

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00985 vom 14. Mai 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-05-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00985](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00985)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00985 du 14 mai 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00985 del 14 maggio 2008

## Erwägungen

### E. 2

Gegen die VerfÄ¼gung vom 6. Juni 2007 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 9. Juli 2007 Beschwerde und beantragte deren Aufhebung sowie die Gutheissung seines Leistungsbegehrens. Eventualiter sei die Sache zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurÄ¼ckzuweisen. Zudem sei ihm die unentgeltliche ProzessfÄ¼hrung zu gewÄ¼hren sowie Rechtsanwalt Eric Stern als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu bestellen (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 13. September 2007 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), worauf mit VerfÄ¼gung vom 27. November 2007 der Schriftenwechsel geschlossen wurde (Urk. 15).

Das Gericht zieht in ErwÄ¼gung:

#### 1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

1.1Ä Ä Ä Ä Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes Ä¼ber die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung Ä¼ber die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes Ä¼ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz Ä¼ber die Schaffung und die Ä¼nderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Ä¼bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen fÄ¼hrende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene VerfÄ¼gung am 6. Juni 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

1.2Ä Ä Ä Ä InvaliditÄ¼t ist die voraussichtlich bleibende oder lÄ¼ngere Zeit dauernde ganze oder teilweise ErwerbsunfÄ¼higkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die InvaliditÄ¼t kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). ErwerbsunfÄ¼higkeit ist der durch BeeintrÄ¼chtigung der kÄ¼rperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der ErwerbsmÄ¼glichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

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 261 Erw. 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 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

1.4. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

1.5. In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

2. **2.1**

### **E. 2.1**

Streitig und zu prüfen ist das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens beim Beschwerdeführer.

### **E. 2.2**

In der anspruchsverneinenden Verfügung vom 6. Juni 2007 (Urk. 2) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass beim Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege, weshalb auch kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne des IVG gegeben sei (Urk. 2).

Ihren Entscheid stützte die Beschwerdegegnerin auf das polydisziplinäre Gutachten des G. \_\_\_ vom 8. September 2006 (Urk. 2 S. 2 oben).

### **E. 2.3**

Der Beschwerdeführer machte dagegen - unter Hinweis auf seinen Hausarzt Dr. med. A. \_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin FMH - geltend, es liege sehr wohl ein invalidisierender Gesundheitsschaden vor (Urk. 2 S. 3 Mitte, Urk. 3). Die Beschwerdeführerin habe zu Unrecht auf das G. \_\_\_-Gutachten abgestellt, da dieses sich lediglich auf einen Bericht von Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stütze und in keiner Weise den Anforderungen, welche an ein Gutachten praxistypisch gestellt werden müssten, entspreche. Dr. B. \_\_\_ habe weder dargelegt, wie er zu seinen Befunden und seiner Beurteilung gelangt sei, noch sei ersichtlich, auf welche Akten er sich stütze und welche Abklärungen er persönlich durchgeführt habe (Urk. 1 S. 3 unten). Dr. B. \_\_\_ habe sich keineswegs mit der gesamten körperlichen und seelischen Problematik des Beschwerdeführers auseinandergesetzt (Urk. 1 S. 4 unten). Zudem fehle eine Auseinandersetzung mit dem Bericht von Dr. A. \_\_\_, welcher dem

Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiere (Urk. 1 S. 5 oben).

Die Beschwerdegegnerin habe ihm den Anspruch auf geeignete Abklärung verwehrt, indem sie eine Ergänzung des Gutachtens beziehungsweise eine erneute - neutrale und unabhängige - Begutachtung verweigert habe (Urk. 1 S. 3 oben, Urk. 3). Die angefochtene Verfügung basiere somit klar auf ungenügenden Abklärungen (Urk. 1 S. 5 unten).

