

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00064 vom 31. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00064

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00064 du 31 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00064 del 31 marzo 2023

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

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

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.). 2.

E. 2

Eventualiter sei die Verfügung der IV vom 19. Dezember 2022 aufzuheben und weitere Abklärungen zu tätigen.»

In prozessualer Hinsicht ersuchte er um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung. Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 8. März 2023 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 9.

März 202

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Entscheidung damit (Urk. 2), dass aufgrund der verschiedenen Untersuchungen in der

Z. ___, welche am 1. Februar 2022 stattgefunden hätten, keine gesundheitliche Einschränkung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Beschwerdeführers festgestellt werden können. Aus orthopädischer Sicht seien sodann

- im Nachgang zum Gutachten - weitere Abklärungen getätigt worden. Dabei würden die neu vorgelegten Unterlagen im Vergleich mit den früheren Berichten sowie dem orthopädischen Teil-Gutachten keine neuen objektiven Befunde enthalten, welche aus versicherungsmedizinisch-orthopädischer Sicht eine andere Bewertung der funktionellen

Leistungsfähigkeit erforderten . Eine weitere Begutachtung sei somit nicht notwendig.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich auf den Standpunkt (Urk. 1), das Gutachten sei hinsichtlich der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit weder schlüssig noch nachvollziehbar. Es widerspreche den medizinischen Akten und den Einschätzungen der behandelnden Ärzte. Im Gutachten würden unter anderem als psychiatrische Diagnosen lediglich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, sowie eine aktenanamnestisch chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren aufgeführt. Im Bericht des Universitätsspitals B. vom 25. März 2021 sei eine komplexe Traumafolgestörung nach physischer Misshandlung und sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter, Inhaftierung und Foltererfahrungen sowie sexuellem Missbrauch im Gefängnis kurz vor der Flucht in die Schweiz im Jahr 1999 sowie bei Arbeitsunfall im Jahr 2001

mit posttraumatischer Belastungsstörung, rezidivierender

depressiver Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und anhaltender

somatoformer Schmerzstörung aufgeführt und die Behandler erachteten auch eine angepasste Tätigkeit als

aktuell wahrscheinlich nicht möglich. In orthopädischer Hinsicht hätten sich im MRI vom 16. Mai 2022

neue Befunde gezeigt, die

bei der Begutachtung noch nicht berücksichtigt worden seien (S. 4 f.). Zudem seien die nach dem Vorbescheid eingereichten beziehungsweise eingeholten ärztlichen Berichte nicht mehr den Gutachtern zur Stellungnahme unterbreitet, sondern lediglich von den RAD-Ärzten kommentiert worden. Es dränge sich damit eine neue medizinische Begutachtung auf. Aufgrund der persönlichen und beruflichen Merkmale sei auch ein Abzug von 25

% vom Tabellenlohn angezeigt

(S. 6).

E. 3

Status nach Handverletzung der dominanten rechten Seite am 22.04.2001 (ICD-10 T92.8/M79.60) - kein objektivierbarer Hinweis für länger dauernde Schonung dieser Extremität

E. 3.1

Im Urteil vom 30. März 2020 hielt das hiesige Gericht Folgendes fest (Urk. 8/244 E. 4.1 ff.): « 4.1

Im Gutachten des Y.____ vom 21. Oktober 2014 (Urk. 11/150), basierend auf allgemeinen, psychiatrischen, orthopädischen, neurologischen, neuropsychologischen und viszeralchirurgischen Untersuchungen wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, ohne Einfluss wurden folgende Diagnosen genannt (S. 22): 1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) 2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - chronische Unterbauchschmerzen ohne erkennliche

organische Ursache (ICD-10 R10.3)

E. 3.2

Zu den mit der Neuanschuldung vom 29. Juni 2018 eingereichten Berichten wurde im Urteil vom 30. März 2020 festgehalten (Urk. 8/244 E. 5. 2): «

E. 5.2.1

Im MRI der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 16. Januar 2018 (Urk.

E. 3.3

Zu den mit der damaligen Neuanschuldung eingereichten Berichten erkannte das Gericht (Urk. 8/244 E.

6.1), dass mit den Berichten der Universitätsklinik A.____ und den bildgebenden Untersuchungen keine wesentliche Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse auf orthopädischem Fachgebiet seit dem ablehnen der Leistungsentscheid vom 2. April 2015 glaubhaft gemacht werde und in psychiatrischer Hinsicht die von den behandelnden Ärzten diagnostizierte post traumatische Belastungsstörung bereits im psychiatrischen Teilgutachten des Y.____ diskutiert und verworfen worden sei. 4.

E. 4

Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.80) - anamnestisch Status nach Rückenkontusion am 22.04.2001

E. 4.1.1

Im Gutachten der Z.____

vom 8. März 2022 (Urk.

