

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00360 vom 5. Juni 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00360

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00360 du 5 juin 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00360 del 5 giugno 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1970, arbeitete zuletzt seit dem 2. Mai 2015 als Spezialreiniger bei der Y.____ GmbH (vgl. Urk. 9/25; Urk. 9/48/3-4), als er sich am 17. August 2016 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 9/7). Das Arbeitsverhältnis wurde per 31. Dezember 2016 beendet (vgl. Urk. 9/25 S. 1 Ziff. 2.1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische sowie erwerbliche Situation ab und teilte dem Versicherten am 27. Februar 2017 mit, dass derzeit keine beruflichen Massnahmen möglich seien (Urk. 9/31). Sodann tätigte sie weitere Abklärungen und veranlasste insbesondere eine polydisziplinäre Begutachtung, über welche am 10. August 2018 berichtet wurde (Urk. 9/76).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/78; Urk. 9/85) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 5. April 2019 (Urk. 9/101 = Urk. 2) einen Rentenanspruch des Versicherten.

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). 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

1.3; Urk. 9/7 6 S. 31). Ihre Arbeitsfähigkeitseinschätzung erweist sich ausserdem als nicht nachvollziehbar. So erachtete sie den Beschwerdeführer im September 2016 als vollständig arbeitsunfähig und erwartete eine Reduktion der Einschränkungen bei erfolgreicher Medikation mit Biologica beziehungsweise Simponi (vgl. Urk. 9/19/7-11 S. 3 f. Ziff. 1.6, Ziff.

E. 1.3

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der

Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.5

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). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

E. 1.6

). Nebst dem Umstand, dass der ärztlich erhobene Befund grundsätzlich lediglich anamnestische Schilderungen des Beschwerdeführers umfasst (vgl. Urk. 9/22 S. 2 Ziff. 1.4; Urk. 9/63 S. 2 Ziff. 1.4) und der psychiatrische F.____-Gutachter ausführlich zu den fehlenden Kriterien einer PTBS Stellung genommen hat (vgl. Urk. 9/76 S. 38 f.), ist nochmals auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag sowie die auftragsrechtliche Vertrauensstellung hinzuweisen. Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung kommen aufgrund der Berichte der Ärzte des A.____ jedenfalls nicht auf. Dr. C.____ und Dr. D.____ (vorstehend E. 3.4) konnten die traumatogene Vorgeschichte nicht objektivieren. Die von ihnen attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit - mit pauschalem Verweis auf die entsprechende Beurteilung in der Aktenlage - ist aufgrund der als richtungsweisend erachteten psychosozialen Faktoren sowie deutlicher Hinweise für Selbstlimitierung nicht nachvollziehbar begründet, zumal auch keine Diagnosestellung nach den Kriterien des ICD-10 erfolgte (vgl. Urk. 9/27/38-45 S. 7 f.). Der an den Beschwerdeführer adressierte Bericht der Ärzte des H.____ (vorstehend E. 3.11) ändert schliesslich ebenfalls nichts an der Beweiskraft des F.____-Gutachtens, die darin vorgebrachten Einwände sind unbegründet (vgl. hierzu nachstehend E. 4.4). Die abweichende Einschätzung der Ärzte des H.____ vermag keine Zweifel an der schlüssigen und nachvollziehbaren gutachterlichen Beurteilung aufkommen zu lassen und es lässt sich damit auch keine seit der Begutachtung eingetretene Verschlechterung begründen. 4.4 Die vom Beschwerdeführer gegen das F.____-Gutachten vorgebrachten Einwände sind schliesslich nicht stichhaltig.

