

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00354 vom 9. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00354

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00354 du 9 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00354 del 9 maggio 2020

Erwägungen

E. 1.1

In der angefochtenen Verfügung vom 3. April 2019 führte die Beschwerde gegen sie im Wesentlichen aus, dass sie nach der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 19. September 2017 geprüft habe, ob sich neue medizinische Gesichtspunkte ergeben hätten. Aufgrund der ihr vorliegenden Befunde sei jedoch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit ihrer letzten Entscheidung festzustellen, weshalb das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers abzuweisen sei (Urk. 2 S.).

2 S.

1).

E. 1.2

Der Beschwerdeführer bringt im Wesentlichen vor, dass bei ihm seit der Verfügung vom 17. November 2015 (Urk. 10/256) neue psychische Einschränkungen mit wesentlichen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit bestünden (Urk. 1 S.).

3). Im Vergleich der verschiedenen psychiatrischen Stellungnahmen in zeitlicher Hinsicht sei davon auszugehen, dass vor dem aktuellen IV-Verfahren eine somatoforme Schmerzstörung sowie - von unterschiedlichem Ausprägungsgrad - eine depressive Störung vorgelegen hätten. Diese Gesundheitsstörungen hätten im zeitlichen Längsverlauf eine schwankende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 30 % bewirkt. Von einer eigentlichen schizotypen Störung, wie aktuell von der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____ berichtet, sei früher indessen nicht die Rede gewesen. Aufgrund des Berichtes von Dr. F.____ könne somit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass inzwischen in der Form einer schizotypen Störung eine schwerwiegende und relevante invalidisierende psychische Erkrankung aufgetreten sei (Urk. 13 S. 3).

Die Beschwerdegegnerin habe seine psychischen und die somatischen Einschränkungen in ihrer Gesamtheit ungenügend abgeklärt, um über den Anspruch auf eine Invalidenrente entscheiden zu können. Es werde deshalb eine erneute polydisziplinäre Begutachtung beantragt. Zu diesem Zweck sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 3). 2. 2. 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). 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). 2.2.2.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 unbeschrieben 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). 2.2.2

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). 2.2.

E. 1.3

X.____ meldete sich am 15. April 2011 bei der IV-Stelle wieder zum Leistungsbezug an (Urk. 10/144, Urk. 10/151). Mit Vorbescheid vom 29. April 2011 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an, dass sie auf sein neues Leistungsbegehren nicht eintreten werde (Urk. 10/151). Dagegen liess der Versicherte am 27. Mai 2011 Einwand erheben (Urk. 10/154). Daraufhin holte die IV-Stelle unter anderem das Gutachten des B.____ vom 27.

März 2012 ein, mit welchem die Gutachter zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten eine stationäre Abklärung empfahlen (Urk.

10/173/39). Eine solche Abklärung wurde in der Folge vorerst nicht durchgeführt, sondern die IV-Stelle übernahm namentlich die Kosten für ein Belastbarkeitstraining ab 10. Dezember 2012. Nach Mitteilungen des Versicherten, wonach er zur Teilnahme nicht in der Lage sei, wurde diese Eingliederungsmassnahme am 20. Dezember 2012 wieder abgebrochen (Urk.

10/184, Urk.

10/187-188). Eine stationäre Abklärung des Versicherten wurde schliesslich vom 7. bis 11. Juli 2014 im D.____ durchgeführt. Im Rahmen der Untersuchung veranlasste der Gutachter Dr.

med.

E.____ , leitender Arzt Forensische Psychiatrie dieses Zentrums, zusätzlich ein neurologisches und ein rheumatologisches Konsilium (Urk.

10/227/45-52). Dr. E.____ erstattete sein Gutachten am 15.

Oktober 2014 (Urk.

10/227). Am 25. November 2014 liess sich der Versicherte zu diesem Gutachten vernehmen (Urk. 10/235). Die IV-Stelle holte daraufhin die Stellungnahme von Dr. E.____ vom 17.

Februar 2015 (Urk. 10/239) ein und nahm in der Folge vom Versicherten eingereichte Arztberichte (Urk.

10/248) zu den Akten. Mit Vorbescheid vom 6.

