

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01065 vom 19. April 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-04-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.01065](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.01065)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01065 du 19 avril 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01065 del 19 aprile 2011

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Hiergegen liess der Versicherte, vertreten durch Fürsprecher Roland Padrutt, mit Eingabe vom 2. November 2009 beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Beschwerde erheben mit dem Rechtsbegehren um Aufhebung des angefochtenen Entscheids und Rückweisung der Angelegenheit an die Verwaltung (Urk. 1; samt Beilagen [Urk. 3/3-5, 4]). Ferner beantragte er die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung, welche ihm mit Verfügung vom 20. Januar 2010 für das Beschwerdeverfahren gewährt wurde (Urk. 14).

2.2. Die IV-Stelle schloss in ihrer Vernehmlassung vom 1. Dezember 2009 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7; samt Aktenbeilage [Urk. 8/1-67]). Am 3. Mai 2010 erfolgte nach mehrmaliger Fristerstreckung (Urk. 16, 18) die Erstattung der Replik (Urk. 19); am 12. Mai 2010 teilte die Verwaltung den Verzicht auf Duplik mit (Urk. 22), wovon dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 14. Mai 2010 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 23).

2.3. Auf gerichtliche Einladung vom 16. März 2011 (Urk. 24) reichte Fürsprecher Padrutt gleichentags seine Honorarnote ein (Urk. 25/1-3) und veranschlagte die beanspruchte Entschädigung für seine Tätigkeit und Auslagen auf Fr. 2'825.60 (= 8.4 Stunden Arbeitsaufwand  Fr. 250.-- und Fr. 526.-- Barauslagen, zuzüglich 7.6 % Mehrwertsteuer [MWSt]).

### E. 3

3.1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung 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 übergangsrechtliche 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 führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 25. September 2009 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht

rechtskräftig verhängt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 [I 428/04] Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2009 [8C\_76/2009] Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

3.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.3 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

3.4 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

- a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;
- b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und
- c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente,

bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

3.5 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

3.6 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verkündungserlass respektive bis zum Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind. Bevor die Verwaltung über einen Leistungsanspruch befindet, muss sie daher prüfen, ob allenfalls in der dem Rentenbeginn folgenden Zeit eine erhebliche Veränderung der hypothetischen Bezugsgrössen eingetreten ist. Gegebenenfalls hat sie vor ihrem Entscheid einen weiteren Einkommensvergleich durchzuführen (BGE 129 V 223 f. Erw. 4.2, 128 V 174, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 26. Mai 2003, [I 156/02]).

3.7 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).

3.8 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden

berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1, 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

#### E. 4

4.1 Dr. med. W.\_\_\_\_ vom MRI Zentrum S.\_\_\_\_ erhob am 12. September 2006 bei klinischer Diagnose eines vor allem radikulären LVSD links den radiologischen Befund einer Osteochondrose und einer rechtsbetonten medialen lateralen Diskusherniation L5/S1, jedoch ohne signifikante Kompression der Nervenwurzeltaschen (Urk. 8/2/3).

4.2 Gemäss Kurzaustrittsbericht vom 30. November 2006 des Spitals A.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, litt der Beschwerdeführer an einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom beidseits mit/bei Osteochondrose und kleiner Diskushernie L5/S1 rechts, teils intraforaminal, ohne neurale Kompression (MRI vom November 2006). Aus rheumatologischer Sicht war der Beschwerdeführer als Kranke vom 4. bis 31. Dezember 2006 zu 50 % arbeitsunfähig, danach wurde eine langsame Steigerung der 50%igen Arbeitsfähigkeit empfohlen (Urk. 8/2/2). Dem zusammenfassenden Bericht vom 11. Dezember 2006 (gezeichnet von Dr. med. B.\_\_\_\_, Oberärztin, und Dr. med. C.\_\_\_\_, Assistenzärztin) kann entnommen werden, dass klinisch-neurologische, anamnestische, laborchemische und ergotherapeutische Abklärungen getroffen wurden und eine psychologische Beurteilung stattfand. Bei im übrigen gleichlautender Diagnose wurde neu ein Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung festgehalten. Die Ärztinnen erachteten die Alltagsfunktionalität aus rheumatologischer Sicht als leichtgradig eingeschränkt und empfahlen, das Heben und Tragen schwerer Lasten zu unterlassen (Urk. 8/11/18-24). Zu Handen der IV-Stelle hielt Dr. med. D.\_\_\_\_, Leitender Arzt, in einem im Juni/Juli 2007 erstatteten Bericht an der Haupt- wie auch an der Verdachtsdiagnose fest und postulierte erneut einen langsamen Ausbau der bis 31. Dezember 2006 geltenden 50%igen Arbeits(un)fähigkeit, da sich aus rheumatologischer Sicht kein zwingender Grund für eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit ergebe (Urk. 8/10/7).