### **E. 3.1**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für innere Medizin, Pneumologie, Stadtspital I.\_\_\_\_, führte beim Beschwerdeführer im September 1997 eine pneumologische Abklärung durch. In seinem Bericht vom 15. Oktober 1997 nannte er folgende Diagnosen (Urk. 9/16/12):

- leichtes bis mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-/Hypopnoesyndrom Einleitung einer CPAP-Heimtherapie
- chronische Bronchitis mit zum Teil blutigem Auswurf
- Status nach Lungentuberkulose
- Adipositas
- Verdacht auf Femoropatellararthrose beidseits
- Verdacht auf arterielle Hypertonie
- Status nach multiplen Rippenfrakturen (Autounfall)

Das grösste Problem des Beschwerdeführers sei die Arbeitslosigkeit. Aufgrund der pulmonalen Situation könne keine Invalidität attestiert werden (Urk. 9/16 S. 13).

### **E. 3.2**

Dr. A.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer seit Juli 2001 behandelt, nannte in seinem Bericht vom 15. Dezember 2004 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/12/5 lit. A):

- Diabetes mellitus Typ II mit Visus von lediglich noch 20 %
- arterielle Hypertonie
- Depression
- Schlafapnoesyndrom
- chronisch-obstruktive Lungenerkrankung

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Hyperlipidämie (Urk. 9/12/5 lit. A).

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit attestierte Dr. A.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 9. Dezember 2002 (Urk. 9/12/5 lit. B). Dem Beschwerdeführer sei überhaupt keine Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 9/12/4). Dieser sei nicht mehr in den Arbeitsprozess integrierbar (Urk. 9/12/6).

### **E. 3.3**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Ophthalmologie, untersuchte den Beschwerdeführer im Januar 2003 konsiliarisch. In seiner Stellungnahme vom 11. Januar 2005 führte er aus,

er habe für die schlechte, zentrale Sehstärke des Beschwerdeführers keine plausible Erklärung finden können, ausser einer massiven Aggravationstendenz. Er habe dem Beschwerdeführer weitere Abklärungen in der Augenklinik des Universitätsspitals empfohlen (Urk. 9/13/5).

Den entsprechenden Untersuchungen hat sich der Beschwerdeführer jedoch nie unterzogen (Urk. 9/14/1).

### **E. 3.4**

Dr. C.\_\_\_\_, bei dem der Beschwerdeführer von 1997 bis 2002 sowie im Januar 2005 in Behandlung war, nannte in seinem Bericht vom 2. Februar 2005 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/16/1 lit. A):

- leichtes chronisch-obstruktives Schlafapnoe-/Hypopnoesyndrom, Müdigkeit bei Verdacht auf zusätzlich depressive Entwicklung
- anamnestisch Hypercholesterinämie und Diabetes mellitus
- chronische Bronchitis, Status nach Hämoptoe 1997
- Schmerzsyndrom
- Schmerzen in den Fingergrundgelenken beidseits
- Schmerzen im linken Knie
- Schmerzen im rechten Fussgelenk nach Fraktur

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. C.\_\_\_\_ einen Status nach Lungentuberkulose, Adipositas, Hyperurikämie sowie einen Status nach multiplen Rippenfrakturen (Urk. 9/16/1 lit. A).

Gemäss Dr. C.\_\_\_\_ bestehe von kardiopulmonaler Seite eine nur leichte Einschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit. Die CPAP-Heimtherapie sei per 1. Februar 2005 gestoppt worden. Es werde jedoch nahezu unmöglich sein, für den Patienten einen geeigneten Arbeitsplatz zu finden (Urk. 9/16/3).

Dem Beschwerdeführer sei ab 2. Februar 2005 eine behinderungsangepasste Tätigkeit ganztags zumutbar (Urk. 9/16/5).

### **E. 3.5**

Am 8. September 2006 erstatteten Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, sowie Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Innere Medizin, G.\_\_\_\_, ein Gutachten zu Handen der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/21). Dieses basierte auf den vorhandenen Akten (Urk. 9/21 S. 1 f.), den Angaben des Beschwerdeführers (Urk. 9/21 S. 2 ff.), den anlässlich der Untersuchungen vom 26. Juni, 3. Juli und 7. Juli 2006 erhobenen Befunden (Urk. 9/21 S. 5 ff.) sowie auf einem rheumatologischen (Urk. 9/21 S. 7 ff.) und einem psychiatrischen (Urk. 9/21 S. 12 f.) Konsilium.