Oktober 2015 stellte sie dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk.

10/250), wogegen dieser am 3.

November 2015 Einwand erheben liess (Urk.

10/251). Mit Verfügung vom 17. November 2015 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie vorbeschieden ab (Urk. 10/256). Die dagegen vom Beschwerdeführer am 18. Dezember 2015 erhobene Beschwerde (Urk. 10/259/3-11) wies das Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2015.01302 vom 20. Januar 2017 (Urk. 10/263) ab. Dieses Urteil blieb unangefochten.

E. 1.4

Am 19. September 2017 meldete sich X.____ erneut bei der IV-Stelle zum Leitungsbezug an (Urk. 10/265, Urk. 10/267). In der Folge ging der IV-Stelle der Bericht von Dr. med. F.____, Fachärztin FMH Psychiatrie/Psychotherapie, vom 14. Januar 2018 (Urk. 10/274) zu. Die

IV-Stelle holte alsdann den Bericht zur neuropsychologischen Untersuchung im G.____ vom 28. März 2018 (Urk. 10/287), den Bericht von Dr. med.

H.____, Neurologie FMH, vom 13. April 2018 (Urk. 10/279),

den Verlaufsbericht von Dr. F.____ vom 27. September 2018 (Urk. 10/283) und den Bericht von

med. prakt. I.____, Innere Medizin, vom

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 20. Mai 2019 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 3. April 2019 sei die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und zum Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt Daniel Christe, Winterthur. Zudem beantragte er, dass ihm die Möglichkeit zur ergänzenden Stellungnahme beziehungsweise zur Replik einzuräumen sei (Urk. 1 S. 2).

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2019 Abweisung der Beschwerde (Urk. 9, unter Beilage der IV-Akten, Urk. 10/1-308).

Mit Verfügung vom

1. Juli 2019 wurde dem Beschwerdeführer in Bewilligung des Gesuchs vom 20. Mai 2019 die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wurde ihm Rechtsanwalt Christe als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 11 S. 2). Mit derselben Verfügung wurde dem Beschwerdeführer Frist angesetzt, um zu den IV-Akten (Urk. 10/1-308) Stellung zu nehmen.

Der Beschwerdeführer reichte am 7. August 2019 eine Stellungnahme ein (Urk. 13). Der Beschwerdegegnerin wurde ein Doppel dieser Eingabe zugestellt (Urk. 14).

E. 2.3

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). 2.4

2.4.1

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). 2.4.2

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis - vorbehältlich der Rechtsprechung zur

Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) - bei einer weiteren Neuanschuldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.). 2 .5

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Der in Art. 43 Abs. 1 ATGS verankerte Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesengebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b mit weiteren Hinweisen).

2 .

E. 3

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). 2 .3

E. 6

.3

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

3 .

3.1

3.1.1

Dr. E.____ stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 15. Oktober 2014, unter Berücksichtigung des rheumatologischen und des neurologischen Konsiliums (vgl. E. 3.1.2 und 3.1.3), die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/227/27): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) - Verdacht auf dissoziative Bewegungs- und Empfindungsstörung (ICD-10: F44.4/F44.6) mit fraglicher Hypotrophie des funktionell abgekoppelten Organs (linker Unterarm/Hand) - Neurasthenie (ICD-10: F48.0) - akzentuierte Persönlichkeit mit emotional-instabilen und sensitiv-paranoiden Zügen (ICD-10: Z73.1) - Zustand nach subakuter paranoider

Dekompensation = Anpassungsstörung mit sonstigen spezifischen deutlichen Symptomen (ICD-10: F43.28).

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er an (Urk. 10/22/27): - psychogene Schlafumkehr (nicht-organische Störung des Schlaf-/Wach-Rhythmus (ICD-10: F51.2) - Nikotinabhängigkeit (ICD-10: F17.25) - leichtes Übergewicht mit BMI 25,2

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht hielt Dr. E.____ fest, dass in Bezug auf dessen angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter mit Blick auf seine Dekonditionierung und Entfremdung von dieser harten Arbeitswelt ein Reintegrationsversuch unrealistisch wäre, so dass hier Angaben zu einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit absolut hypothetisch bleiben würden (Urk. 10/227/37).

