden könnten. Hingegen sei eine angepasste Tätigkeit in

einer leichten bis kurzfristig mittelschweren Arbeit medizinisch-theoretisch zumutbar. Die Gewichtslimite werde bei 15 kg definiert. Zu vermeiden seien Zwangshaltungen mit nach vorne geneigter oder gebeugter Arbeitshaltung sowie Tätigkeiten in Nässe, Kälte oder Zugluft. Ideal seien Tätigkeiten im Wechselrhythmus. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Chauffeur sei unter Einhaltung dieser Bedingungen und bei entsprechender Einhaltung rückendisziplinarischer Massnahmen theoretisch medizinisch vollzeitig ohne Leistungsminderung zumutbar. Die davor ausgeübte Tätigkeit im Reinigungsteam würde jedoch das Rückenleistungsvermögen überfordern. Die Beschwerden im rechten Rückfuss seien bei Berücksichtigung des oben genannten Fähigkeitsprofils und bei Gebrauch geeigneter Schuhe mit Pufferabsatz, genügender Polsterung der Ferse dorsal und in einer festen Sohle ebenfalls nicht relevant (S. 13 f.). Auch retrospektiv sei seit 2007 von keiner längerdauernden Arbeitsunfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit auszugehen (S. 15). 4.2

Die angefochtene Verfügung vom 1. April 2019 basierte unter anderem auf folgenden Berichten: 4.2.1

Dr. med. K.____, FMH Allgemeinmedizin, hielt in seinem Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 23. Mai 2018 (Urk. 8/150) folgende Diagnosen fest: - chronisch rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.3) - dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2) - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit intermittierenden lumboradikulären Schmerzen L5 links bei Diskushernie L4/L5 links mehr als rechts - cervico vertebrales Schmerzsyndrom und Schulterschmerzen links nach Verkehrsunfall am 22. Juni 2017 - Status nach dislozierter Calcaneus-Fraktur links mit Schrauben-Osteosynthese am 12. Juni 2013 - Osteosynthese-Materialentfernung am 16. Januar 2014

Dazu führte er aus, in den letzten drei Jahren sei es psychisch zu einer Verschlechterung der Situation gekommen. Der Beschwerdeführer habe hospitalisiert werden müssen und befinde sich in regelmässig ambulanter psychiatrischer Betreuung, wonach es aber dennoch zu keiner Besserung der Depression komme. Diesbezüglich sei er sicherlich zu 100 % arbeitsunfähig und werde es voraussichtlich Weise auch lebenslang so bleiben. Des Weiteren cervicale und linksseitige Schulterschmerzen bei AC-Gelenksdistorsion bei Verkehrsunfall am 22. Juni 2017 (keine ossären Läsionen). Des Weiteren nach wie vor chronische, belastungsabhängige, nach zwei Stunden auf den Beinen am Morgen auftretende, den ganzen Tag verbleibende linksseitige Lumboischialgien bei bekannter Diskushernie. Des Weiteren nach wie vor belastungsabhängige linksseitige Fersenschmerzen bei Status nach Calcaneus Fraktur 2013 (S. 1). Die Prognose sei als schlecht zu erachten bei chronischer Depression, Lumboischialgie und chronischen linksseitigen Fersenschmerzen. Er bitte die Beschwerdegegnerin, die 100 % Berentung zu prüfen, da eine Wiedereingliederung aufgrund der oben erwähnten Umstände und Erkrankungen nicht möglich sei und langfristig auch nicht möglich sein werde (S. 2). 4.2. 2

Im Kurzaustrittsbericht vom 4. Mai 2018 (Urk. 8/149/1-2) stellte Assistenzarzt L.____ von der M.____ folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) - sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (ICD-10 F63.8) - dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2) - narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8)

Dazu hielt er fest, der Beschwerdeführer sei vom 13. März bis 4. Mai 2018 in ihrer Klinik hospitalisiert gewesen. Er sei freiwillig eingetreten zur medikamentösen Einstellung und in einem gebesserten Zustand in die alten Verhältnisse ausgetreten (S. 1). 4.2. 3