8/309 /7

f.) notierten die Gutachter Prof. Dr. med. H.____, FMH Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, folgende Diagnosen: - Belastungsabhängig vermehrtes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie mit/bei - leichter Spinalkanalstenose auf Höhe LWK 3/4 sowie einer neuroforaminalen Enge beidseits im Segment LWK 4/5 sowie LWK 5/SWK1 mit Hypertrophie Ligamenta flava auf Höhe L4-S1 - Belastungsabhängig vermehrtes cervicocephales Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie mit / bei - generalisierten degenerativen Veränderungen der HWS mit

Spinalkanalstenose und Myelopathie auf Höhe HWK 4/5 sowie einer osteodiskären

neuroforaminalen Enge rechts im Segment HWK 2/3 sowie

beidseits in den Segmenten HWK 3/4,

4/5,

5/6,

6/7 und im Segment HWK

7/BWK 1 rechts , Erstdiagnose: 16. Januar 2018 - Tendinopathie der Supraspinatus - und Subscapularissehne nebst leichter Bursitis subacromialis-subdeltoidea und einer fortgeschrittenen anterioren Labrumdegeneration, Erstdiagnose 19. Juni 2018 - Bursitis und AG- Gelenksarthropathie beidseits , Erstdiagnose 10. Juli 2018 - Diskreter Hohlfuss beidseits - Status nach im April 2001 erlittener Endgliedfraktur des linken Mittel- und Ringfingers; gegenwärtig ohne Funktionseinschränkung - Status nach im April 2001 erlittener Beckenprellung; gegenwärtig ohne Funktionseinschränkung - Rezidivierende depressive Störung; gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - Aktenanamnestisch chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

E. 4.1.2

Der orthopädisch/traumatologische Experte führte in seinem Fachgutachten (Urk. 8/309/15-83) aus, der Beschwerdeführer gebe an, dass er Beschwerden im Bereich der Schultergelenke ,

mehr rechts , habe und er nichts mehr anheben könne. Sobald er aufstehe oder sich setze, habe er auch Schmerzen in der Lendenwirbelsäule . Befragt zur Schmerzsymptomatik im Bereich des Beckens gebe er an ,

Schmerzen beim Urinieren zu haben (S. 12 f.) . Zum Beschwerdevortrag betreffend die Füße führt er aus , dass er beim Unfall von der Maschine auch an beiden Füßen getroffen worden sei und deswegen operiert werden müsse (S. 14) . Die Schmerzen im Bereich der Schultergelenke würden mit maximal VAS 9, minimal immer über VAS 5, manchmal VAS 6, 7 oder 8 , beschrieben und lägen momentan über VAS 5, wobei dies für den ganzen Körper gelte (S. 15 f.) . Die meisten Schmerzen hinsichtlich der LWS deute

er grossflächig über einem Areal auf Höhe L5/S an, wobei der lumbal generierte Schmerz sich auch wechselnd in den rechten und linken Vorfuß ausbreiten würde (S. 16) . Es gäbe nichts , was seine Schmerzen lindern könnte . Dafalgan und Voltaren nehme er zwar ein , darunter erfahre er jedoch keine Schmerzlinderung. Befragt zu einer etwaigen neurologischen Begleitsymptomatik gebe der Beschwerdeführer an, im Bereich der rechten Hand, betont im Bereich des Daumens und des Zeigefingers ,

eine streck- wie beugeseitig lokalisierte Minderung der Oberflächensensibilität zu verspüren. Ferner verspüre er eine Gefühlsminderung im Bereich der rechten Zeigefingerkuppe. Darüber hinaus verspüre er auch eine Gefühlsminderung im Bereich des linken Daumens streckseitig über einer hier verlaufenden Operationsnarbe (S.

17). Zum Tagesablauf berichte der Beschwerdeführer, er stehe gegen 12 Uhr in der Regel auf ,

wenn er Termine habe jedoch auch früher. Dann mache er die Morgentoilette, esse etwas Brot mit Nussaufstrich und hernach bete er. Dann komme die Freundin zu Besuch und er nehme die Medikamente ein. Er sei meist zu Hause und schaue TV, telefoniere mit den Kindern und mache eben «Das Normale» wie der Gutachter auch. Am Abend gebe es Nachtessen, je nachdem wie viel Hunger er habe. Die Freundin koche dann für ihn. Er mache sich sonst selbst einen Salat oder ein einfaches afrikanische Gericht. Am Abend höre er Musik; er habe einen Tinnitus und sein Schlaf sei nicht gut (S. 19) . Befragt zur Funktionsfähigkeit im Haushalt und den «ADL»-Kompetenzen (activities