Hingegen würde aus rein psychiatrischer Sicht nichts gegen eine Wiedereingliederung in einer optimal leidensangepassten Tätigkeit sprechen, welche mit Blick auf die Gesamtverfassung des Beschwerdeführers folgende Anforderungen an den Arbeitsplatz erfüllen müsste: Kein Heben schwerer Lasten, keine Zwangspositionen, initial vermehrte Pausen (aufgrund der Dekonditionierung), Vermeidung von Lärm, Kälte und grellem Licht, keine Kundenkontakte und keine erhöhten Anforderungen an die verbale Kommunikationsfähigkeit. Ausserdem müssten seine Vorgesetzten und Mitarbeiter gewillt sein, die Wesenseigenschaften des Beschwerdeführers, welcher zu einem expressiven Beschwerdeausdrucksverhalten neigt, zu tolerieren (Urk. 10/227/37).

In Anbetracht des schlechten Trainingszustandes des Beschwerdeführers wäre ein Einstieg in ein allfälliges Arbeitssetting natürlich niederschwellig mit langsam aufbauendem Arbeitspensum zu gestalten. Nach Überwindung von Leistungsaversio n und Dekonditionierung wäre aber ein Arbeitspensum von 70

% bei 70

% Leistung zumutbar, so dass in einem ersten Rehabilitationsschritt ein tatsächlicher Arbeitsoutput von ca. 50

% zu erreichen wäre. Nach Wegfall der konditionsbedingten Leistungsschwäche wäre dem Beschwerdeführer unter Umständen eine bis zu 70%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar, zumal keine klar definierte psychiatrische Symptomatik einer solchen Leistungsentfaltung in optimal angepasster Tätigkeit zwingend entgegensteht. Allerdings würden diese Einschätzungen nur bei optimaler Motivationslage gelten. Da diese beim Beschwerdeführer alles andere als gegeben sei, werde diese Kalkulation wohl Theorie bleiben, da sich der Beschwerdeführer voraussichtlich eher nicht zu einer sinnvollen Kooperation bewegen lassen werde (Urk. 10/227/37). 3.1.2

Dem rheumatologischen Konsilium des J.____ vom 16. September 2014 ist zu entnehmen, dass die Zuweisung des Beschwerdeführers zur weiteren rheumatologischen Abklärung bei Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS), der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie Polyarthralgien mit anhaltenden Schmerzen an der linken Hand erfolgt sei. Bei fehlenden klinisch objektifizierbaren Synovitiden, unauffälliger Immunserologie sowie fehlender humoraler Aktivität bestehe derzeit kein Anhaltspunkt für das Vorliegen einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung. Es werde eine weitere symptomatische Behandlung, zum Beispiel NSAR bei Bedarf empfohlen. Die Handschmerzen links bei

Zustand nach Verletzung im Jahr 1993 mit anschliessendem CRPS (Complex Regional Pain Syndrome = Komplexes regionales Schmerzsyndrom) seien im Rahmen des chronischen Schmerzsyndroms zu erklären. Die passageren Zervikobrachialgien beidseits seien auf degenerative Veränderungen der HWS und der LWS, differenzialdiagnostisch (DD:)

radikulär L5 beidseits und radikulär C7 beidseits, zurückzuführen. Zusätzlich bestünde eine deutliche muskuläre Dysbalancen mit Haltungsinuffizienz. Aufgrund der Komplexität der Beschwerden werde eine stationäre multimodale Schmerztherapie (Physiotherapie, MTT, Psychotherapie, Ergotherapie, komplementäre Therapie etc.) empfohlen (Urk.