4.3 Am 18. April 2007 verwies Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, den Beschwerdeführer mit der Diagnose eines chronifizierten Schmerzsyndroms und einer nicht kompressiven, intraforaminalen Diskushernie L5/S1 rechts in die Schmerzprechstunde der Rheumaklinik des Spitals F.\_\_\_\_ (Urk. 8/11/25). Zu Handen der IV-Stelle konstatierte Dr. E.\_\_\_\_ am 29. Juni 2007 ein chronifiziertes lumbospondylogenes, intermittierendes und möglicherweise lumboradikuläres Reizsyndrom rechts mit intraforaminaler Diskushernie L5/S1 rechts ohne Neurokompression (MRI vom 11. September und 22. November 2006) bei Schmerzausweitungstendenz und beginnender Dekonditionierung. Bezüglich Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verwies er auf eine anstehende

arbeitsbezogene Rehabilitation im Spital F.\_\_\_\_ (Urk. 8/9/7). In einem weiteren Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 14. Januar 2008 hielt Dr. E.\_\_\_\_ ein chronifiziertes lumbospondylogenes, teilweise radikuläres Schmerzsyndrom rechts bei intraforaminaler Diskushernie L5/S1 und Osteochondrose (MRI vom 22. Januar 2006), Fehllhaltung und Schmerzpräsentationsveränderung sowie Adipositas fest und verwies bezüglich Anamnese und aktueller Beurteilung auf die Berichte des Spitals F.\_\_\_\_ und des Spitals A.\_\_\_\_ (Urk. 8/24/7).

4.4. Am 15. Mai 2007 wurde der Beschwerdeführer in der Schmerzprechstunde des Spitals F.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, abgeklärt. In ihrem Bericht vom 23. Mai 2007 stellten Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Assistenzärztin, ein chronifiziertes lumbospondylogenes, intermittierendes mögliches lumboradikuläres Reizsyndrom rechts mit/bei radiologisch nachgewiesener intraforaminaler Diskushernie L5/S1 rechts ohne Neurokompression (MRI vom 11. September und 22. November 2006) sowie eine Schmerzausweitungstendenz fest, worauf der Beschwerdeführer zu einer arbeitsbezogenen Rehabilitation aufgeboten wurde (Urk. 8/9/8-9, 8/15/18-19).

4.5. Am 14. und 18. Juni 2007 wurde am Spital F.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, ein Arbeitsassessment inklusive Basistests durchgeführt. Die aktive Diagnose lautete auf ein chronifiziertes lumbospondylogenes, möglicherweise intermittierend lumboradikuläres Syndrom rechts bei intraforaminaler Diskushernie L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts und Osteochondrose L5/S1 (MRI LWS vom 11. September und 22. November 2006), ferner bei Fehllhaltung (leichte Inklinationshaltung, vermehrte Beckenkipfung, Kopfprotraktion) und Schmerzpräsentationsstörung; ferner auf Adipositas (BMI 32.4 kg/m<sup>2</sup>). In der zusammenfassenden Beurteilung wurde festgehalten, der Beschwerdeführer zeige bei den Tests ungenügende Leistungsbereitschaft bei minimal demonstrierter Belastbarkeit, deutlicher Selbstlimitierung und zahlreichen Inkonsistenzen, womit eine Beurteilung des arbeitsbezogenen Problems nicht möglich sei und von einer ambulanten arbeitsbezogenen Rehabilitation abgesehen werden müsse. Bezüglich Arbeitsfähigkeit und Arbeitsanforderungen in der bisherigen Tätigkeit als Kranführer konnten aus den nennlichen Gründen keine sicheren Aussagen über die Fähigkeiten oder Defizite des Beschwerdeführers gemacht werden, jedoch ergaben sich aus rheumatologischer Sicht bei Bodenbedienung des Krans medizinisch-theoretisch keine Einschränkungen. Sodann wurden mittelschwere Tätigkeiten in Form von Hilfsarbeiten auf dem Bau mit Hantieren von Lasten bis 25 kg selten bis manchmal pro Tag als möglich erachtet und es wurde eine schrittweise berufliche Wiedereingliederung empfohlen. Sodann erachteten die Fachpersonen körperlich schwere Arbeiten bis maximal 3 Stunden täglich für zumutbar, während für körperlich mittelschwere Tätigkeiten mit Wechselbelastung keine Einschränkungen gesehen wurden. Schliesslich ist dem Assessmentbericht zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer sich nicht vorstellen könne, in die angestammte Tätigkeit zurückzukehren, schmerzbedingt ebenso wenig in eine Teilzeit- oder eine Verweistätigkeit (Urk. 8/11/7-17, 8/15/7-17, 8/16, 8/24/8-18).