of

daily

living) gebe der Beschwerdeführer an, die Freundin helfe ihm beim Nägelschneiden und beim Anziehen einer langen Unterhose, ansonsten benötige er keine Hilfe hinsichtlich der Körperpflege oder beim Ankleiden. Zur Wohnungspflege skizziere er, dass er in einem Appartementkomplex mit mehreren kleinen Wohnungen lebe, wobei diese von einer Fachkraft gereinigt würden und er sich nicht um die Reinigung seiner Wohnung kümmern müsse (S. 20). Einkäufe des alltäglichen Bedarfs, wie Brot, Milch und Käse, kaufe er selber ein und grössere Einkäufe würden Freunde für ihn erledigen. Um die Wäsche würde sich seine Freundin (Lebensgefährtin) kümmern und seine Kinder lebten bei der Kindsmutter (S. 21). Der Experte führte aus, die Anamneseerhebung habe sich sehr mühselig gestaltet mit wiederholten Nachfragen des Referenten, wobei der Beschwerdeführer mehrfach der direkten Fragestellung ausgewichen sei und wiederholt auf ein von ihm im Rahmen der Begutachtung vorgelegtes Schreiben des Psychiaters und Psychosomatikers Dr. J. ___ vom 25. März 2021 verwiesen habe (S. 27). Während der zirka 60-minütigen Anamneseerhebung sei der Beschwerdeführer in ruhiger,

erregter Sitzposition mit paralleler Beininstellung verharrt. Eine schmerzbedingte Entlastung der

Sitzposition sowie ein Umhergehen sei nicht

demonstriert worden. Beim Entnehmen von Gegenständen aus dem Portemonnaie habe er eine uneingeschränkte Mobilität mit

uneingeschränkter Feinmotorik demonstriert. Im Gespräch habe er ausweichend, dem Untersucher gegenüber aber durchgehend freundlich und zugewandt gewirkt (S. 28).

Unter dem Titel medizinische Beurteilung (S. 47 ff.) hielt Dr. I. ___ fest, im Rahmen der klinischen Untersuchung auf orthopädisch - chirurgischem Fachgebiet hätten sich in den einzelnen durchgeführten Testverfahren mehrfach Inkonsistenzen sowie eine Malcompliance gezeigt. So sei das Entkleiden bis auf die Unterwäsche deutlich protrahiert und demonstrativ erfolgt und der Beschwerdeführer habe verlangt, dass ihm bei der Entkleidung des Pullovers und des darunter gelegenen Hemdes geholfen werde, da er sich nicht selbst an- beziehungsweise entkleiden könne. Nach der Untersuchung sei ihm dies jedoch möglich gewesen (S. 49). Die Halswirbelsäule habe mit dem umgebenden Muskel- und Weichteilmantel

optisch einen regelhaften Aufbau über dem Brustkorb und dem Schultergürtel gezeigt. Eine valide Untersuchung der Weichteile und Muskulatur im Bereich der HWS sei jedoch nicht möglich gewesen, da der Beschwerdeführer schon bei der diskretesten Berührung mit dem Zeigefinger ausgeprägte Schmerzen angegeben und den Referenten brüsk aufgefordert habe, die Untersuchung abzubrechen. Im Rahmen der Anamneseerhebung habe sich eine uneingeschränkte freie Mobilität mit uneingeschränkter links- wie rechtsseitiger Kopfwendung gezeigt. Im Rahmen der dezidierten klinischen Untersuchung sei die Kopfseitneigung sowie die Kopffrotation sowohl in der aktiven als auch der passiven Bewegung nicht durchführbar gewesen. Infolge aktiven Gegenspannens habe die Mobilität der HWS nicht überprüft werden können und auch das Kopfvor- und -rückneigen habe aufgrund der deutlichen Selbstlimitierung nicht untersucht werden können. Beim Waddell'schen Stauchungstest

habe er angegeben, Schmerzen zu verspüren, was physiologisch nicht erklärbar sei (S. 50). Bei der Bitte eine Rumpfbeuge durchzuführen und die Fingerspitzen dem Boden anzunähern, gebe er an, dass es ihm nicht möglich sei, sich zu bücken; auch wolle er keinen Finger-Boden-Abstand demonstrieren. Eine valide Untersuchung der Lendenwirbelsäule sei damit nicht möglich gewesen. Zur Aufforderung die Ellenbogengelenke zu bewegen, teile er mit, dass ihm dies schmerzbedingt nicht möglich sei und er die Arme nur hängenlassen könne. Eine aktive Bewegung der Ellenbogengelenke sei ihm auch nicht möglich. Im Rahmen der Anamneseerhebung habe er aber eine jeweilige Flexion im Ellenbogengelenk um bis 70° durchführen und sich mit uneingeschränkter Mobilität im Bereich der Ellenbogengelenke frei ankleiden können (S. 51). Bei der Untersuchung der beiden unteren Extremitäten in liegender Körperposition habe er schon bei Berührung der beiden Unterschenkel stärkste Schmerzen angegeben und ein asynchrones Zucken im Bereich der beiden unteren Extremitäten demonstriert und die wiederholten Untersuchungsversuche abgeblockt. Eine valide klinische orthopädische Untersuchung der beiden unteren Extremitäten sei daher nicht möglich gewesen (S. 52). Im Rahmen der Begutachtung sei eine Überweisung für eine nativradiologische Bildgebung der Hals- und Lendenwirbelsäule, des Beckens, der Schulter- und Handgelenke sowie der beiden Füße ausgestellt worden, welche am 1. Februar 2022 durchgeführt worden sei (S. 45 f.). Dr. I. ____

