

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00459 vom 21. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00459

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00459 du 21 novembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00459 del 21 novembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1959, war zuletzt vom 2. Oktober 2006 bis 13. März 2008 (richtig wohl: 10. Dezember 2007, vgl. Urk. 8/13/33 und Urk. 8/17/2) als Elektromonteur Berufsarbeiter bei der Y. AG Personalberatung tätig, wobei der letzte effektive Arbeitstag der 20. September 2007 war (Urk. 8/11 Ziff. 2.1, 2.3 und 2.7). Ab 13. Dezember 2007 war er bei der Arbeitslosenkasse als arbeitslos gemeldet (Urk. 8/19/1 Mitte).

Am 21. September 2007 hatte sich der Versicherte bei einem Sturz von einer Leiter am Rücken verletzt (Urk. 8/13/60 Ziff. 4-6 und 9, Urk. 8/61/132). Für die Folgen dieses Unfalles erbrachte die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) die gesetzlichen Leistungen.

Am 12. März 2008 meldete sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (berufliche Massnahmen) an (Urk. 8/6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte beruflich-erwerbliche Abklärungen (Urk. 8/11, Urk. 8/14, Urk. 8/17, Urk. 8/22, Urk. 8/26-27), holte Arztberichte (Urk. 8/16, Urk. 8/18, Urk. 8/25, Urk. 8/32) ein und zog Akten der Arbeitslosenversicherung (Urk. 8/19) sowie der SUVA (Urk. 8/13) bei. Des Weiteren veranlasste sie ein psychiatrisches Gutachten, welches am 20. Juli 2010 erstattet wurde (Urk. 8/43).

Am 21. Juni 2010 (Urk. 8/42) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, es seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/51, Urk. 8/58) verneinte sie mit Verfügung vom 29. März 2011 (Urk. 8/60 = Urk. 2) einen Rentenanspruch des Versicherten.

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass der Beschwerdeführer seit 21. September 2007 in seiner angestammten Tätigkeit als Elektromonteur erheblich eingeschränkt, ihm jedoch eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Gestützt darauf und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs vom Invalideneinkommen von 10 % ermittelte sie einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 12 % (Urk. 2 S. 1 unten, S. 2 oben).

2.2. Der Beschwerdeführer machte demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) im Wesentlichen geltend, an vielen Krankheiten zu leiden und seit 2007 arbeitsunfähig zu sein. Seit einer Infiltration leide er an starken Wirbelschmerzen sowie Harninkontinenz. Zudem würden immer wieder Krebsgeschwüre, zuletzt im Lippenbereich, auftreten

und er habe Angst, dass sein Körper vom Krebs zerstört werde. Sein Vater und viele seiner Verwandten seien an Krebs gestorben (S. 1). Sodann könne das von der Beschwerdegegnerin veranlasste psychiatrische Gutachten - aus näher genannten Gründen - nicht akzeptiert werden (S. 2 Mitte) und seien die Meinungen der Mediziner sehr unterschiedlich. Vielleicht könne eine neue Begutachtung oder ein Leistungstest die Wahrheit präsentieren (S. 2 unten).

2.3.3 Strittig und zu präzisieren ist, wie es sich mit der Restarbeitsfähigkeit und einem allfälligen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verhält.

E. 3

3.1.1 Am 21. September 2007 stürzte der Beschwerdeführer aus etwa einem Meter Höhe von einer Leiter (vgl. Urk. 8/61/132). Die Erstbehandlung erfolgte noch am gleichen Tag durch Dr. med. Z. ____, Allgemeine Medizin FMH. In seinem Bericht vom 11. November 2007 (Urk. 8/13/54) diagnostizierte Dr. Z. ____ eine Kontusion der Lendenwirbelsäule (LWS) und eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS; Ziff. 5) und attestierte dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit mit noch ungewisser Dauer (Ziff. 8).