Dr. med. I.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. G.\_\_\_\_ teilten der IV-Stelle am 22. Januar 2008 im Rahmen einer Verlaufsbeurteilung mit, es hätten sich im Vergleich zu den Vorabklärungen (15. Mai und Juni 2007) weder klinisch noch anamnestisch signifikante Veränderungen ergeben. Aus rheumatologischer Sicht bestehe keine Änderung der

Arbeitsfähigkeit, die berufliche Reintegration sei aufgrund des chronifizierten Schmerzes, des gescheiterten Arbeitsversuchs sowie der Kündigung gescheitert. Falls die IV-Stelle Diskrepanzen sehe, werde ein bidisziplinäres Gutachten empfohlen (Urk. 8/27).

4.6 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. J. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, teilte der IV-Stelle am 9. Juli 2007 mit, beim Beschwerdeführer existierten seit Jahren intermittierende Rückenschmerzen, die sich nach medikamentösen Injektionen jeweils gebessert hätten. Im Juli 2006 sei erneut ein Lumbovertebralsyndrom mit zusätzlichen Hüftschmerzen links und beidseitigen Knieschmerzen aufgetreten, worauf er den Beschwerdeführer bei weitgehend unauffälligen Nativröntgenbildern und persistierender Schmerzsymptomatik an Dr. E. \_\_\_\_, überwiesen habe. Im Weiteren verwies Dr. J. \_\_\_\_ auf die spezialärztlichen Berichte sowie bezüglich Arbeitsfähigkeit auf das Arbeitsassessment der Rheumaklinik, hielt dies jedoch fest, Dekonditionierung und beginnende psychosoziale Desintegration würden die Gesundheit des Beschwerdeführers respektive dessen Arbeitstätigkeit beeinflussen (Urk. 8/11/1-6).

4.7 Am 18. Juli 2008 wurde das Z. \_\_\_\_-Gutachten samt Anhängen erstattet (gezeichnet: Dr. med. K. \_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Dr. I. \_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, und L. \_\_\_\_, Physiotherapeutin). Die Ärzte diagnostizierten ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit Ausstrahlungen in das rechte Bein (spondylogen) mit/bei vorgeneigter Rumpfhaltung und Kopfprotraktion, Osteochondrose L5/S1 (mit begleitender Intervertebralgelenksarthrose und Diskushernie) sowie ohne aktuelle Zeichen einer radikulären Reiz- oder sensomotorischen Ausfallsymptomatik; ferner ein dysfunktionales Schmerz- und Krankheitsverhalten mit Abwehrreaktionen bei der klinischen Untersuchung, Belastungstests mit frühen Selbstlimitierungen, pathologischem Schmerzverhalten, Inkonsistenzen und deutlich minimaler Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit. Der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) ist zu entnehmen, dass ein ausgeprägtes Schmerz- und Schonverhalten gezeigt wurde, der Beschwerdeführer nicht an seine funktionelle körperliche Limite geföhrt werden konnte, er bei gutem Effort mehr leisten könnte und die Resultate infolge erheblicher Selbstlimitierung und Inkonsistenz nicht verwertbar waren. In der medizinisch-theoretischen Beurteilung postulierten die Fachleute in der angestammten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (aufgrund langen Stehens in überstreckter Position sowie des nicht ausschliessbaren radikulären Syndromes und der Haltungsinsuffizienz), während die Verrichtung schwerer Zusatzaktivitäten ausgeschlossen wurde. Als Verweistätigkeit wurde aus rheumatologischer Sicht medizinisch-theoretisch eine körperlich leichte, wechselbelastende Vollzeittätigkeit als zumutbar erachtet; der Nutzen weiterer therapeutischer Massnahmen wurde verneint, aufgrund des vordergründigen dysfunktionalen Schmerz- und Krankheitsverhaltens jedoch eine psychiatrische Evaluation zur Abklärung einer zugrundeliegenden psychiatrischen Funktionsstörung mit Krankheitswert empfohlen (Urk. 8/40).