hielt fest, nach Studium der Aktenlage, der Bildgebung sowie anhand der klinischen Untersuchungsbefunde sei festzustellen, dass beim Beschwerdeführer im Bereich der kaudalen LWS betont in den Segmenten L4/5 sowie L5/S1 degenerative Veränderungen bestünden. Diese Veränderungen seien jedoch als biodynamisch stabil anzusehen und es habe sowohl im Bereich der HWS und insbesondere auch im Bereich der LWS eine segmentale Mikroinstabilität ausgeschlossen werden können. (S. 60).

Auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet bedingt endie festgestellten wesentlichen Gesundheitsstörungen gestützt auf die Empfehlungen der Swiss Insurance Medicine

Leistungseinschränkungen in qualitativer

Hinsicht für Schwere- und Schwerarbeiten, ständige mittelschwere Arbeiten, Heben und Tragen von Lasten körperfern über 10 kg ohne technische Hilfsmittel, Heben und Tragen von Lasten körpernah über 15 kg ohne technische Hilfsmittel, repetitive stereotype Bewegungsabläufe, Tätigkeiten mit repetitivem Bücken, Kauern und Hocken, mehr als gelegentliche s Arbeiten in Zwangshaltungen, Tätigkeiten mit vermehrter Vibrationsbelastung, Tätigkeiten mit Pressen oder Stemmen, welche zu einer intraspi-nalen Druckerhöhung

führen, mehr als gelegentliche s Heben von Lasten über die Horizontale, mehr als gelegentliche Überkopftätigkeiten (S. 62 f.). Unter Wahrung der qualitativen Schonkriterien bestehe für eine rückenadaptierte Tätigkeit mit intermittierender stehender, gehender

und sitzender Körperposition aus orthopädisch-versicherungsmedizinischer Sicht

bezogen auf ein volles Pensum eine quantitativ unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 64).

E. 4.1.3

Im psychiatrischen Fachgutachten wurde festgehalten (Urk. 8/309/84-115; S. 7

f f.), der Beschwerdeführer gebe an, bevor er in die Schweiz gezogen sei, habe er sexuelle Vergewaltigungen in Afrika erlitten. Er sei durch Gefängniswärter im Gefängnis während der Flucht vergewaltigt worden. Er sei mehrere Male vergewaltigt worden. Er sei zu jener Zeit 22 Jahre alt gewesen und schäme sich dies zu sagen. Auch sei er von einem Onkel sexuell missbraucht worden im Alter von

E. 4.1.4

Zur Arbeitsfähigkeit aus gesamtmedizinischer Sicht hielten die Gutachter fest (Urk. 8/309/13), dem Beschwerdeführer sei seit Antragstellung anhaltend eine somatisch leidensadaptierte Tätigkeit zu 100 % zumutbar.

E. 4.2

Gemäss Sprechstundenbericht der Universitätsklinik A.____,

Wirbelsäulen zentrum,

vom 17. Mai 2022 (Urk. 8 / 332/19-21) berichtete der Beschwerdeführer anlässlich der notfallmässigen Selbstvorstellung vom Vortag über chronische Rückenbeschwerden seit einem Arbeitsunfall vor zirka 20 Jahren, wobei aktuell die lumboradikulären Schmerzen linksseitig vermehrt vorhanden seien und entlang vom dorsalen Oberschenkel bis zum lateralen Fussrand und dorsalen Fussrücken ausstrahlten. Zusätzlich bestünden bilaterale Schulterbeschwerden sowie eine Kribbelparästhesie im Bereich von Dig. I und II rechts. Die Ärzte verwiesen bezüglich der LWS auf eine Voruntersuchung vom 12. September 2020 und hielten fest, es bestehe eine rechtskonvexe skoliotische Haltung. Vorbestehend seien

eine Spondylose, betont von L3-5, sowie geringe Facettengelenkarthrosen und eine anterior geringe Deckplattenhöhenminderung von LWK 4. Es bestehe keine zunehmende Sinterung oder neue Wirbelkörperhöhenminderung. Vorbestehend seien so die minimale Retrolisthese von LWK 5 zu SWK 1. Es zeige sich eine geringe ISG-Arthrose.