Die G.\_\_\_\_-Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/21/14 Ziff. 4):

- Periarthropathia humeroscapularis tendomyotica und Brachialgie links mit/bei:
- muskulärer Dysbalance und Ansatzentdosen am Coracoid
- Funktionseinschränkung glenohumeral und scapulothoracal

- Kettentendomyosen linker Arm
- referred pain Symptomatik, ausgehend vom Coracoid und Infraspinatus ohne Hinweise für ein neurogenes Kompressionssyndrom

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (Urk. 9/21/14 Ziff. 4):

- Dysthymia
- Metabolisches Syndrom mit/bei:
  - Adipositas Grad I
  - Diabetes mellitus Typ 2
  - Dyslipidämie
  - arterieller Hypertonie
- Status nach obstruktivem Schlafapnoesyndrom mit/bei:
  - Status nach CPAP-Therapie
- Nikotinabusus (34py)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der zusammenfassenden Beurteilung wurde festgehalten, die Beweglichkeit des linken Schultergelenkes sei schmerzhaft eingeschränkt, wobei glenohumeral wahrscheinlich durch eine Kapselschrumpfung bedingt und scapulothoracal durch eine schmerzhaft adherente Gleitfläche. Im Schultergürtel beständen muskuläre Verspannungen, die vom Musculus infraspinatus zu Ausstrahlungen in den linken proximalen Vorderarmbereich führten. Dasselbe bewirkten schmerzhafte Ansatzentzündungen am Coracoid, von wo aus die Ausstrahlungen in den linken Kleinfinger ausgelöst werden könnten. Beides stelle sich im Sinne einer klassischen referred pain Symptomatik dar. Radiologisch finde sich in der Coracoidspitze aspektmäßig ein geringgradig disloziertes Knochenfragment. Die weitere artikulare Prüfung der Ellenbogen, der Handgelenke und der Gelenke der unteren Extremitäten sowie der Wirbelsäule sei bland. Neurologisch ergäben sich auf keiner Höhe Hinweise für eine radikuläre Symptomatik oder ein Karpaltunnelsyndrom (Urk. 9/21 S. 15 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kellner bestehe aus rheumatologischer Sicht wegen der verminderten Belastbarkeit des linken Armes bezüglich Flexion im Ellbogen und Elevation oder Rotation in der linken Schulter eine qualitative Einschränkung der Belastbarkeit. In einem Speiserestaurant mit häufigem Tragen schwererer Platten oder mehrerer Teller links (der Beschwerdeführer sei Rechtshänder) könne aus rein rheumaorthopädischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 30 % angegeben werden. Für eine körperlich leichte Tätigkeit in diesem Beruf (z.B. in einem Cafe) oder für eine adaptierte Tätigkeit ohne häufige Überkopfarbeiten und/oder repetitive Kraftanstrengungen im Schultergürtel elevatorischer oder rotatorischer Art sowie Tätigkeiten, welche eine freie Schulterbeweglichkeit voraussetzten, bestehe von Seiten des Bewegungsapparates keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/21 S. 15 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei der internistischen Untersuchung hätten die erhobenen Blutdruckwerte nicht bestätigt werden können (vgl. auch Urk. 9/21 S. 6). Der Diabetes