Soweit er geltend macht, die rheumatologische Gutachterin sei bezüglich der Fibromyalgie nicht auf dem neusten Stand des medizinischen Wissens (vgl. Urk. 1 S. 8), vermag dies den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Zwar trifft es zu, dass die im Jahr 1990 entwickelten ACR-Kriterien zur Diagnosestellung bei einer Fibromyalgie im Jahr 2010 revidiert wurden. Die neu entwickelten Kriterien wurden jedoch als vorläufig eingestuft (vgl. <https://www.rheumatology.org/Practice-Quality/Clinical-Support/Criteria>, zuletzt besucht am 26. Mai 2020; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_389/2016 vom 8. November 2016 E. 7.2). Es ist demnach nichts dagegen einzuwenden, dass die rheumatologische Gutachterin eine Fibromyalgie aufgrund der im Jahr 1990 entwickelten Kriterien mit Hinweis auf die Tenderpoints und Kontrollpunkte verneint hat (vgl. Urk. 9/76 S. 30 Ziff. 7.1). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Ärzte des A.____ – wie vom Beschwerdeführer vorgebracht – die ACR-Kriterien für die Fibromyalgie aus dem Jahr 2010 zwar als erfüllt erachteten, in der Diagnoseliste jedoch keine Fibromyalgie, sondern ein panvertebrales Schmerzsyndrom erwähnten (vgl. Urk. 9/12/25-26 S. 1 f.). Ohnehin sind vielmehr die funktionellen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen massgebend als die exakte diagnostische Einordnung der – an und für sich unbestrittenen – Schmerzproblematik (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_851/2018 vom 23. Mai 2019 E. 4.1.4 und 9C_570/2018 vom 18. Februar 2019 E. 3.2.1). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 8 f.) erfolgte durch die rheumatologische Gutachterin schliesslich eine genügend vertiefte Auseinandersetzung mit dem Verlauf der somatischen Beschwerden und den anderslautenden Vorberichten (vgl. Urk. 9/76 S. 26 f. Ziff. 3.2.2, S. 30 f. Ziff. 7.3.3).

Auch die Vorbringen gegen das psychiatrische Teilgutachten vermögen nicht zu überzeugen. So kann rechtsprechungsgemäss aus einer verhältnismässig kurzen Dauer der

psychiatrischen Exploration nicht von vornherein auf eine Sorgfalts widrigkeit des Gutachters geschlossen werden. Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2). Da das psychiatrische Teilgutachten vollständig und schlüssig erscheint, ist insofern unerheblich, dass die psychiatrische Untersuchung – wie vom Beschwerdeführer gerügt (vgl. Urk. 1 S. 9) - lediglich 55 Minuten gedauert hat und dabei eine Übersetzung durch den Dolmetscher erfolgte . Nicht beige pflichtet werden kann dem Beschwerdeführer auch, soweit er rügt, dass kein Test zur Erfassung der Schwere der depressiven Symptomatik erfolgt sei (vgl. Urk. 1 S. 9 f.). Denn entscheidend ist die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung, wobei den Testverfahren im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung höchstens eine ergänzende Funktion zukommt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_728/2018 vom 21. März 2019 E. 3.3 und 8C_772/2016 vom 23. Januar 2017 E. 6.1). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremd anamnestische Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_660/ 2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3).

Dem Beschwerdeführer ist zwar insoweit beizupflichten (vgl. Urk. 1 S.

E. 1.8

). Im Oktober 2017 berichtete sie von einem stationären Gesundheitszustand bei unveränderten Beschwerden und klinischen Befunden, attestierte dem Beschwerdeführer nun jedoch ohne jegliche Begründung und mit dem Hinweis darauf, dass die Biologika -Therapie mit Simponi bei ausbleibender Wirkung abgesetzt worden sei,

eine 70 % ige A rbeitsfähig keit (vgl. Urk. 9/42/4-8 S. 1 ff. Ziff. 1.1-1.3, Ziff. 2.1).

Die den psychischen Gesundheitszustand betreffenden Berichte vermögen eben falls keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung aufkommen zu lassen . Die behandelnden psychiatrischen Ärzte des A.____ (vorstehend E. 3.5 , 3.8) erachteten den Beschwerdeführer zwar in der bisherigen Tätigkeit als zu 50 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 9/22 S. 3 Ziff.

E. 2

Der Versicherte erhob am 23. Mai 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. April 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm ab dem 1. Februar 2017 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen, um hernach über den Rentenanspruch zu befinden. In prozessualer Hinsicht beantragte er die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2019 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 3. Juli 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch mit der Begründung, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig sei. Eine langan dauernde gesundheitliche

Einschränkung habe nicht festgestellt werden können, weshalb kein Leistungsanspruch bestehe. Auf das Gutachten könne abgestellt werden. Es hätten keine Diskrepanzen festgestellt werden können. Ein strukturiertes Beweisverfahren sei durchgeführt worden. Eine erneute Begutachtung sei nicht notwendig (vgl. Urk. 2 S. 1 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), das Gutachten sei nicht beweisbildend, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne (S. 7). Die Rheumatologin sei nicht auf dem neusten Stand der Medizin bezüglich der verwendeten Kriterien des American College of