Dr. med. N.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. phil. klin. psych. O.____, klinischer Psychologe und Supervisor, und MSc P.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, vom Q.____ führten in ihrem Bericht vom 12. Oktober 2018 (Urk. 8/177/7-9) zu Händen der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1) : - rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) - sonstige abnorme Gewohnheiten der Impulskontrolle (ICD-10 F63.8) - dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2) - lumbovertebrales Syndrom mit/bei - breitbasiger Diskushernie L4/5 in Kontakt zu beiden L5-Wurzeln - unveränderter flacher, rechtsbetonter Protrusion L5/S1 - stationären leichten bis mässigen Foraminalstenosen L5/S1 - leichter Facettengelenksarthrose L4/5 rechts und L5/S1 beidseits - Status nach Treppensturz am 12. Juni 2012 mit/bei - dislozierter Calcaneus-Fraktur - Status nach perkutaner Schrauben-Osteosynthese - Status nach HWS-Distorsion 2017 mit/bei - mildem Schädel-Hirntrauma - AC-Gelenksverletzung Rockworth II-III rechts

Dazu hielten sie fest, der Zustand des Beschwerdeführers sei nach wie vor durch die depressiven Symptome und durch Schmerzen und durch Aggressionen und Impulsivität geprägt. Er sei seit 2008 zu 100 % arbeitsunfähig auch für leidens angepasste Tätigkeiten (S. 1-2). 4.2. 4

Dr. B.____ vom RAD

führte in seiner Stellungnahme vom 6. November 2018 (Urk. 8/178/5) aus, gemäss Dr. K.____ sei dem Beschwerdeführer aufgrund der psychischen Erkrankung keinerlei Tätigkeit zumutbar, gemäss Dr. L.____ lägen Persönlichkeitsstörungen, eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und abnorme Gewohnheiten vor. Vom Q.____ sei mit den gleichen Diagnosen eine seit 2008 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % für alle Tätigkeiten attestiert worden. Es hätten in der Vergangenheit ausreichend juristische Würdigungen dieses Sachverhalts stattgefunden, in denen eine komplette Arbeitsunfähigkeit verneint worden sei. Neu sei die Schulterergelenksverletzung durch den Auto-Selbstunfall am 18. Juni 2018, die eine 6- bis maximal 12-wöchige Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben könne. Die degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule würden das alters entsprechende Mass nicht übersteigen. Eine länger dauernde Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur letzten substantiierten Abklärung liege also nicht vor. 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihrer leistungsabweisenden Verfügung vom 1. April 2019 (Urk. 2) auf die Stellungnahme ihres RAD-Arztes Dr. B.____ vom 6. November 2018 (E. 4.2.4 hievor). 5.2

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethoden können sie im Rahmen ihrer

medizinischen Fachkompetenz und der alle meine fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxis gemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte aber kaum je in Frage kommen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5). 5.3

Der Beschwerdeführer litt im Vergleichszeitpunkt unter anderem an einer rezidivierenden depressiven Störung mit überwiegend leichter, phasenweise mittelgradiger Episode. Die Gutachter der MEDAS A.____ hielten dazu fest, dass eine depressive Störung in diesem Ausmass eine gut therapierbare Krankheit sei. Die psychische Beeinträchtigung sei unter Aufbringung eines entsprechenden Willens und unter Berücksichtigung der inzwischen moderaten Ausprägung überwindbar. Die depressive Störung sei nicht medizinisch invalidisierend (Urk. 8/74 S. 27). Die behandelnden Fachpersonen der M.____, wo der Beschwerdeführer vom 5. Januar bis 12. Februar 2016 (Austrittsbericht vom 1. März 2016, Urk. 8/130) und vom 13. März bis 4. Mai 2018 (E. 4.2.2 hievor) stationär behandelt wurde, und des Q.____ (E. 4.2.3 hievor, vgl. auch Bericht zur Interdisziplinären Schmerzbehandlung vom 23. November 2018, Urk. 8/186) berichteten übereinstimmend von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und diagnostizierten unter anderem eine rezidivierende schwere depressive Störung. Eine Auseinandersetzung mit der geltend