4.8 Der Beschwerdeführer reichte einen vom 15. April 2009 datierenden Bericht von Dr. med. M. \_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, zu den Akten, in welchem brennende Hände und Füsse bei offener Ursache, eventuell als Nebenwirkung von Lyrica, sowie ein Lumbovertebralsyndrom und ein praktisch sicheres Reizsyndrom der

Radix L5 rechts festgestellt wurden. Hinweise bezüglich Arbeitsfähigkeit sind dem Bericht nicht zu entnehmen (Urk. 3/4, 8/67/16).

4.9. In einem ebenfalls vom Beschwerdeführer eingereichten Bericht des Spitals V. Radiologie und Nuklearmedizin, vom 29. April 2009 erhob Dr. med. O., Leitender Arzt, bei klinischem Befund unklarer persistierender Unterbauchschmerzen sowie eines chronischen Lumbovertebralsyndroms eine Lebersteatose, ein verkalktes Milgranulom sowie eine Colondivertikulose (mit nur einzelnen Divertikeln am Übergang zum Colon descendens zum Sigma ohne entzündliche Begleitreaktion), ohne sich zur Arbeitsfähigkeit zu äussern (Urk. 3/3, 8/67/15).

## E. 5

5.1. Soweit der Beschwerdeführer unter Hinweis auf Verständigungsschwierigkeiten (Urk. 19) die Nichtverwertbarkeit der vorliegenden Arztberichte respektive Gutachten geltend macht, bezieht sich die angeführte Rechtsprechung primär auf psychiatrische Abklärungen (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juli 2009 [9C\_1022/2008] Erw. 3.3.2). Wie das Bundesgericht für den somatischen Bereich mehrfach festgehalten hat, geht es insoweit in erster Linie um die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts und nicht um die Teilnahme der versicherten Person am Verfahren. Mithin lässt sich aus dem verfassungsrechtlichen Gehörsanspruch nach Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) und dessen Konkretisierung für das Abklärungsverfahren vor den kantonalen IV-Stellen in Art. 73bis der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; Vorbescheidsverfahren) nicht direkt etwas ableiten in Bezug auf die Durchführung medizinischer Abklärungsmassnahmen unter sprachlichem Gesichtswinkel. Ob eine medizinische Abklärung in der Muttersprache des Exploranden oder unter Beizug eines Übersetzers im Einzelfall geboten ist, hat grundsätzlich der Gutachter im Rahmen sorgfältiger Auftragsbefolgung zu entscheiden. Entscheidend dafür, ob und in welcher Form bei medizinischen Abklärungen dem Gesichtspunkt der Sprache respektive der sprachlichen Verständigung Rechnung getragen werden muss, ist letztlich die Bedeutung der Massnahme im Hinblick auf die in Frage stehende Leistung. Es geht um die Aussagekraft und damit die beweismässige Verwertbarkeit des Gutachtens als Entscheidungsgrundlage für die IV-Stelle und gegebenenfalls das Sozialversicherungsgericht. Danach müssen die Feststellungen des Experten nachvollziehbar sein, seine Beschreibung der medizinischen Situation muss einleuchten und die Schlussfolgerungen müssen begründet sein, woraus sich ergibt, dass nicht von einer Gehörsverletzung gesprochen werden kann, wenn trotz Verständigungsschwierigkeiten eine Begutachtung nicht in der Muttersprache des Versicherten oder unter Beizug eines Dolmetschers stattfand (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Januar 2004 [I 664/01, I 682/01] Erw. 4.2.1 f.; BGE 125 V 352 Erw. 3a).