Im MRI der LWS vom

E. 4.3

Im Sprechstundenbericht über die Wiedervorstellung in der Universitätsklinik A.____,

Orthopädie, Abteilung Schulter/Ellbogen,

vom 1. Juni 2022 (Urk. 8/334) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer berichte über persistierende, vor allem linksseitige Schmerzen über dem anterosuperioren Gelenk. Eine Infiltration habe bislang nicht stattgefunden, da sich der Beschwerdeführer um Komplikationen Sorgen mache. Die Ärzte beurteilten, es zeige sich weiterhin eine AC Gelenksarthropathie beidseits, aktuell links betont, weshalb erneut die Besprechung einer AC-Gelenksinfiltration erfolgte, welche vom Beschwerdeführer nun gewünscht und in den nächsten Wochen durchgeführt werde mit Verlaufskontrolle nach drei Monaten; bei gutem Ansprechen könne diese abgesagt werden.

E. 4.4

Dr.

med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) führte in seiner Stellungnahme vom 5.

November 2022 (Urk. 8/334/7-8) aus, der Bericht der Universitätsklinik A.____ vom 2. Juni 2022 enthalte aus orthopädischer Sicht keine wesentlichen, neuen objektiven Befunde und Informationen, abgesehen davon, dass die ursprünglich einmal genannte Verdachtsdiagnose einer « chronischen anterioren Instabilität » nicht mehr enthalten sei. Offenbar hätten nach den beiden Konsultationen vom 16. Mai und 1. Juni 2022 keine weiteren Kontrollen in der Universitätsklinik A.____ mehr stattgefunden, sodass weder die laut Bericht geplante therapeutische Infiltration des AC-Gelenkes links noch die Epiduralinfiltration L5/S1 durchgeführt worden sei. Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass der Leidensdruck des Beschwerdeführers nicht besonders hoch sei. Der Beschreibung des erhobenen klinischen Befundes im Bericht vom

E. 5

Status nach Transversalisplastik beidseits ohne Hinweise auf Hernienrezidiv (ICD-10 K40.20)

E. 5.1

Der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Veränderung des Sachverhalts bildet die Rentenverfügung vom 2. April 2015, mit welcher die Renteneinstellungen

gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des Y.____

eingestellt worden waren (Urk. 8/167).

Das hiesige Gericht bestätigte die Rentenaufhebung in seinem Urteil IV.2015.00529 vom 6. Dezember 2016 und würdigte dabei insbesondere auch, dass die anhaltende somatoforme Schmerzstörung – in Übereinstimmung mit den Schlussfolgerungen im Y.____-Gutachten –

unter Berücksichtigung des nicht ausgeprägten funktionellen Schweregrades sowie der verschiedenen Inkonsistenzen beziehungsweise Aggravationstendenzen und der mangelnden Compliance keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstelle (E. 5.5.6). Sodann hielt das Gericht im genannten Urteil dafür, dass die im

Y.____ Gutachten erfolgte Verneinung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung vollumfänglich zu überzeugen vermöge (E. 5.4).

E. 5.2

Eine weitgehend identische Situation zeigte sich anlässlich der Begutachtung des Beschwerdeführers in der

Z.____. Die auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet klinisch und bildgebend erhobenen Befunde zeigten sich dabei ebenfalls diskrepant zu den angegebenen Beschwerden und

es wurde wiederum auf Inkonsistenzen sowie eine Malcompliance hingewiesen

(vgl.

E. 4.1.2 hiervor). Aus somatischer Sicht wurde unter Berücksichtigung

von qualitativen Schonkriterien aufgrund der Rückenproblematik bezogen auf ein volles Pensum eine quantitativ unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100

% gesehen. Aus psychiatrischer Sicht konnte die bereits früher verworfene Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erneut nicht bestätigt werden. Die diesbezüglichen Ausführungen des Gutachters sind ohne Weiteres nachvollziehbar. Das
von Behandlerseite

die Diagnose einer PTBS weiterhin aufgeführt wird, ändert daran nichts. Denn eine Auseinandersetzung mit den Vorakten

erfolgte dabei nicht und

das Abstellen auf subjektive Eigenangaben des Beschwerdeführers, ohne nachvollziehbare eigene Befunderhebung, ist keine genügende Grundlage zur Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit.

Der psychiatrische Gutachter hat demgegenüber nachvollziehbar begründet, dass weder Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) noch solche einer andauernden Persönlichkeitsänderung bestehen und der Psychostatus mit Ausnahme einer Besserung der depressiven Psychopathologie

vergleichbar ist mit der Untersuchung im Y. ___ im Jahr 2014.