mellitus sei vollkommen ungenügend eingestellt. Trotz einer hoch dosierten Statintherapie bestehe nach wie vor eine Dyslipidämie. Klinisch fanden sich zur Zeit keine Zeichen von diabetischen Spätkomplikationen. Das früher dokumentierte Schlafapnoesyndrom bestehe seit der Gewichtsreduktion nicht mehr. Der Visus sei grob geprüft links um die Hälfte und rechts um 80 % eingeschränkt, wobei für diese Visusverminderung keine ophthalmologische Ursache habe gefunden werden können. Die internistischen Diagnosen hätten global gesehen keinen zusätzlichen Einfluss auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/21 S. 16 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus rheumatologischer Sicht würden physiotherapeutische Massnahmen zur Schultermobilisation links sinnvoll sein, seien aber aufgrund der fehlenden Motivation des Beschwerdeführers nicht erfolgsversprechend. Zur Verhinderung späterer diabetischer oder kardiovaskulärer Komplikationen (die dann durchaus einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben könnten) sei unbedingt eine Intensivierung der medikamentösen Therapie beziehungsweise eine Umstellung auf Insulin zu empfehlen (Urk. 9/21 S. 17 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychiatrischer Sicht könne eine dysthyme psychische Störung diagnostiziert werden. Es lägen jedoch keine nennenswerten kognitiven Störungen oder ein ausgeprägter Antriebsmangel vor, weswegen aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne (Urk. 9/21 S. 16 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für eine behinderungsangepasste Tätigkeit, die nicht mit Tragen und Heben von Lasten über 15 kg verbunden sei, ■berkopfarbeiten ausschliesse und in wechselbelastenden Positionen durchgeführt werden könne, nicht eingeschränkt. Auch die angestammte Tätigkeit als Kellner sei mit der beschriebenen qualitativen Einschränkung zu 100 % zumutbar (Urk. 9/21 S. 17 oben).

#### **E. 4.1**

Das G.\_\_\_\_-Gutachten vom 8. September 2006 mit rheumatologischem und psychiatrischem Konsilium beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen. Ferner berücksichtigt es die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers (Urk. 9/21 S. 2-5) und setzt sich mit diesem sowie dessen Verhalten umfassend auseinander. Es wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben (Urk. 9/21 S. 1 f.), leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die darin gezogenen Schlussfolgerungen der Experten sind nachvollziehbar begründet. Das Gutachten erfüllt somit alle erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. vorstehend Erw. 1.4), weshalb den darin enthaltenen Ausführungen voller Beweiswert zukommt.

4.2 Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer bringt vor, das Gutachten sei nur von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_, beides Fachärzte FMH für Innere Medizin, unterzeichnet worden (Urk. 1 S. 3 unten). Dieser Vorwurf verkennt, dass das Gutachten gemeinsam mit den beteiligten Fachärzten erarbeitet wurde und diese sich ausdrücklich damit einverstanden erklärten (Urk. 9/21 S. 14 Ziff. 5). Ferner wurden die fachspezifischen Berichte von Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_, jeweils von den Spezialisten unterzeichnet, dem Gutachten angefügt (Urk. 9/21/20-22, Urk. 9/21/23-27). Zudem wurden diese ungekürzt und

unverändert in das Hauptgutachten integriert. Schliesslich wurde für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf die nachvollziehbaren Schlussfolgerungen der Konsiliarärzte abgestellt.

Der Umstand, dass das Hauptgutachten lediglich von Dr. E. \_\_\_ und Dr. F. \_\_\_ unterzeichnet wurde, vermag folglich dessen Beweiskraft nicht in Frage zu stellen, würde doch die zusätzliche Unterzeichnung durch die konsultierten Experten vorliegend eine blosser Formalität darstellen.

4.3 Der Beschwerdeführer bringt vor, das G. \_\_\_-Gutachten stütze sich einzig auf einen Bericht von Dr. B. \_\_\_, welcher sich in keiner Weise mit der gesamten körperlichen und seelischen Problematik auseinandergesetzt habe (Urk. 1 S. 3 unten).

Mit diesem Einwand verkennt der Beschwerdeführer, dass es sich beim Bericht von Dr. B. \_\_\_ lediglich um einen Teilaspekt des Gutachtens handelt. Anlässlich der medizinischen Abklärungen im G. \_\_\_ wurde der Beschwerdeführer polydisziplinär begutachtet, wobei sämtliche psychischen wie auch somatischen Beschwerden berücksichtigt und umfassend untersucht wurden.