Unbestrittenerweise verfügt der Versicherte über beschriebene Deutschkenntnisse. So ist dem Arbeitsassessment des Spitals F. wie auch dem Z.-Gutachten etwa zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer Mühe hatte, genauere Angaben zu seiner bisherigen Tätigkeit zu machen (Urk. 8/11/16, 8/24/21, 8/40/9). Gleichwohl lässt sich den zahlreichen eingeholten Arztberichten deutlich und zweifelsfrei entnehmen, welche Schmerzen der Beschwerdeführer klagte und an welchen Beschwerden er leidet. Auch erwecken die ärztlichen Einschätzungen nicht den Eindruck, die untersuchenden Mediziner hätten mit den Schmerzbeschreibungen des

Beschwerdeführers nichts anfangen können oder seien in ihren Diagnosen aufgrund mangelhafter Verständigung unsicher gewesen. Namentlich erwähnt auch der offenbar langjährige Hausarzt, Dr. J. \_\_\_\_, mit keinem Wort, er hätte sich nicht ausreichend mit seinem Patienten verständigen können. Schliesslich wurden vom anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer keine körperlichen Beschwerden angegeben, die wegen Verständigungsproblemen nicht untersucht worden wären. Festzuhalten bleibt, dass der Beschwerdeführer gegenüber verschiedenen Ärzten sehr wohl in der Lage war, arbeitsbezogene Äusserungen zu tätigen (Urk. 8/11/26, 8/15/18), darüber hinaus die Ausbildung zum Kranführer im hiesigen Sprachraum absolvierte (Urk. 8/2/3) und trotz replicando erfolgter Anündigung keine Belege für die behaupteten massiven Verständigungsschwierigkeiten nachreichte (Urk. 19).

5.2 Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Z. \_\_-Gutachten beruht auf an verschiedenen Tagen durchgeführten Untersuchungen sowie einer Evaluation der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es stützt sich ausserdem auf die Vorakten, die Röntgenbilder und geklagten Schmerzen und umfasst internistisch-rheumatologische sowie physiotherapeutische Abklärungen (inkl. Neurostatus) und erfüllt in den wesentlichen Zügen die von der Rechtsprechung aufgestellten Beweistauglichkeitskriterien. Im Übrigen wurden auch keine Befangenheitsgründe gegenüber den involvierten Medizinalpersonen geltend gemacht. Gesagtes gilt im Wesentlichen auch für das Arbeitsassessment des Spitals F. \_\_\_\_, auf welches auch Dr. J. \_\_ und Dr. E. \_\_ in ihren Beurteilungen verweisen.

In diagnostischer Hinsicht können den im Recht liegenden Arztberichten bezüglich Bewegungsapparat keine wesentlichen Diskrepanzen entnommen werden (chronisches lumbospondylogenes Syndrom, intraforaminale Diskushernie L5/S1, Osteochondrose). Unterschiedliche Beurteilungen ergeben sich primär in der Feststellung und den Folgen eines radikulären Reizsyndroms respektive einer Neurokompression. Während diese erschwerenden Befunde auch ohne klaren Nachweis mehrheitlich als möglicherweise vorliegend erachtet wurden, ging Dr. M. \_\_ von einem praktisch sicheren Reizsyndrom aus ohne sich jedoch zu den Folgen für die Arbeitsfähigkeit zu äussern; die Verantwortlichen des Spitals F. \_\_\_\_, welche den Nervenwurzelkontakt (ohne Kompression) ebenfalls bejahten, hielten allerdings die daraus resultierenden beruflichen Einschränkungen für gering (angestammte Tätigkeit: Zumutbarkeit mittelschwerer Hilfstätigkeiten; Verweistätigkeit: mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit bei höchstens 3 Stunden schwerer Körperarbeit täglich; Urk. 8/11/7-17, 8/15/7-17, 8/16, 8/24/8-18). Soweit Dr. M. \_\_ brennende Hände und Füsse diagnostizierte, äusserte sie den Verdacht auf eine Medikamenten-Nebenwirkung, ohne dass diese Annahme in der Folge widerlegt worden wäre und ohne dass die Ende April 2009 durchgeführten CT-Abklärungen von Abdomen und Becken zu invalidisierenden Befunden geführt hätten (Urk. 3/4, 8/6/7/17). Die festgestellten Hüft- und Knieschmerzen erscheinen diagnostisch wie auch im Lichte der übrigen Beschwerden von untergeordneter Bedeutung und jedenfalls nicht invalidisierend. Im Übrigen weisen die beteiligten Fachleute sowohl im Z. \_\_-Gutachten als auch im Arbeitsassessment übereinstimmend auf Ungereimtheiten im Krankheitsverhalten und auf eine ausgeprägte Selbstlimitierung hin, was aufgrund der einzelnen Testergebnisse als objektiv begründet, insgesamt als plausibel und nachvollziehbar erscheint (Urk. 8/11/7-17, 8/15/7-17, 8/16, 8/24/8-18, 8/40). Unbesehen