10/227/47). Eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers wurde in diesem Konsilium nicht festgehalten. 3.1.3

Dr. med. K.____, Fachärztin für Neurologie FMH, führte in ihrem neurologischen Konsilium vom 9. Juli 2014 unter anderem aus, dass bei der klinischen neurologischen Untersuchung kein objektivierbarer pathologischer Befund feststellbar gewesen sei. Vielmehr hätten sich Diskrepanzen, zum Beispiel in Bezug auf die Kraftentwicklung bei Untersuchung im Liegen und im Stehen gezeigt, die auf nicht-organische Einflussfaktoren hinweisen würden. Auch eine linksseitige Unterarmatrophie, wie sie im Bericht des G.____ vom 11. Dezember 2013 beschrieben worden sei, könne nicht mehr festgestellt werden. Die Armmuskulatur sei nicht mit signifikantem Seitenunterschied zu Gunsten der dominanten rechten

Seite ausgebildet. Im G.____ seien die linksseitigen Unterarmschmerzen im Rahmen eines CRPS interpretiert worden. Es seien allerdings einige Zweifel an dieser Diagnose angebracht. Sie habe bei ihrer Untersuchung des Beschwerdeführers keine harten klinischen Befunde, die eine solche Diagnose stützen würden, feststellen können. Selbst die fixierte Haltung der Finger sei nicht notwendigerweise auf eine derartige Pathologie zurückzuführen (Urk.

10/227/51). Das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung mit sukzessiver Symptomausweitung, wie sie ebenfalls bereits von den Zürcher Kollegen diskutiert worden sei, scheine die wahrscheinlichste Ursache für die gesamte Beschwerdesymptomatik zu sein. Entsprechend würden sich aus rein neurologischer Perspektive keine spezifischen Therapieempfehlungen und auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben (Urk. 10/227/52). 3.2

3.2.1

Dr. F.____, welche den Beschwerdeführer seit November 2017 behandelt (Urk. 10/274/1), stellte in ihrem Bericht vom 14. Januar 2018 die Diagnose schizotyp

Störung gemäss ICD-10: F 21 (Urk. 10/274/1).

Dazu führte

Dr. F.____

unter anderem aus, dass der Beschwerdeführer seit mehreren Jahren durch ein abnormes Körpererleben auffalle. Die bestehenden somatischen Befunde würden in einer sehr bizarren und nicht nachvollziehbaren Weise erlebt und würden jeder Behandlung trotzen. Daneben bestünde eine gestörte Wahrnehmung der Realität in Form einer eingekapselten Wahnsymptomatik, transitorische akustische Halluzinationen und eine klinisch deutliche

affektive Hemmung (Urk. 10/274/3). Der Beschwerdeführer habe regelmäßig somatische und psychiatrische Untersuchungen und Behandlungen wie unerwartet abgebrochen. Er lebe isoliert, habe fast keine sozialen Kontakte und falle durch eine Anhedonie, ein eigenartiges Verhalten und Erleben sowie psychische Episoden, welche ohne erkennbaren Anlass aufgetreten seien,

auf. Beim Beschwerdeführer sei aufgrund der beschriebenen Symptomatik und des bisherigen Verlaufs bis auf weiteres keine Arbeitsfähigkeit gegeben (Urk. 10/274/4).

In ihrem Verlaufsbericht vom 27. September 2018 nannte Dr. F.____ ebenfalls die Diagnose schizotype Störung gemäss ICD-10: F24.0 (Urk. 10/283/4). Sie hielt sodann fest, dass der Beschwerdeführer hinsichtlich seiner Beschwerden mittlerweile weniger klagend geworden und im Affekt etwas vitaler, weniger dysphorisch gereizt sei.

Er sei vollumfänglich überzeugt, nicht arbeiten zu können oder auch nur ansatzweise etwas versuchen zu können (Urk. 10/283/4). Er lebe weiterhin ein sehr isoliertes und zurückgezogenes Leben. Menschenmengen würde er nicht aushalten, weil er in diesen Situationen eine Blockade im Kopf verspüre und sich dann von Reizen überflutet fühle. Die psychiatrische Behandlung basiere auf dem Niveau der Schadensbegrenzung und dem Vermeiden florider psychotischer Entgleisungen. Unter dieser Therapie sei es zu keiner weiteren Exacerbation gekommen (Urk. 10/283/5). 3.2.2