Rheumatology (ACR) und habe nicht zu den anderslautenden Vorberichten und den dortigen Einschätzungen Stellung genommen (S. 8 f.). Die psychiatrische Exploration sei zu kurz gewesen, womit keine fundierte Befragung zur Verarbeitung der Foltererlebnisse und zum Verlauf der psychischen Krankheit stattgefunden haben könne. Auch habe der psychiatrische Gutachter keine Testreihen zur Schwere der Depression vorgenommen. Zu den Vorberichten, welche eine mittelgradige depressive Störung sowie eine Arbeitsunfähigkeit diagnostizieren würden, habe der Gutachter keine Stellung genommen (S. 9 f.). Ein strukturiertes Beweisverfahren sei nicht erfolgt (S. 11). Da das Gutachten die von den behandelnden Ärzten attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht rechtsgenügend zu widerlegen vermöge, sei von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Damit stehe ihm ab dem 1. Februar 2017 eine halbe Invalidenrente zu. Eventuell sei ein Gerichtsgutachten zu veranlassen (S. 12).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Dabei ist insbesondere die Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens

umstritten. 3.3.1

Dr. med. Z. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, diagnostizierte mit Bericht vom 29. Februar 2016 (Urk. 9/12/7-9) eine Depression sowie ein psychosomatisch weichteilrheumatisch imponierendes Beschwerdebild mit Zervikalgie, Thorakalgie und Lumbalgie (S. 1 Ziff. 1). Die somatischen Befunde im internistischen Status seien unauffällig. Das genannte Beschwerdebild der weichteilrheumatischen, psychisch eingefärbten Krankheit sei typischerweise befundarm. Ausschlaggebend für die Arbeitsunfähigkeit sei die psychische depressive Grundhaltung des Beschwerdeführers (S. 2 Ziff. 3b). Die jetzige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei weiterhin voll (S. 2 Ziff. 5). Die Prognose sei ungünstig (S. 2 Ziff. 5.3). In der aktuellen Situation könne in einer anderen Tätigkeit keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden (S. 3 Ziff. 6). Dies aufgrund der Grundkrankheit der Depression (S. 3 Ziff. 6.3).

Die Ärzte des Universitätsspitals A. ____, Klinik für Rheumatologie, nannten mit Bericht vom 3. Juni 2016 (Urk. 9/12/25-26) die folgenden – hier gekürzt aufgeführten – Diagnosen (S. 1): - panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei: - klinisch: myofasziales Beschwerdebild, Fehllhaltung und Haltungsinuffizienz mit myofaszialer Überlastung - bildgebend: multisegmentalen degenerativen Veränderungen mit teilweiser Aktivierung; kein Hinweis für entzündliche Ätiologie - schwerer Vitamin D-Mangel - posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1)

Es hätten sich weder laboranalytisch noch anlässlich der Magnetresonanztomographie (MRI) der gesamten Wirbelsäule sowie des Iliosakralgelenks (ISG) konklusive Hinweise für eine entzündliche Ätiologie der Beschwerden gezeigt. Die Beschwerden seien deshalb als panvertebrales Schmerzsyndrom auf dem Boden von degenerativen Veränderungen, Fehlhaltung und myofaszialer Überlastung begünstigt durch einen schweren Vitamin D-Mangel zu interpretieren . Ausserdem würden in der klinischen Untersuchung mehrere schmerzhafte Entesen auffallen. Die ACR-Kriterien aus dem Jahr 2010 für die Fibromyalgie seien erfüllt (S. 2). 3.3

Dr. med. B.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, nannte mit Bericht vom 27. September 2016 (Urk. 9/19/7-11) die folgenden – hier gekürzt aufgeführten – Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - hochgradiger Verdacht auf eine seronegative

Spondylarthropathie beziehungsweise Morbus Bechterew, Differentialdiagnose (DD): degenerativ bedingte multisegmentale diskrete degenerative Veränderungen - PTBS (ICD-10 F43.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte sie nebst einem schweren Vitamin D-Mangel im Wesentlichen ein unklares prävertebrales Weichteil , DD prominenter Ösophagus (S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei aktuell vollständig arbeitsunfähig (S. 3 Ziff.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

, S. 7 f.).

Der von

Dr. B.____ (vorstehend E. 3.3 , E. 3.7) geäusserte Verdacht auf eine seronegative

Spondylarthropathie bestätigt e sich schliesslich nicht (vgl. Urk. 9/19/7-11 S. 1 Ziff. 1.1; Urk. 9/42/4-8 S. 1 Ziff.