der bei Arbeitsassessment wie auch EFL konstatierten Inkonsistenzen und Selbstlimitierungen gelangten die Mediziner und Therapeuten von F. \_\_\_ und Z. \_\_\_ zu klaren und im Ergebnis in den wesentlichen ZÄ¼gen gleichlautenden Aussagen zum medizinisch-theoretisch zumutbaren kÄ¼rperlichen RestleistungsvermÄ¼gen, wobei auch die aus etwaigen radikulÄ¼ren Reiz- und Ausfallerscheinungen resultierenden BeeintrÄ¼chtigungen sowie die Folgen haltungsmÄ¼ssiger Insuffizienzen und Defizite namentlich in Bezug auf Ä¼berstreckte Arbeitspositionen gebÄ¼hrend berÄ¼cksichtigt wurden. Demnach darf in somatischer Hinsicht mit Ä¼berwiegender Wahrscheinlichkeit jedenfalls von einer 100%igen ArbeitsfÄ¼higkeit bezÄ¼glich kÄ¼rperlich leichter, wechselbelastender TÄ¼tigkeiten ausgegangen werden.

5.3 Ä¼ Ä¼ Ä¼ Neben den kÄ¼rperlichen Diagnosen gehen die Somatiker Ä¼bereinstimmend von einer psychischen Ä¼berlagerung aus. Das Ausmass der Beschwerden wie auch die subjektiv eingeschrÄ¼nkte LeistungsfÄ¼higkeit konnten nicht objektiviert werden, so dass die Ä¼rzte im Folgenden ohne konkrete psychiatrische Klassifizierung (nach ICD-10) in verschiedenen Umschreibungen auf SchmerzverarbeitungsstÄ¼rungen schlossen und die Z. \_\_\_-Gutachter dabei von vornherein von IV-fremden Anteilen einer etwaigen psychischen StÄ¼rung ausgingen (Urk. 8/40/6). Die Akten liefern zwar durchgehend Hinweise auf eine psychische Mitbeteiligung, jedoch finden sich keine konkreten Anhaltspunkte fÄ¼r eine unÄ¼berwindbare Ä¼SomatisierungsstÄ¼rungÄ¼ gemÄ¼ss den rechtssprechungsgemÄ¼ssen Kriterien. So vermÄ¼gen somatoforme SchmerzstÄ¼rungen und Ä¼hnliche Ä¼tiologisch-pathogenetisch unerklÄ¼rliche syndromale LeidenszustÄ¼nde wie beispielsweise SchmerzverarbeitungsstÄ¼rungen in der Regel keine lang dauernde, zu einer InvaliditÄ¼t im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG fÄ¼hrende EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit zu bewirken (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.2 und 2.2.3; BGE 132 V 65, 131 V 49 und 130 V 396). Wie jede andere psychische BeeintrÄ¼chtigung begrÄ¼ndet selbst eine fachÄ¼rztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose (nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem) als solche noch keine InvaliditÄ¼t. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme SchmerzstÄ¼rung (bzw. der Ä¼quivalente Ä¼tiologisch-pathogenetisch unerklÄ¼rliche syndromale Leidenszustand) respektive die Folgen davon mit einer zumutbaren Willensanstrengung Ä¼berwindbar sind. Im Fall des BeschwerdefÄ¼hrers liegen keine verdichteten Hinweise auf das Vorhandensein von UmstÄ¼nden vor, welche die SchmerzbewÄ¼ltigung intensiv und konstant behindern und als solche den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen kÄ¼nnten. Namentlich findet sich keinerlei Anhaltspunkt fÄ¼r eine psychische KomorbiditÄ¼t von erheblicher Schwere, AusprÄ¼gung und Dauer und ist auch nicht ersichtlich, dass weitere relevante Faktoren so zahlreich und ausgeprÄ¼gt vorhanden sein kÄ¼nnten, dass - ausnahmsweise - die Voraussetzungen fÄ¼r eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen wÄ¼ren. Aus dem Umstand, dass sich der BeschwerdefÄ¼hrer mittlerweile zu Dr. med. P. \_\_\_, Facharzt fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, in psychiatrische Behandlung begeben hat (vgl. Urk. 3/4 = 8/67/16-17 und 3/5 = 8/67/18), resultiert noch kein weiterer AbklÄ¼rungsbedarf, zumal nicht geltend gemacht wird, dass von Dr. P. \_\_\_ eine im vorstehenden Sinne invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische BeeintrÄ¼chtigung festgestellt worden wÄ¼re (Urk. 1, 19, insbes. 19 S. 4 Ziff. 4). Dass der BeschwerdefÄ¼hrer nicht einmal die in der Replik ausdrÄ¼cklich in Aussicht gestellte BestÄ¼tigung von Dr. P. \_\_\_ zum sprachlichen AusdrucksvermÄ¼gen nachgereicht hat (vgl. Urk. 19 S. 3 Ziff. 3), lÄ¼sst vermuten, dass vom behandelnden Psychiater wohl keine die UnÄ¼berwindbarkeit der Schmerzproblematik indizierenden Begleitdiagnosen und