4.4 Die anlässlich der Begutachtung gestellten Diagnosen stimmen im Wesentlichen mit denjenigen von Dr. C. \_\_\_ (Urk. 9/16/12, Urk. 9/16/1) sowie Dr. A. \_\_\_ (Urk. 9/12/5) überein. Zusätzlich wurde eine Periarthopathia humeroscapularis tendomyotica mit Brachialgie links diagnostiziert.

Bezüglich der Auswirkung dieser diagnostizierten Leiden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zeigt sich jedoch eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Spezialisten und derjenigen des Hausarztes Dr. A. \_\_\_.

4.5 Zur Begründung des Vorliegens eines invaliditätsrelevanten Gesundheitsschadens verweist der Beschwerdeführer auf den Bericht seines Hausarztes, Dr. A. \_\_\_, welcher ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte. Nach Ansicht des Hausarztes sei dem Beschwerdeführer keinerlei Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 9/12/4). Als Begründung für diese vollständige Arbeitsunfähigkeit nannte Dr. A. \_\_\_ lediglich verschiedene Diagnosen, ohne sich jedoch näher zu deren konkreten Auswirkungen auf eine Erwerbstätigkeit des Beschwerdeführers zu äussern (Urk. 9/12/5 lit. A, Urk. 9/12/6).

Sämtliche Fachärzte attestierten dem Beschwerdeführer dagegen - teilweise in angepasster Tätigkeit - eine vollständige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/15/2; Urk. 9/15/13; Urk. 9/16/5; Urk. 9/21 S. 17 f.). Angesichts des erheblichen Widerspruchs der hausärztlichen Einschätzung zu den fachärztlichen Beurteilungen hätte der abweichende Bericht von Dr. A. \_\_\_ einer besonders eingehenden Begründung bedurft. Stattdessen beschränkte sich dieser jedoch auf pauschale Vorbringen bezüglich der von ihm diagnostizierten Leiden des Beschwerdeführers.

Dr. A. \_\_\_ hielt in seinem Bericht unter anderem fest, der Diabetes mellitus sowie die arterielle Hypertonie des Beschwerdeführers seien schlecht eingestellt (Urk. 9/12/6). Das wurde bezüglich des Diabetes mellitus durch die begutachtenden Ärzte des G. \_\_\_ bestätigt (Urk. 9/21/16 oben, Urk. 9/21/17 Mitte). Eine Hypertonie konnte anlässlich der Begutachtung nicht festgestellt werden (Urk. 9/21/6, Urk. 9/21/16 oben).

Anlässlich der Konsiliaruntersuchung stellte Dr. B. \_\_\_ fest, der Beschwerdeführer sei augenscheinlich nur begrenzt bereit, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen und

verfüge über wenig Motivation, sein Leben zu verändern (Urk. 9/21 S. 22). Diese Beobachtung machte auch Dr. H. \_\_\_ anlässlich der rheumatologischen Exploration. Dieser befand spezifische physiotherapeutische Massnahmen zur Schultermobilisation links als sinnvoll, merkte jedoch an, dass diese an der Motivation des Beschwerdeführers scheitern dürften (Urk. 9/21 S. 27).

Nach dem Grundsatz der Selbsteingliederung (BGE 113 V 28 Erw. 4a) hat der Versicherte von sich aus das ihm Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beizutragen, in erster Linie durch Ausschöpfung sämtlicher medizinischer Behandlungs- sowie weiterer therapeutischer Möglichkeiten (BGE 127 V 298 Erw. 4b cc).

Sowohl die begutachtenden Ärzte des G. \_\_\_ als auch der behandelnde Arzt stellten fest, der Diabetes mellitus sei sehr schlecht eingestellt. Die diesbezügliche gesundheitliche Problematik des Beschwerdeführers liesse sich somit durch eine Optimierung der Medikation verbessern, was auch durch die Spezialisten des G. \_\_\_ empfohlen wird (Urk. 9/21 S. 17 Mitte). Ebenso hätte es der Beschwerdeführer in der Hand, mittels physiotherapeutischer Massnahmen eine Verbesserung seiner Schulterbeschwerden herbeizuführen. Im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht hat sich der Beschwerdeführer deshalb den entsprechenden therapeutischen Massnahmen zu unterziehen, um so seinen Gesundheitszustand zu verbessern.