E. 8

ATSG) sind.

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. 9

Ziff. 4.7). 3.10

Mit Stellungnahme vom 27. August 2018 stellte Dr. med. G.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), für die Beurteilung auf das F.____ -Gutachten ab. Der Beschwerdeführer sei sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit durchgehend zu 100 % arbeitsfähig gewesen (vgl. Urk. 9/77 S. 8 f.). 3.11

Die Ärzte des Zentrums H.____ nahmen mit Schreiben vom 5. Februar 2019 (Urk. 3/2) Stellung zum psychiatrischen Teil des F.____ -Gutachtens. Dabei hielten sie fest, dass die Begutachtung für ein umfassendes Bild, vor allem der PTBS, zu kurz gewesen sei. Die Beschwerden seien oberflächlich aufgenommen worden. Die psychiatrischen Symptome seien nicht erfragt worden. Die Diagnosen würden nicht begründet. Es existiere keine Diskussion zum Schweregrad der Depression (S. 2). Die Symptome einer PTBS (ICD-10 F43.1) seien erfüllt. Es sei keine Latenz von mehr als sechs Monaten aufgetreten. Die Flashbacks seien bereits nach Entlassung aus dem Gefängnis aufgetreten, dies in unterschiedlicher Intensität. Auch das Vermeidungsverhalten sei vollständig vorhanden. Der Beschwerdeführer habe Angst vor Intrusionen. Zudem seien die Symptome einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), erfüllt. Zu erwähnen sei, dass die psychosozialen Probleme die Situation des Beschwerdeführers erschweren würden, aber keineswegs die Ursache dafür seien (S. 3). Der Beschwerdeführer sei in seinen sozialen und alltäglichen Arbeiten massiv eingeschränkt. Aufgrund der Traumatisierung und der Depression seien zwei bis drei Tage pro Woche weder Haushalt arbeiten noch soziale Aktivitäten möglich. Damit sei eine Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2015 von vornherein ausgeschlossen. Insgesamt sei das psychiatrische Gutachten falsch, oberflächlich und in keiner Art den Tatsachen entsprechend (S. 4). 4. 4.1

Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erfolgte eine eingehende Begutachtung durch die Ärzte des F.____ (vorstehend E. 3.9) mit den notwendigen Untersuchungen in internistischer, rheumatologischer sowie psychiatrischer Hinsicht mit jeweils ausführlicher Befundaufnahme (vgl. Urk. 9/76 S. 21 f. Ziff. 4.3, S. 27 f. Ziff. 4.3, S. 37

Ziff. 4.3). Diese wurde mittels neuropsychologischer Testung ergänzt (vgl. S. 44 ff. Ziff. 4-7). Das in Kenntnis der Vorakten (vgl. S. 12 ff.

Ziff. 1-2) erstellte Gutachten erweist sich als umfassend, wobei auch die geklagten Beschwerden (vgl. S. 19 f. Ziff. 3.2.1, S. 26 Ziff. 3.2.1, S. 34 f. Ziff. 3.2, S. 44 Ziff. 3) in angemessener Weise berücksichtigt wurden. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers wurden umfassend sowie in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dargelegt. Ausserdem haben die Gutachter ihre Arbeitsfähigkeitseinschätzung unter Beachtung der erhobenen Befunde sowie im Kontext mit den Belastungsfaktoren und Ressourcen sowie nach einer Konsistenzprüfung hinreichend begründet (vgl. S. 7 ff. Ziff. 4). Die gutachterliche Schlussfolgerung, wonach der Beschwerdeführer in der bisherigen sowie jeglicher angepassten leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist (vgl. S. 9 Ziff. 4.6-4.8), vermag demnach vollumfänglich zu überzeugen. Darauf ist – der RAD-Stellungnahme folgend (vorstehend E. 3.10) – abzustellen. 4.2

Die internistische Untersuchung erwies sich als unauffällig (vgl. S. 21 ff. Ziff. 4-8).

Rheumatologisch wurden lediglich leicht ausgeprägte Befunde erhoben, welche nachvollziehbar zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit führen (vgl. S. 27 f. Ziff. 4.3, S. 29 f. Ziff. 7.1, S. 32 Ziff. 8.1-8.2).

Aufgrund nicht valider Testresultate konnte aus neuropsychologischer Sicht keine relevante Aussage gemacht werden (vgl. S. 47 Ziff. 8.1).