Vor diesem Hintergrund ist auch nachvollziehbar dargestellt, dass sich die psychiatrische Situation im Wesentlichen nicht verändert hat und dieser Zustand bereits im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung im Y. ___ im Jahr 2014 beschrieben worden war. 5.3

Was die somatische Seite anbelangt, wurde der Beschwerdeführer,

nachdem ihm mit Vorbescheid vom 11. Mai 2022 (Urk. 8/312) die Leistungsabweisung in Aussicht gestellt worden war, am 16. Mai 2022 notfallmässig im Wirbelsäulenzentrum (Urk. 8/332/19-21) und am 1. Juni 2022 (Urk. 8/334) in der Abteilung Schulter/Ellenbogen der Universitätsklinik A. ___ vorgestellt.

Dazu legte der RAD-Arzt Dr. G. ___

in seiner Stellungnahme vom 5. November 2022 (Urk. 8/344/7-8) nachvollziehbar dar, dass die beiden Berichte keine wesentlichen neuen objektiven Befunde aufzeigen als sie nicht bereits durch den orthopädischen Gutachter festgehalten werden konnten. Zu Recht hielt er dabei fest, dass an der früher einmal genannten Verdachtsdiagnose einer

chronischen anterioren Instabilität offenbar nicht mehr weiter festgehalten wurde. Sodann wies er auch zu Recht darauf hin, dass die Akten keine Anhaltspunkte dafür liefern, dass in der Universitätsklinik A. ___ im Nachgang zu den Konsultationen vom 16. Mai und 1. Juni 2022 weitere Kontrollen

bzw. die geplanten Massnahmen, mithin eine

therapeutische Infiltration des AC-Gelenkes links und

eine

Epiduralinfiltration L5/S1, durchgeführt wurden. Entsprechend – so der RAD-Arzt – sei der Leidensdruck des Beschwerdeführers nicht besonders hoch. Letzterer verwies diesbezüglich in der Beschwerdeschrift einzig auf den MRI-Befund der LWS vom 16. Mai

2022 (Urk. 1 S. 5 Ziff. 12) und brachte keine Berichte bei, aus welchen hervorginge, dass in der Universitätsklinik A.____

weitere Vorstellungen erfolgt wären bzw. die angedachten Massnahmen stattgefunden hätten. Der RAD zeigte damit schlüssig auf, dass aufgrund der Aktenlage aus somatischer Sicht von einem seit der Begutachtung im Wesentlichen unveränderten (stationären) Gesundheitszustand auszugehen ist. Von einem seither hinzugekommenen stabilisierten körperlichen Gesundheitsschaden mit dauerndem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ist damit jedenfalls nicht auszugehen. 5. 4

Zusammenfassend ist damit fest zu halten, dass seit Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 2. April 2015 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19.

Dezember 2022 eine gesundheitliche Veränderung im Sinne einer revisionsrechtlich relevanten Sachverhaltsänderung nicht ausgewiesen ist. Von weiteren medizinischen Abklärungen ist kein entscheiderelevanten Aufschluss zu erwarten. Entsprechend ist im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung davon abzusehen (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d). Nach dem Ausgeführten bedarf es auch keiner weiteren Erörterung zum Vorbringen, dass bei der Invaliditätsgradermittlung ein zusätzlicher leistungsbedingter Abzug von 25 % zu berücksichtigen sei.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

E. 6

Verdacht auf gastroösophagealen Reflux (ICD-10 K21.9)

E. 6.1

Die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind vorliegend erfüllt (vgl. insbesondere Urk. 3). Demzufolge ist dem Beschwerdeführer antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwält

Abdullah Karakök, Zürich, als unentgeltliche(r) Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

E. 6.2

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

E. 6.3

Bei diesem Verfahrensausgang steht dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Abdullah Karakök, Zürich, eine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu (§ 34 Abs. 3 GSVGer in Verbindung mit § 7 Abs. 1 und § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht, GebV SVGer), welche auf Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

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

In Bewilligung des Gesuches vom 31. Januar 2023 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Abdullah Karakök, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Abdullah Karakök, Zürich, wird mit Fr. 1'500.-- (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 Abdullah Karakök - 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 Gräub Nef

E. 7

Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - unter medikamentöser Behandlung ungenügend eingestellt
Weiter führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer klagt über Schmerzen im linken Bein, im rechten Arm, im Rücken, im Unterleib und am Hals rechts. An diesen Stellen sei er nach dem Unfall operiert worden (S. 5 f.).