gemachten Verschlechterung durch einen Arzt des RAD, welcher über die notwendigen fachlichen Qualifikationen für die Beurteilung einer aus psychischen Gründen allfällig eingeschränkten Arbeitsfähigkeit verfügt, erfolgte nicht. Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers äusserte sich einzig Dr. B. ____, welcher auf die juristische Würdigung der psychischen Beschwerden in den vorangegangenen Verfahren verwies. Diese stützte sich jedoch auf eine diesbezüglich überholte Rechtsprechung. Den psychischen Beschwerden kann nicht mehr von vorn herein eine invalidisierende Wirkung abgesprochen werden, wie dies die Beschwerdegegnerin annimmt. Denn gemäss der nunmehr geltenden Rechtsprechung ist auch bei leichten oder mittelschweren depressiven Störungen eine invalidisierende Wirkung nicht ohne Weiteres ausgeschlossen und es ist anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch zu beurteilen. Dies gilt umso mehr, wenn wie hier eine schwere depressive Störung und damit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht wird. Die vorliegenden medizinischen Beurteilungen erweisen sich dazu als zu wenig aussagekräftig. Die Änderung der Rechtsprechung allein bildet dagegen kein Revisionsgrund respektive kein Grund für eine Neuanschuldung. 5. 4

Zwar können RAD-Stellungnahmen nicht einfach immer dann in Frage gestellt werden, wenn die behandelnden Ärzte eine abweichende Meinung zur Arbeitsunfähigkeit äussern (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_668/2015 vom 17. Februar 2016 E. 3). Jedoch ist auf einen RAD-Bericht nicht abzustellen, wenn – wie hier – auch nur geringe Zweifel an dessen Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (vgl. E. 5.2 hievore). 5. 5

Auch gestützt auf die Berichte der behandelnden Fachpersonen ist es aber nicht möglich, die invalidisierende Wirkung der geltend gemachten Beschwerden anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren ergebnisoffen und symmetrisch zu beurteilen. Auf diese kann zudem insofern nicht ohne Weiteres abgestellt werden, als dass sie ohne diesbezügliche Begründung seit 2008 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychischer Sicht ausgehen, obwohl gemäss den Urteilen des hiesigen Gerichts vom 15. Juni 2015 (Urk. 8/105) und vom 14. Juli 2017 (Urk. 8/147) zumindest bis am 6. Januar 2014 keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen war und sich der Gesundheitszustand anschliessend bis mindestens am 31. Mai 2016 unverändert zeigte. Den Unterlagen lassen sich zudem deutliche Hinweise auf psychosoziale Faktoren entnehmen, welche von ihnen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unberücksichtigt gelassen wurden. Auch lässt sich ihren Berichten nicht entnehmen, inwiefern bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch fachfremde Beschwerden berücksichtigt wurden. 5.6

Nach dem Gesagten kann aufgrund der Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgelegt werden, ob ein verschlechterter gesundheitlicher Zustand vorliegt und falls ja, in welchem Umfang der Beschwerdeführer arbeitsunfähig ist. So fehlt namentlich eine differenzierte und rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Angesichts des Verzichts der Beschwerdegegnerin auf eine externe Begutachtung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens rechtfertigt sich eine gerichtliche Begutachtung nicht. Der angefochtene Entscheid ist deshalb aufzuheben und die Sache zur Abklärung und anschliessendem neuen Entscheid über die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 6. 6.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Die

Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind er messensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Dem Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, welche vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt wird (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Entsprechend ist ihm - nach Einsicht in die Kostennote vom 1. Juli 2019 (Urk. 14) - eine Prozessentschädigung von Fr. 2'115.65

(inkl. Barauslagen und MWSt) auszurichten. 6.3

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung unter Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung erweist sich somit als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 1. April 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Barbara Laur, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'115.65 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Barbara Laur - 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 Die Gerichtsschreiberin Gräub Lanzicher

E. 7

) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 19. Juni 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

E. 12

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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