3.2.1 In ihrem Bericht vom 28. November 2007 (Urk. 8/13/41-43) nannten die Ärzte des Stadtspitals A. ____, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, welche den Beschwerdeführer am 13. und 27. November 2007 untersucht hatten, folgende Diagnosen (S. 1):

- lumbospondylogenes Syndrom rechts
- Sturz von einer Leiter am 21. September 2007
- klinisch mögliche Fazettengelenksüberlastung L4/5 und L5/S1 rechts
- leichte mediane Diskusprotrusion auf Höhe L3/4 ohne foraminale oder spinale Einengung
- beginnende erosive Osteochondrose auf Höhe L4/5 mit leichter medianer Diskusprotrusion ohne foraminale oder spinale Einengung, ohne Wurzelkompression

Sie führten aus, nach dem Sturz von einer Leiter am 21. September 2007 sei es zu einer Exazerbation eines bereits vorbestehenden lumbospondylogenen Syndroms rechts gekommen. Klinisch fanden sich keine fokale neurologischen Ausfälle. Mittels Magnetresonanztomographie (MRI) der LWS sei keine Wurzelkompression als Ursache der ins rechte Bein ausstrahlenden Schmerzen nachweisbar. Am ehesten könnten die lumbal betonten Beschwerden auf die beginnenden degenerativen Veränderungen im Sinne einer Chondrose auf Höhe L3/4 und L5/S1 beziehungsweise auf eine beginnende erosive Osteochondrose auf Höhe L4/5 zurückgeführt werden (S. 2 unten).

Vom 21. September bis 2. Dezember 2007 sei der Beschwerdeführer als voll arbeitsunfähig zu erachten. Ab 3. Dezember 2007 bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfselektriker (S. 3).

3.3.1 Vom 23. Januar bis 5. März 2008 war der Beschwerdeführer in der Rehaklinik B. ____ hospitalisiert. In ihrem Austrittsbericht vom 12. März 2008 (Urk. 8/16) nannten die Ärzte als Diagnosen ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung, eine Medikamentenunverträglichkeit gegen

Mefenaminsäure (Ponstan) sowie eine Pollakisurie und intermittierend eine Urininkontinenz unklarer Ätiologie (S. 1 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie führten aus, am 5. Februar 2008 sei eine Fazetteninfiltration L4/5 und L5/S1 beidseits und am 19. Februar 2008 eine Periduralanästhesie (PDA) L5/S1 durchgeführt worden, welche jedoch nur für kurze Zeit eine Schmerzlinderung gebracht hätten (S. 3 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Verlauf des Aufenthalts habe der Beschwerdeführer unwillkürlichen Urinabgang sowie eine verminderte nicht dermatombezogene Berührungsempfindlichkeit im perianalen Bereich sowie an den Oberschenkeln dorsal geklagt. Sonographisch habe sich jeweils kein Restharn in der Blase gefunden. Im MRI der Lendenwirbelsäule hätten eine Diskushernie oder eine allfällige sonstige Neurokompression ausgeschlossen werden können. Auch eine neurologische Ursache der Störung habe im Rahmen eines neurologischen Konsiliums nicht gefunden werden können. Die Laborwerte seien unauffällig gewesen, insbesondere liege kein Harnwegsinfekt vor (S. 3 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen eines psychosomatischen Konsiliums habe keine psychopathologische Störung von Krankheitswert erhoben werden können (S. 2 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund des durch den Unfall vorübergehend verschlechterten Rückenleidens auf Boden der degenerativen Veränderungen sei dem Beschwerdeführer längerfristig die Wiederaufnahme der Tätigkeit als Hilfeelektriker aufgrund des häufigen Arbeitens in vorgeneigter Position mit Zwangshaltungen für die LWS nicht zumutbar. Eine (mindestens) leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Arbeit sei ihm indes ganztags zumutbar, wobei länger dauernde Tätigkeiten in gebückter oder vorgeneigter Haltung auf ein Minimum zu beschränken und wiederholte Drehbewegungen des Oberkörpers, welche erhöhten Krafteinsatz erforderten, zu vermeiden seien. Da das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären lasse, stütze sich die Beurteilung der Zumutbarkeit auch auf medizinisch-theoretische Überlegungen, ergänzt durch die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen (S. 2 Mitte). Infolge Symptomausweitung, Selbstlimitierung und längerer Absenz vom Arbeitsmarkt sei die berufliche Prognose bei nun auch bestehender Arbeitslosigkeit als verhalten einzuschätzen. Der Beschwerdeführer sehe sich selbst auch für angepasste Tätigkeiten nur bedingt als arbeitsfähig (S. 3 unten).