Die psychopathologische Befundaufnahme (vgl. S. 37 ff.

Ziff. 4.3, Ziff. 7.2) ergab in Bezug auf die Affektivität eine depressive Verstimmung mit verminderter Freude sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und leichte Konzentrationsstörungen, weswegen die diagnostizierte leichte depressive Episode mit posttraumatischen Symptomen (ICD-10 F32.0) plausibel erscheint. Sodann wurde sorgfältig begründet, weshalb die Beschwerden aus diagnostischer Sicht nicht einer PTBS zuzuordnen sind. So fehle ein deutliches Vermeidungsverhalten mit einer Abstumpfung der Umgebung gegenüber (vgl. S. 39 Ziff. 7.3.3). Ausser dem trat die posttraumatische Symptomatik nach Aussagen des Beschwerdeführers erst eine beträchtliche Zeit nach den erlebten Traumatisierungen

auf (vgl. S. 25

Ziff. 3.1, S. 34 Ziff. 3.2, S. 38 Ziff. 7.2). Bezüglich Latenz ist in der Regel ein Auftreten innert weniger Wochen bis (sechs) Monate vorausgesetzt (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_548/2019 vom 16. Januar 2020 E. 6.3.1).

In schlüssiger Weise diagnostizierte der psychiatrische Gutachter

zudem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Beschwerden gekennzeichnet durch Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit somatischen Befunden nicht hinreichend erklärt werden könne (vgl. S. 38 f. Ziff. 7.2). Schliesslich wies er auf die bestehenden Ressourcen und Belastungsfaktoren, den unter dem therapeutischen Bereich liegenden Medikamentenspiegel des Antidepressivums sowie auf die Konsistenz und Plausibilität hin (vgl. S. 38 ff.

Ziff. 7.2-7.4). Die Einschätzung einer aus psychiatrischer Sicht vollständigen Arbeitsfähigkeit (vgl. S. 40 Ziff. 8.1-8.2) erscheint nach dem Gesagten plausibel und nachvollziehbar. 4.3

Der Hinweis des Beschwerdeführers auf anderslautende Beurteilungen von behandelnder Seite her (vgl. Urk. 1 S. 12) ist nicht geeignet Vorbehalte gegenüber den gutachterlichen Schlussfolgerungen zu begründen, denn er trägt der ausgesprochenen Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (BGE 137 V 210 E. 1.2.4, 124 I 170 E. 4) nicht Rechnung. Zu berücksichtigen ist auch die Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Hinsichtlich der den somatischen Gesundheitszustand betreffenden Arztberichte ist Folgendes anzumerken: Sowohl die durch Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.1) als auch die durch die rheumatologischen Ärzte des A.____ (vorstehend E. 3.2) und die Ärzte des E.____ (vorstehend E. 3.6) gestellten Diagnosen

decken sich mit den gutachterlich erhobenen Untersuchungsergebnissen (vgl. Urk. 9/76 S. 30 f. Ziff. 7.3.3). Dr. Z.____ erachtete zwar die jetzige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit weiterhin als voll, hielt hierfür allerdings die psychische depressive Grundhaltung des Beschwerdeführers als ausschlaggebend (vgl. Urk. 9/12/7-9 S. 2 f. Ziff. 3b, Ziff. 5-6). Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind jedoch in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des

Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E.

4.4.2), weshalb dies keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung aufkommen lässt.

Die rheumatologischen Ärzte des A.____ nahmen selbst keine Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit vor (vgl. Urk. 9/12/25-26 S. 1 f.)

und die durch die Ärzte des E.____

attestierten vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit

deckt sich mit der gutachterlichen Einschätzung (vgl. Urk. 9/27/18-36 S. 4 Ziff. 6.2; Urk. 9/76 S. 32 Ziff. 8.2). Soweit die Ärzte des E.____ demgegenüber in der bisherigen Tätigkeit eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit für zusätzliche Pausen aufgrund der degenerativen Erkrankung der Wirbelsäule attestierten, erweist sich dies als nicht schlüssig und nachvollziehbar begründet, lagen doch keine eigenen Röntgenbefunde vor und anlässlich der klinischen Untersuchung wurden hauptsächlich Muskelverspannungen festgestellt (vgl. Urk. 9/27/18-36 S. 4 Ziff.