Die Neurologin Dr. H.____, die den Beschwerdeführer am 19. März 2018 untersucht hat (Urk. 10/279/1), hielt in ihrem Bericht vom 13. April 2018 fest, dass die Beschwerden des Beschwerdeführers sehr diffus und für ein Carpal tunnel syndrome nicht spezifisch seien. Ohne Elektroneurographie - welche vom Beschwerdeführer entschieden abgelehnt worden sei - sei eine verlässliche Beurteilung nicht möglich. Im Nervenultraschall würden sich allerdings keine Anhaltspunkte für ein Carpal tunnel syndrome finden. Die beschriebene Kompression der Wurzel C7 könnte theoretisch eine Rolle bei den Sensibilitätsstörungen und Schmerzen spielen. Die beklagten Schmerzen und die Verteilung der Sensibilitätsstörungen seien für eine Radikulopathie allerdings nicht typisch. Eine elektroneurographische Untersuchung sei beim Beschwerdeführer derzeit nicht möglich und die interventionelle Behandlung an der HWS komme für ihn sicher nicht in Frage (Urk. 10/279/2). 3.2.3

Dem Bericht zur neuropsychologischen Untersuchung im G.____ vom 28. März 2018 ist zu entnehmen, dass die Befunde ätiologisch unspezifisch seien. Eine demenzielle Entwicklung könne derzeit ausgeschlossen werden. Das Ausfallsmuster passe auch nicht zu einer depressiven Erkrankung. Der Beschwerdeführer wirke auch nicht depressiv, er schätze seine Stimmung aber so ein. Die neuropsychologischen Beeinträchtigungen seien durchaus mit einer schizotypen Persönlichkeit vereinbar (Urk. 10/287/3). 3.2.4

Med. pract. I.____, Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 29. Oktober 2018 fest, dass er seit April 2016 im Rahmen eines Hausarztwechsels die Betreuung des Beschwerdeführers übernommen habe. Aufgrund von diversen psychischen Einschränkungen und einem komplexen Schmerzsyndrom mit Einbezug von multiplen fachärztlichen Beurteilungen sei es dem Beschwerdeführer in der zweijährigen Beobachtungsphase nie möglich gewesen, sich um eine berufliche Wiedereingliederung zu kümmern, da die tägliche Bewältigung seiner Beschwerden den Hauptanteil seines Tages in Anspruch nehme. Zudem müsse aufgrund der langjährigen Arbeitslosigkeit eine erfolgreiche Wiedereingliederung bei angespanntem Arbeitsmarkt als unrealistisch

betrachtet werden (Urk. 10/285/1). Er attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit April 2016 (Urk. 10/285/2). 3.2.5

In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 20. Dezember 2018 hielt RAD-Arzt dipl. med. L.____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie

und Psychotherapie, zum Bericht zur neuropsychologischen Untersuchung im G.____ vom 28. März 2018 fest, dass dem Beschwerdeführer eine unspezifische leichte kognitive Einschränkung attestiert werde, welche dann abweichend doch auf eine

schizotype Störung bezogen werde. Dazu müsse gesagt werden, dass die Untersuchung in Deutsch stattgefunden habe. Bei den früheren Begutachtungen habe mehrfach ein Dolmetscher beigezogen werden müssen. Eine Symptomvalidierung sei nicht erfolgt. Da die Einschränkungen nur gering seien, hätten sie auch nur einen geringen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers, gemäss Leitlinie Neuropsychologie bis maximal 30

% Einschränkung (Urk. 10/288/6). Interessant zu den Vorbegutachtungen sei sodann der beidseitig unauffällige Einsatz der Hände. Dies widerspreche der Aussage des Beschwerdeführers, dass er den linken Arm nicht einsetzen könne, und dem verminderten Armeinsatz bei den Begutachtungen, so dass von einer deutlichen Aggravation ausgegangen werden müsse (Urk. 10/288/7). In den Berichten von Dr. F.____ würden

keine neuen psychopathologischen Befunde dargelegt. Bei genauer Betrachtung würden sie denen bei der Begutachtung durch Dr. E.____ entsprechen. Die multiplen Beschwerden würden von Dr. F.____ in einer Diagnose zusammengefasst, während Dr. E.____ mehrere diagnostische Einordnungen vorgenommen habe. Warum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliegen soll, werde nicht konkret begründet. Dass sich der Beschwerdeführer seit Jahren subjektiv nicht für arbeitsfähig halten würde, sei unverändert. Im Wesentlichen würden sich somit keine neuen medizinischen Gesichtspunkte ergeben (Urk. 10/288/7). 4. 4.1