E. 11

oder 12 Jahre n. Dies sei in der Wohnung der Grossmutter gewesen und mehrfach geschehen. Der Onkel habe ihm gedroht ihm etwas anzutun, wenn er etwas davon verraten würde (S. 7). Im Oktober 1999 sei er in die Schweiz eingereist (S. 8). Der Beschwerdeführer gebe an, in Afrika zwei Kinder gezeugt zu haben, die bei einem Brand ums Leben gekommen seien. Seine

Ex-Ehefrau habe er 2003 kennengelernt und 2004

geheiratet. Geschieden sei er seit 2012/13. Aus der Ehe seien zwei Söhne

(13 Jahre und 11 Jahre) hervorgegangen, die bei der Kindsmutter lebten. Seit der Ehescheidung habe er viele Freundinnen

gehabt und er sei sexuell sehr aktiv. Seit zirka 1 . 5 Jahren habe er eine neue Freundin , welche aus

dem Kongo komme. Er habe einen guten Kollegenkreis, viele Bekannte aus Afrika und der Schweiz und man treffe sich regelmässig und unterhalte sich. Er höre gerne Musik und schaue gerne Filme (S. 10) . I m Jahr 2017 habe er für drei Monate als Aushilfe / Tellerwäscher in einem Restaurant gearbeitet. Der Chef sei unzu frieden gewesen mit seiner Arbeit und er habe dort auch viele Absenzen gehabt . Die Tätigkeit habe er nur angenommen, da ihn das Migrationsamt dazu gezwun gen habe , weil er zur Verlängerung seines Ausweises eine Arbeit haben müsse . Als der Ausweis ausgestellt worden sei, sei er dann gekündigt worden (S. 10 f.). Zum Untersuchungsbe fund führte der Gutachter aus (S. 16 f.), im Untersuchungs zeitpunkt liege beim Beschwerdeführer keine quantitative oder qualitative Bewusstseinsstörung vor. Er sei wach, zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person orientiert. D urchgehende Gedächtnisstörungen seien im Untersuch nicht eruierbar und das Alt- beziehungsweise Langzeitgedächtnis sei gesamthaft als intakt zu bezeichnen. Es ergäben sich keine klinischen Hinweise auf Amnesie, Konfabulationen, Paramnesien oder Zeitgitterstörungen. Die subjektiv beklagten Störungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit, liessen sich objektiv nicht nachvollziehen, da er dem Untersuchungsverlauf stets habe folgen können und aktiv an der Exploration teilgenommen habe. Der formale Gedankengang sei im Tempo regelrecht und in Kohärenz und Stringenz sei das Denken nachvollziehbar. Negative Kognitionen und Emotionen im Zusammenhang mit den Schmerzen seien objektiv keine erkennbar und es würden weder Intrusionen noch Flashbacks angegeben. Im Untersuch hätten sich auch kein Hyperarousal und keine Schreckhaftigkeit gezeigt und es seien weder Alpträume noch ein Vermeidungsverhalten angegeben worden. Hinweise für Wahn sowie Ich-Störung im Sinne von

Gedan keneingebung, -ausbreitung oder -beeinflussung, Derealisation und

Depersonal isationen hätten sich nicht eruieren lassen ; Zwänge und Rituale seien verneint worden und hätten sich

auch nicht beobachten lassen. Die kognitive Begabung lieg e im Normbereich . Der Beschwerdeführer sei im Untersuch gut spürbar und es bestehe eine indifferente bis zeitweilig unterschwellig gereizte Grund stimmung. Die Schwingungsfähigkeit finde sich durchgehend erhalten. Es bestehe weder eine Affektinkontinenz noch sei ein Schmerzaffekt im Untersuch wahr nehmbar. Die Freudfähigkeit und die Interessen seien nicht wesentlich eingeschränkt, der Antrieb sei nicht vermindert und die Psychomotorik zeige sich regelrecht. Insuffizienzgefühle zeigten sich keine und über Schamgefühle werde subjektiv in Verbindung mit den angegebenen Vergewaltigungen berichtet . Ein soziales Rückzugsverhalten bestehe nicht und ein verminderter Appetit liege nicht vor ; es werde auch nicht über eine Reduktion der Libido berichtet. Panik attacken seien nicht zu beobachten und auch keine generalisierten und phobi schen Ängste. Suizidale Ideationen würden keine angegeben und eine akute Suizidalität bestehe nicht, auch keine Lebensverleiderstimmung (S. 17).