Dr. A. \_\_\_ attestierte weiter ein Schlafapnoesyndrom sowie eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, welche seiner Einschränkung nach ebenfalls limitierend sei, ohne sich jedoch detaillierter dazu zu äussern, inwiefern sich diese Diagnosen konkret auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken (Urk. 9/12/5 lit. A, Urk. 9/12/6).

Gemäss dem Facharzt für Pneumologie, Dr. C. \_\_\_, besteht aus kardiopulmonaler Sicht lediglich eine leichte Einschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit (Urk. 9/16/3). Eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer ganztags zumutbar (Urk. 9/16/5). Bereits in seinem Bericht vom 15. Oktober 1997 hielt Dr. C. \_\_\_ fest, von Seiten der pulmonalen Situation könne keine Invalidität attestiert werden, das Hauptproblem des Beschwerdeführers sei die Arbeitslosigkeit (Urk. 9/16/13).

Der Beurteilung durch den Facharzt als Spezialisten kommt gegenüber derjenigen des Hausarztes als Allgemeinpraktiker ein erhöhtes Gewicht zu. Es ist deshalb davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Anlässlich der Begutachtung im G. \_\_\_ wurde zudem ebenfalls eine Lungenfunktionsprüfung durchgeführt, welche unauffällig war (Urk. 9/21/7).

Dr. A. \_\_\_ diagnostizierte beim Beschwerdeführer eine Depression (Urk. 9/12/5 lit. A, Urk. 9/12/6), wobei er sämtliche psychischen Funktionen als eingeschränkt beurteilte, dabei jedoch keinerlei detailliertere Angaben zur Art der Einschränkung machte (Urk. 9/12/4).

Dr. B. \_\_\_ diagnostizierte dagegen eine dysthyme psychische Störung ohne kognitive Störungen oder einen ausgeprägten Antriebsmangel, weshalb aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege (Urk. 9/21/22).

In seinem Bericht findet sich eine umfassende Auseinandersetzung mit den Angaben und der Vorgeschichte des Beschwerdeführers. So weist Dr. B. \_\_\_ mitunter auf einen möglicherweise auslösenden Trauerfall (Tod des ersten Sohnes im Jahr 1986; vgl. Urk. 9/21/20) mit anschliessender depressiver Reaktion hin (Urk. 9/21/22).

4.6. Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens setzt voraus, dass eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem vorliegt (BGE 131 V 51 Erw. 1.2). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich als nicht relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte. Das Mass des Vorderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 50 Erw. 1.2).

Dr. B. stellte als Facharzt die Diagnose einer dysthymen psychischen Störung gemäss ICD 10: F34.1. Fraglich ist somit, inwieweit es dem Beschwerdeführer trotz dieses psychischen Leidens zumutbar ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

Der Beschwerdeführer wies anlässlich der psychiatrischen Exploration in erster Linie auf seine Vergesslichkeit hin, welche ihm die Wiederaufnahme seiner Tätigkeit als Kellner verunmögliche. Zugleich bestätigte er auf Nachfrage hin jedoch, dass es anlässlich des letzten Arbeitsversuchs kein Problem gewesen sei, wenn er die Bestellungen der Gäste aufgeschrieben habe (Urk. 9/21 S. 21 Mitte). Somit steht aber fest, dass die Schwierigkeiten bezüglich der Vergesslichkeit sich auch in der angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers mit geringem Aufwand überwinden lassen.

Bei der Begutachtung gab dieser an, sich bei schönem Wetter meist im Schwimmbad aufzuhalten, regelmässig zu schwimmen und Fahrrad zu fahren. Des Weiteren beständen gute soziale Kontakte zur Nachbarschaft (Urk. 9/21/3, Urk. 9/21/21 oben, Urk. 9/21/26 unten). Diese Aktivitäten lassen darauf schliessen, dass die Antriebslosigkeit des Beschwerdeführers nicht derart ausgeprägt ist, dass er sich vollkommen vom sozialen Leben zurückzieht. Gründe, weshalb es ihm ausnahmsweise nicht zumutbar sein sollte, seine Dysthymie zu überwinden und einer Arbeit nachzugehen, sind keine ersichtlich.