Mit rechtskräftiger Verfügung vom 17. November 2015 hat die Beschwerde gegen das Rentenbegehren des Beschwerdeführers vom 15. April 2011 (Urk. 10/144, Urk. 10/151) abgewiesen

(Urk. 10/256). Auf das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 19. September 2017 (Urk. 10/265, Urk. 10/267) ist sie eingetreten und hat aktuelle Berichte der Ärztinnen und Ärzte, welche den Beschwerdeführer seit Erlass der Verfügung vom 17. November 2015 untersucht und behandelt haben (Urk. 10/274, Urk. 10/279, Urk. 10/283, Urk. 10/285), sowie den Bericht zur neuropsychologischen Untersuchung im G.____ vom 28. März 2018 (Urk. 10/287) beigezogen.

Strittig und

zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und/oder dessen erwerbliche Auswirkung seit der Verfügung vom 17. November 2015 (Urk. 10/256)

derart wesentlich verändert haben, dass er nunmehr Anspruch auf eine Invalidenrente hat, beziehungsweise, ob sich diese Fragen gestützt auf die Sachverhaltsabklärungen der Beschwerdegegnerin überhaupt beurteilen lassen. 4.2

Der Beschwerdeführer geht von einer wesentlichen Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustandes aus (Urk. 13 S. 3). Die Beschwerdegegnerin legte diese Frage ihrem RAD vor. In seiner Stellungnahme vom 20. Dezember 2018 zu den Berichten von Dr. F.____

führte

der RAD-Psychiater dipl. med. L.____

aus, dass darin keine neuen psychopathologischen Befunde dargelegt würden. Bei genauer Betrachtung würden sie denen bei der Begutachtung durch Dr. E.____ entsprechen (Urk.

10/288/7). Der Beschwerdeführer hält dem im Wesentlichen nur entgegen, dass von einer eigentlichen schizotypen Störung, wie sie von der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____ am 14. Januar 2018 berichtet werde, früher nicht die Rede gewesen sei (Urk. 13 S. 3). In ihrem Bericht vom 14. Januar 2018 weist Dr. F.____ aber nicht auf eine Verschlechterung der Befunde hin. Vielmehr nimmt sie eine andere Beurteilung respektive diagnostische Einordnung

von im Wesentlichen unveränderten Befunden vor, was sich nicht zuletzt in der Formulierung «..., der jahrelange Verlauf und die Entwicklung der klinischen Symptome mit fluktuierender Intensität und das in verschiedenen medizinischen Bereichen geschilderte Verhalten des Patienten erlauben aktuell am ehesten die Diagnose einer schizotypen Störung, ...» zeigt

(Urk. 10/274/4). Weiter wird deutlich, dass ihre Diagnosestellung mit gewissen Unsicherheiten behaftet ist. Dass die diagnostische Einordnung anspruchsvoll ist, hat auch bereits Dr. E.____, der den Beschwerdeführer im Rahmen der stationären Abklärung vom 7. bis 11.

Juli 2014 im D.____ untersuchte, festgestellt. Er hat insbesondere darauf hingewiesen, die Präsentiersymptomatik des Beschwerdeführers könne bei kurzen Sprechstunden-Kontakten offenbar in einer Weise beeindrucken, dass nur schwerwiegende Diagnosen geeignet erscheinen würden, dieses augenscheinlich invalidisierende Leiden genügend erklären zu können. Der diffuse Charakter des Beschwerdebildes, die Diskrepanzen und Inkonsistenzen würden sich jedoch erst bei längerer Verhaltensbeobachtung und ausführlichster Exploration erschliessen (Urk. 10/239/2).

Eine zusätzliche Diagnosestellung bedeutet nach der Rechtsprechung nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (vgl. BGE 141 V 9 E. 5. 2).

Allein eine abweichende diagnostische Erfassung von unveränderten Befunden

- wie sie hier vorliegt

-

stellt keine revisionsrechtlich erhebliche Veränderung dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_700/2013 vom 26. Dezember 2013 E.