E. 10

), als sich der psychiatrische Gutachter nicht ausdrücklich zu der in den Vorberichten diagnostizierten mittelgradigen depressiven Störung und attestierter Arbeitsunfähigkeit geäußert hat, sondern einzig zu der ebenfalls diagnostizierten PTBS (vgl. Urk. 9/76 S. 39 Ziff. 7.3.3). Dennoch erfolgte seine Einschätzung in Kenntnis sämtlicher Berichte und des bisherigen Verlaufs (vgl. Urk. 9/76 S. 12 ff. Ziff. 1-2, S. 38 f. Ziff. 7.2-7.3).

Soweit der Beschwerdeführer das angebliche Fehlen eines ausführlichen strukturierten Beweisverfahrens rügt (vgl. Urk. 1 S. 11), erweist sich dies als nicht zielführend, zumal die Gutachter die massgeblichen Indikatoren durchaus berücksichtigt haben (vgl. Urk. 9/76 S. 7 ff. Ziff. 4). Denn mit einer Indikatorenprüfung

wird eine im Rahmen einer psychiatrischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit validiert. Eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte kann auch aus einer Indikatorenprüfung nicht resultieren. Entsprechend bedarf es keinem Vorgehen nach dem strukturierten Beweisverfahren und einer Indikatorenprüfung, wenn ein vollbeweiskräftiges Gutachten keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende psychiatrische Diagnose gestellt hat (vorstehend E. 1.5; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C_629/2019 vom 8. November 2019 E. 4.2.4 und 8C_241/2018 vom 25. September 2018 E. 7.5.2). Entgegen dem Eventualantrag des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 12) besteht keine Veranlassung für ein Gerichtsgutachten, weshalb darauf im Sinne antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d) zu verzichten ist. 4.5

Der Vollständigkeit halber bleibt anzumerken, dass eine Qualifikation des Beschwerdeführers als voll Erwerbstätiger aufgrund der Erwerbsbiographie zumindest fraglich erscheint. So lässt sich anhand des Auszuges aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 9/55) erkennen, dass der Beschwerdeführer bereits seit der Arbeitsaufnahme in der Schweiz im Jahr 2005 immer ein eher kleines Arbeitspensum ausgeübt hat. Der Beschwerdeführer bestätigte selbst, dass er jeweils in einem Pensum von 50% gearbeitet und sich nebenbei um den Haushalt gekümmert habe. Auch gab er ausdrücklich an, dass bis im Jahr 2015 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Ein Pensum von 100% habe er nie ausgeübt und erst auf Empfehlung der behandelnden Ärzte des A.____ ab 2015 in einem Vollpensum gearbeitet, worunter es zur

Schmerz exazerbation gekommen sei .

Die Erhöhung auf ein Vollpensum ist – trotz erwähnter vorheriger Versuche – auch erst im September 2015 und damit kurz vor vollständiger Krankschreibung durch Dr. Z.____

ab dem 3. November 2015 (Urk. 9/6)

und daraufhin erfolgter IV-Anmeldung aktenkundig

(vgl. Urk. 9/12/4-6 S. 2; Urk. 9/25 S. 5 Ziff. 5.3; Urk. 9/27/18-36 S. 10 unten; Urk. 9/27/38-45 S.

2 f., S. 5; Urk. 9/48/3-11; Urk. 9/76 S. 21). Eine vertiefte Abklärung und Auseinandersetzung mit dieser Problematik erübrigt sich jedoch aufgrund der Erkenntnisse des F.____-Gutachtens einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit . 4.6

Nach dem Gesagten ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gestützt auf das beweiskräftige F.____-Gutachten in der bisherigen sowie in jeglicher angepassten leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist. Folglich erübrigt sich ein Einkommensvergleich und die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch zu Recht verneint.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5. 5.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. 5.2

Zu prüfen bleibt das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (vgl. Urk. 1 S. 2). Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und die Verbeiständung geboten war, ist dem bedürftigen Beschwerdeführer (vgl. Urk. 7/1) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung zu bewilligen. Die dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten sind daher einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). 5.3

Mit Honorarnote vom 8. August 2019 (Urk. 12) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von 12 Stunden 10 Minuten sowie Barauslagen von Fr. 41.80 und insgesamt eine Entschädigung von Fr. 2'927.80 geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 GSVGer) als angemessen, weshalb Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, mit insgesamt Fr. 2'927.80 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16

Abs. 4 GSVGer hingewiesen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 23. Mai 2019 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9'000.-- 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 Stephan Kübler, Winterthur, wird mit Fr. 2'927.80 (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 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 dem 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
Mosimann
Meierhans

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