4.7. Entgegen der Vorbringen des

Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4 Mitte) finden sich in Dr. B.'s Bericht keinerlei Hinweise auf eine Voreingenommenheit. Lediglich aufgrund der Aussage, beim Beschwerdeführer bestehe eine selbstlimitierende Grundhaltung bezüglich der Arbeits-Reintegration (Urk. 9/21 S. 21 unten), lässt sich jedenfalls nicht auf eine solche schliessen.

Die Beurteilung durch Dr. B. beruht auf einer genügenden Anamnese sowie der Befundaufnahme. Der Vorwurf, aufgrund der sprachlichen Kommunikation - das sprachliche Ausdrucksvermögen des Beschwerdeführers sei sehr begrenzt, zumal in der deutschen Sprache - sei es fachlich inakzeptabel, ein abschliessendes Urteil zu fällen, ist nicht zu halten, wurde doch anlässlich der Exploration ein Dolmetscher beigezogen (Urk. 9/21 S. 21 oben).

4.8. Die vom G.-Gutachten abweichende Beurteilung durch Dr. A. ist insofern nachvollziehbar, als es sich bei ihm um den Hausarzt des Beschwerdeführers handelt. Bei der Würdigung seines Arztberichtes ist deshalb der Tatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte, aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung, erfahrungsgemäss eher geneigt sind, eine dem Patienten entgegenkommende Beurteilung bezüglich der Arbeitsfähigkeit abzugeben (vorstehend Erw. 1.5).

Insgesamt fehlt der Einschätzung einer völligen Leistungsunfähigkeit durch Dr. A.\_\_\_\_ jedoch eine nachvollziehbare Begründung. Er führt lediglich Diagnosen an, ohne weiter auszuführen, weshalb dem Beschwerdeführer aufgrund dieser keinerlei Tätigkeit mehr zumutbar sein soll. Folglich kann nicht auf sein Bericht abgestellt werden.

Das G.\_\_\_\_-Gutachten ist dagegen umfassend und in seinen Schlussfolgerungen nachvollziehbar.

4.9 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Schlüssigkeit des G.\_\_\_\_-Gutachtens durch die Vorbringen des Beschwerdeführers und den Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ nicht in Frage gestellt wird. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist folglich darauf abzustellen. Somit ist von einer 30%igen Einschränkung in der angestammten Tätigkeit als Restaurantkellner auszugehen (Urk. 9/21/17).

In ihrer Verfügung vom 6. Juni 2007 ist die Beschwerdegegnerin deshalb zu Recht davon ausgegangen, dass beim Beschwerdeführer kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. Demzufolge ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

#### **E. 5.1**

Entgegen der Vorbringen des Beschwerdeführers basiert der Entscheid der Beschwerdegegnerin keineswegs auf ungenügenden Abklärungen. Der Beschwerdeführer wurde polydisziplinär abgeklärt und sämtliche von ihm vorgebrachten Beschwerden wurden bei der Begutachtung - unter Beizug der gesamten Vorakten - berücksichtigt. Das G.\_\_\_\_-Gutachten ist vollständig und entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen. Folglich besteht kein Anlass für eine erneute Begutachtung.

#### **E. 5.2**

Der Beschwerdeführer wurde mit Schreiben vom 21. März 2005 davon in Kenntnis gesetzt, dass eine medizinische Abklärung notwendig sei und diese im G.\_\_\_\_ durchgeführt werde. Triftige Einwendungen gegen die begutachtende Person und allfällige Gegenvorschläge seien innert 10 Tagen einzureichen (Urk. 9/17/1).