pro Jahr, was aufgerechnet auf das Jahr 2007 einem Jahreslohn von Fr. 60'144.35 entspricht (+1.6 %; Die Volkswirtschaft 3-2011 S. 91 Tabelle B10.2). Mit einem zufolge eingeschränkter Einsetzbarkeit und langjähriger Anstellung auf 20 % quantifizierten behinderungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn (Urk. 2 = 8/66; BGE 126 V 75) wird den konkreten Verhältnissen angemessen Rechnung getragen, womit sich per 2007 ein zumutbarerweise erzielbares Invalideneinkommen von Fr. 48'115.50 ergibt. Für eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen (auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes; BGE 135 V 58 Erw. 3.1 und 3.4.3, 134 V 322 Erw. 4.1, mit Hinweisen) besteht kein Anlass.

Alles in allem resultiert bei Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen eine Einkommenseinbusse von Fr. 25'412.50 (= Fr. 73'528.-- - Fr. 48'115.50) respektive ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von rund 35 % ( @ 100 % : Fr. 73'528.-- x Fr. 25'412.50; BGE 130 V 121). Im übrigen würde sich selbst unter - hier nicht gerechtfertigter - Zubilligung eines behinderungsbedingten Maximalabzugs von 25 % auf Seiten des Invalideneinkommens ein nach wie vor rentenausschliessender Invaliditätsgrad von rund 39 % ergeben (100 % : Fr. 73'528.-- x Fr. 28'419.75 [= Fr. 73'528.-- - Fr. 45'108.25 (= Fr. 60'144.35 x 75 % )] = 38.65 %).

## E. 7

7.1 Zusammengefasst erweist sich der angefochtene Entscheid mithin als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

7.2 Die auf Fr. 800.-- festzusetzenden Kosten des sozialversicherungsgerichtlichen Beschwerdeverfahrens sind ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in Verbindung mit Art. 2 ATSG und § 33 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]), jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

7.3 Ferner ist Vrsprecher Padrutt für seine Bemühungen und Auslagen im Zusammenhang mit der unentgeltlichen Rechtsvertretung des Beschwerdeführers zu entschädigen, wobei vom gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- auszugehen ist und die beantragten Fr. 250.-- entsprechend zu kürzen sind. Überdies können nur konkret ausgewiesene Barauslagen entschädigt werden, womit für die Abgeltung der nicht näher spezifizierten und belegten Auslagen von Fr. 526.-- (Urk. 25/3) kein Raum bleibt, was insbesondere auch für die weder betraglich substantiierten noch in zeitlicher oder persönlicher Hinsicht belegten Dolmetscherkosten (Urk. 25/2) gilt. Ohnehin ist deren Notwendigkeit nicht ersichtlich, zumal der Rechtsvertreter sich die wesentlichen Informationen aus den bei Mandatsübernahme angeforderten IV-Akten (Urk. 8/33) beschaffen konnte, der Beschwerdeführer wie bereits ausgeführt (vorstehend Ziff. 5.1) der deutschen Sprache nicht gänzlich unkundig ist und es ihm ferner freigestanden hätte, zur anwaltlichen Instruktion eine deutschkundige Vertrauensperson mitzubringen. Entschädigungspflichtig ist damit ein Arbeitsaufwand 8.4 Stunden à Fr. 200.--, was zu einem Gesamtbetrag von Fr. 1'807.70 (inkl. 7.6 % MWSt) führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Fällsprecher Roland Padrutt, Lenzburg, wird mit Fr. 1'807.70 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Fällsprecher Roland Padrutt
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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