3.2.3).

Anzufügen ist, dass der Bericht zur neuropsychologischen Untersuchung im G.____ vom 28. März 2018 (Urk. 10/287) ebenfalls nicht für eine Verschlechterung seit der Verfügung

vom 17. November 2015 (Urk. 10/256) spricht ,
wie der RAD-Psychiater dipl. med. L.____ in seiner
Stellungnahme nachvollziehbar dargelegt hat
(Urk. 10/288/6-7) . 4.3

Alsdann macht der Beschwerdeführer zwar geltend, dass in somatischer Hinsicht seit der Verfügung vom 17. November 2015 (Urk. 10/256) wieder eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 1 S. 3) , er begründet dies aber nicht . Diesbezüglich kann auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. M.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 29. November 2018 verwiesen werden. Dieser hielt fest, dass sich die objektiven Befunde nicht von denjenigen, die zum Zeitpunkt der letztmassgeblichen RAD-Stellungnahme beziehungsweise der polydisziplinären Begutachtung (vor der Verfügung vom 17. November 2015, Urk. 10/256) vorgelegen hätten, unterscheiden würden. Wie zum Zeitpunkt der Begutachtung beziehungsweise letzten RAD-Stellungnahme würde die somatische Seite nur eine Nebenrolle spielen. Die entscheidende Störung liege weiterhin auf psychiatrischem Fachgebiet (Urk. 10/288/6). Die Neurologin Dr. H.____

attestiert dem Beschwerdeführer im Bericht vom 13. April 2018 keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/279) . Zwar hielt sie auch fest, dass ohne Elektroneneurographie eine verlässliche Beurteilung des vom Beschwerdeführer angegebenen Leidens nicht möglich sei (Urk. 10/279/2) .

Da der Beschwerdeführer die von Dr. H.____ vorgesehene elektrophysiologische Untersuchung abgelehnt hat (Urk. 10/279/2), sind jedoch keine zusätzliche neurologische Abklärungen

durchzuführen . Der Hausarzt des Beschwerdeführers , med. prakt. I.____ , verwies hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer Verweisungstätigkeit auf die Berichte der Psychotherapeutin Dr. F.____ , führte aber keine eigenen Befunde an, welche für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Erlass der Verfügung vom 17. November 2015 (Urk. 10/256) sprechen würden. Eine Verschlechterung in somatischer Hinsicht liegt nach dem Gesagten nicht vor und es sind keine weiteren Abklärungen nötig. 4.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht gestützt auf die Beurteilungen des RAD eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers verneint und von weiteren Abklärungen abgesehen hat. Der Vollständigkeit halber ist schliesslich zu erwähnen, dass er in Revisionsgrund in erwerblicher Hinsicht ebenfalls nicht gegeben und vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht worden ist .

Die Beschwerdegegnerin hat das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 19. September 2017 (Urk. 10/265, Urk. 10/267) somit zu Recht abgewiesen. 5.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

E. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 b iSv IVG) und ermessensweise auf Fr.

E. 6.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Christe, machte von der Möglichkeit zur Einreichung einer Honorar note keinen Gebrauch (Dispositiv-Ziffer 1

der Verfügung vom 1. Juli

2019, Urk. 11). Seine Entschädigung ist daher nach Ermessen

auf Fr. 1'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Der Unterschied zur ebenfalls ermessensweise festgesetzten Entschädigung im Verfahren IV.2015.01302, als Rechtsanwalt Christe auch zum unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers bestellt worden war (Urk.

10/263/16), ergibt sich aufgrund seines geringeren Aufwands im vorliegenden Verfahren (vgl. die Beschwerde vom 20. Mai 2019, Urk. 1: rund 3

Seiten, sowie die Stellungnahme vom 7. August 2019, Urk. 13: 3.5 Seiten).

E. 6.3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. 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 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Christe, Winterthur, wird mit Fr. 1'200.-- (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 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 HurstHübscher

E. 8

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Dispositiv-Ziffer 1

der Verfügung vom 1. Juli 2019, Urk. 11) einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

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