Der Beschwerdeführer hätte folglich die Möglichkeit gehabt, im Vorfeld der Begutachtung Einwände gegen die begutachtende Stelle vorzubringen. Dies hat er unterlassen. Folglich ist er mit seinen diesbezüglichen Vorbringen nicht zu hören.

#### **E. 5.3**

Auch der Vorwurf des Beschwerdeführers, die Beschwerdeführerin habe eine Ergänzung des Gutachtens verweigert (Urk. 1 S. 5), greift ins Leere, hätte er anlässlich der Begutachtung doch Gelegenheit gehabt, Ergänzungsfragen zu stellen.

5.4 Abschliessend ist festzuhalten, dass keine Anhaltspunkte vorliegen, welche die Objektivität des G.\_\_\_\_-Gutachtens in Frage zu stellen vermögen. Aufgrund der polydisziplinären Begutachtung besteht zudem kein Anlass für die Durchführung weiterer medizinischer Abklärungen.

#### **E. 6.1**

Der Beschwerdeführer beantragte die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2).

### **E. 6.2**

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 47, 100 V 62, 98 V 117).

### **E. 6.3**

Die unentgeltliche Rechtspflege kann nur gewährt werden, wenn die Rechtsvorkehr nicht aussichtslos ist. Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten (ex ante betrachtet; BGE 124 I 304 E. 2c S. 307) beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen finanziellen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde; eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 129 I 129 E. 2.3.1 S. 135; 128 I 225 E. 2.5.3 S. 235).

### **E. 6.4**

Der Beschwerdeführer machte geltend, das G.\_\_\_\_-Gutachten entspreche in keinsten Weise den Anforderungen an ein Gutachten (Urk. 1 S. 3 unten, Urk. 1 S. 5).

Fest steht jedoch, dass das vorliegende Gutachten umfassend ist, in Kenntnis der Vorakten erstellt wurde, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden sowie das Verhalten des Beschwerdeführers berücksichtigt, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Expertise begründet sind. Somit erfüllt es zweifellos alle Anforderungen, welche die Praxis an ein Gutachten stellt (vgl. Erw. 1.4).

Es ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die Rechtsprechung zur Würdigung eines Gutachtens sowie des Berichts eines Hausarztes bekannt ist, verweist er doch immer wieder auf die Anforderungen, welche praxisgemäss an ein Gutachten gestellt werden.

Folglich musste ihm aber bewusst sein, dass an der vollen Beweiskraft des G.\_\_\_\_-Gutachtens keine Zweifel bestehen und auf dieses abzustellen ist.

Des Weiteren erachteten sämtliche Fachärzte den Beschwerdeführer - teilweise in einer angepassten Tätigkeit - als voll arbeitsfähig (Urk. 9/13/5; Urk. 9/15/2; Urk. 9/15/13; Urk. 9/16/5; Urk. 9/21/17-18). Einzig sein Hausarzt bescheinigte ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ohne diese jedoch näher zu begründen.

Angesichts dieser Ausgangslage konnte der Beschwerdeführer nicht ernsthaft damit rechnen, mit seinen Argumenten durchzudringen.

Ergänzend sei noch darauf hingewiesen, dass der Rechtsdienst des Sozialdepartements der Stadt I.\_\_\_\_ bereits im Vorverfahren die Vertretung des Beschwerdeführers zufolge Aussichtslosigkeit eines allfälligen Einwandes abgelehnt hatte (Urk. 9/31). Dies ist ein

weiteres Indiz dafür, dass dem Beschwerdeführer die geringen Erfolgchancen seines Begehrens bewusst sein mussten.

Da die Gewinnaussichten folglich beträchtlich geringer waren als die Verlustgefahren, erweist sich die Beschwerde als aussichtslos. Das Begehren um unentgeltliche Prozessführung wird deshalb abgewiesen.

Auch das Begehren um Einsetzung von Rechtsanwalt Eric Stern als unentgeltlicher Rechtsbeistand wird zufolge Aussichtslosigkeit abgewiesen.

7. Die Kosten des Verfahrens sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen.

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung und unentgeltliche Prozessführung wird abgewiesen.

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Eric Stern

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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).

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