3.4 Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 14. April 2008 (Urk. 8/18/2-6) nannte Dr. Z. ___ im Wesentlichen bekannte Diagnosen sowie zusätzlich eine depressive Stimmungslage (Ziff. 1.1) und attestierte dem Beschwerdeführer bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 2). Er führte aus, dass er die Arbeitsfähigkeit längerfristig nicht festlegen könne (Ziff. 5.2).

3.5 Ä Ä Ä Ä PD Dr. med. C. ___, Oberarzt, Facharzt Neurologie, Uniklinik O. ___, welcher den Beschwerdeführer am 16. Juli 2008 neurologisch und neurophysiologisch untersucht hatte, berichtete am 23. Juli 2008 (Urk. 8/61/116-117). Er führte aus, es finde sich ein lumbales Lokalsyndrom ohne fokale neurologische Begleitsymptomatik. Eine neurogene

Ursache für die geklagte Blasenproblematik lasse sich anhand der vorliegenden Untersuchung nicht nachweisen (S. 2 unten).

3.6 Am 18. September 2008 berichtete Dr. med. D.____, Assistenzarzt, Universitätsklinik E.____ (E.____), Urologische Klinik (Urk. 8/25). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom nach Sturz mit Kontusion der Wirbelsäule am 21. September 2007. Als Diagnose ohne Auswirkung nannte er eine persistierende Pollakisurie bei hypersensitiver, normokapazitärer, instabiler Harnblase (lit. A). Er führte aus, die letzte Untersuchung des Beschwerdeführers sei am 10. Juli 2008 erfolgt (lit. D.2). Anlässlich der urodynamischen Untersuchung vom 20. Mai 2008 (vgl. Urk. 8/61/125-126) habe eine hypersensitive und instabile Harnblase diagnostiziert werden können. Angesichts der normalen Uroflowmetrie ohne Restharn, der Urodynamik und der heutigen zystoskopischen Untersuchung habe eine infravesikale Obstruktion ausgeschlossen werden können (lit. D.5). Von urologischer Seite bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (lit. B). Zur Verbesserung der Miktionsituation sei eine Botox-Injektion geplant (lit. C.2). Ergänzende medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (lit. C.6).

3.7 In seinem Bericht vom 17. April 2009 (Urk. 3/2) nannte Dr. med. F.____, (gemäss Briefkopf) Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- panvertebrales Schmerzsyndrom mit Schwerpunkten lumbal und zervikal, mit zusätzlich zephalen Beschwerden bei Status nach Sturz von der Leiter am 21. September 2007
- chronisches lumbovertebrales Syndrom mit Ausstrahlung rechts bei Status nach Trauma (Sturz von einer Leiter)
- Pollakisurie und intermittierend Urininkontinenz unklarer Ätiologie
- Nikotinabusus

Dr. F.____ berichtete, seit Ende Februar 2009 sei es zu einer akuten Exazerbation des chronisch rezidivierenden lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit Ausstrahlung ins rechte Bein gekommen. Die am 3. März 2009 durchgeführte MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule habe den Befund von fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen ohne Reizung beziehungsweise Kompression der absteigenden Nervenwurzeln L5 beidseits und ohne Anhaltspunkte für eine eigentliche neurale Kompression ergeben (S. 1 unten). Die akuten Schmerzen sowie der klinische Verdacht auf radikuläre Ausstrahlung rechts mit Hypästhesie in den Dermatomen L5/S1 und Fussheber- und Fussenkenschwäche liessen sich aufgrund der MRI-Untersuchung nicht erklären (S. 2 oben).