Hinweise auf eine Störung der Persönlichkeit seien keine vorhanden und die Selbstwahrnehmung sei intakt bei erhaltene r

Kontaktfähigkeit, Urteilsbildung, Selbstwert regulation und

erhaltenen Abwehrmechanismen. Die Fremdwahrnehmung sei intakt, die Affektsteuerung zeige sich gestört und die Impulskontrolle vermehrt reizbar. Jedoch liege keine Störung der

Realitätsbeurteilung vor (S. 18). Der Gutachter hielt fest, beim Beschwerdeführer hätten keine Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder einer andauernden Persönlichkeitsänderung bestanden ausser einer gewissen Gereiztheit, welche auch auf die angegebenen Schmerzen zurückgeführt werden könnten. Der Psychostatus sei vergleichbar mit der Untersuchung im Jahr 2014, jedoch mit Besserung der depressiven Psychopathologie (S. 26). Bereits im Vorgutachten habe keine PTBS objektiviert werden können. Die Zuweisung in die Ambulanz der K.____ sei bei drohender Ausweisung aus der Schweiz erfolgt (S. 27). Aus psychiatrischer Sicht liege keine Störung von Krankheitswert vor. Die Depression sei remittiert. Eine PTBS sei psychopathologisch nicht objektivierbar. Anamnestisch könne nur eine somatoforme Schmerzstörung angegeben werden, wohingegen sich im hiesigen orthopädischen Untersuch die Diskrepanzen zwischen den berichteten Schmerzen und den objektiven somatischen Befunden auf eine Aggravation zurückführen liessen. Gesamthaft liesse sich aus psychiatrischer Sicht keine anhaltenden handicapierenden Fähigkeitsstörungen objektivieren (S. 29).

im Jahr 2014, jedoch mit Besserung der depressiven Psychopathologie (S. 26). Bereits im Vorgutachten habe keine PTBS objektiviert werden können. Die Zuweisung in die Ambulanz der K.____ sei bei drohender Ausweisung aus der Schweiz erfolgt (S. 27). Aus psychiatrischer Sicht liege keine Störung von Krankheitswert vor. Die Depression sei remittiert. Eine PTBS sei psychopathologisch nicht objektivierbar. Anamnestisch könne nur eine somatoforme Schmerzstörung angegeben werden, wohingegen sich im hiesigen orthopädischen Untersuch die Diskrepanzen zwischen den berichteten Schmerzen und den objektiven somatischen Befunden auf eine Aggravation zurückführen liessen. Gesamthaft liesse sich aus psychiatrischer Sicht keine anhaltenden handicapierenden Fähigkeitsstörungen objektivieren (S. 29).

E. 16

Mai 2022 (Urk. 8/320) seien bildgebend

ein anlagebedingt enger ossärer Spinalkanal und

eine etwas zunehmende moderate breitbasige dorsale Discusprotrusion L5/S1 mit vorbestehend nach kranial migriertem subligamentär gelegenen Discusmaterial ersichtlich. Sodann zeigten sich eine moderate osteodiscoligamentäre zentrale Spinalkanalstenose

L3/4 und gering L4/5, eine moderate Rezessusstenose der Nervenwurzel L4 rechts, L5 beidseits und S1 beidseits sowie eine geringe Foramenstenose der Nervenwurzel L4 beidseits und L5 beidseits.

Unter dem Titel Beurteilung und Prozedere führten die Ärzte aus, die Beschwerden seien am ehesten im Rahmen einer schmerzhaft-sensorischen L5- und S1-Radikulopathie links bei einer Recessusstenose L4/5 und L5/S1 links zu sehen.

Hierfür würden eine Epiduralinfiltration

L5/S1 sowie eine Analgesie nach Massgabe der Beschwerden empfohlen. Bezüglich der bilateralen Schulterbeschwerden verwiesen die Ärzte auf Voruntersuchungen je vom 27. Mai 2020. Im Schulterstatus zeigten sich links wie auch rechts eine regelrechte Stellung und Artikulation, keine Fraktur oder Luxation, aber beidseits eine mässige ACG- und Omarthrose. Bei fehlendem Trauma werde eine weitere Abklärung in der Schultersprechstunde empfohlen.

E. 17

Mai 20

E. 22

sei zu entnehmen, dass keine Störung der Motorik an den Beinen und Armen vorliegen habe und die vom Beschwerdeführer angegebenen, zwangsläufig subjektiven Minderungen

der

Berührungssensibilität beider Beine nicht wirklich dermatombezogen
gewesen seien .

Die Formulierung der Diagnose schmerzhaft-sensorische L5- und S 1 -Radikulopathie links basiere denn auch , wie dies bei zu kurativen Zwecken erfol genden Untersuchungen üblich sei , unter Gegenüberstellung von objektiven Befunden gleichwertiger Einbeziehung subjektiver Beschwerdeangaben des Exploranden . Die beiden Arztberichte der Uni versitäts klinik A. ___ enthielten damit bei Vergleich mit den früheren Berichten sowie dem orthopädischen Teil gutachten von Dr. I. ___ keine wirklich neuen objektiven Befunde, welche aus versicherungsmedizinisch-orthopädischer Sicht eine andere Bewertung der funk tionellen Leistungsfähigkeit erforderten. Medizintheoretisch sei damit aus versi cherungsmedizinisch-orthopädischer Sicht von einem seit der Begutachtung unveränderten (stationären) Gesundheitszustand auszugehen. 5.

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