Aufgrund der unklaren Situation sei auch eine neurologische Untersuchung durch den Neurologen Dr. G.____ durchgeführt worden. Dieser führte aus, die neurologische Durchuntersuchung habe normale Befunde ergeben. Auch die ergänzend durchgeführten EMG-Untersuchungen an den unteren Extremitäten seien unauffällig gewesen. Somit bestünden keine Hinweise für eine relevante Läsion einer lumbalen und sakralen Wurzel (S. 2 Mitte).

Dr. F.____ führte schliesslich aus, aufgrund der komplexen Symptomatik mit sehr starken, vor allem belastungsabhängigen Beschwerden sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zurzeit und bis auf weiteres zu 100 %

arbeitsunfähig. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit sei sehr schwierig und müsste in einem Leistungstest genau geprüft werden (S. 2 unten).

3.8 Am 13./25. Juni 2009 erstatteten die den Beschwerdeführer seit Dezember 2008 ambulant behandelnden (vgl. Urk. 8/32/2 Ziff. 1.2) med. pract. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. klin. psych. I.____, klinischer Psychologe und Supervisor, Zentrum M.____, einen Bericht (Urk. 8/32/6-8). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie namentlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine mittelgradige depressive Episode, ICD-10 F32.1 (Ziff. 1.1).

Sie führten aus, aufgrund der Depression habe der Beschwerdeführer keine Spannkraft, werde bei Druck beziehungsweise Instruktionen sofort nervös und aggressiv, müsse sich immer wieder hinlegen, habe kein Durchhaltevermögen und wegen Schlafstörungen sei er kraft- und energielos. Aufgrund der Schmerzen könne er nicht genügend lange stehen und gehen und müsse sich selbstbestimmt immer wieder hinlegen können (Ziff. 1.7). Subjektiv sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund des zu erhebenden positiven (30 Minuten gehen, 60 Minuten sitzen mit Entlastungsstützung der LWS, 10 Minuten stehen, 3-5 Kilogramm heben, Wechsel zwischen Sitzen, Liegen und Stehen, kaum einkaufen, wenig putzen, waschen, etwas staubsaugen) und negativen (kein Lärm, kein Stress, kein Publikumsverkehr, muss immer wieder selbstbestimmt sitzen können, teilweise auch liegen, keine Schwerarbeit, kein schweres Heben, langes Sitzen und Stehen) Leistungsbildes sei er auch in leidensangepassten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/32/6 unten).

3.9 Am 20. Juli 2010 erstattete Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/43). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 5 ff.) sowie die von ihm am 22. Juni 2010 erhobenen Befunde (S. 8 Ziff. 4, vgl. auch S. 1 unten).

Der Gutachter vermochte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (S. 8 Ziff. 5.1).

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei psychosozialer Belastung und chronischen Schmerzen, ICD-10 F43.21 (S. 8 Ziff. 5.2).

Dr. J.____ führte aus, der Beschwerdeführer habe anlässlich der aktuellen psychiatrischen Untersuchung differenziert und nachvollziehbar eine psychosoziale Belastungssituation mit einerseits chronischen und therapieresistenten somatischen Beschwerden und möglichen iatrogenen Folgeproblemen (Inkontinenz und Impotenz sehe er als Folge von erhaltenen Kortisonspritzen) beschrieben. Andererseits sei die Wohnsituation mit der vierköpfigen Familie des Sohnes und der ebenfalls gesundheitlich angeschlagenen Ehefrau in einer Vierzimmerwohnung für ihn stark belastend. Die in der Anamnese beschriebenen, mäßig bis leichtgradig ausgeprägten depressiven Symptome seien angesichts der invaliditätsfremden Belastungsfaktoren als situationsadäquat zu beurteilen und nicht als Ausdruck eines eigenständigen, erheblichen psychischen Gesundheitsschadens, der eine langfristige Arbeitsfähigkeit

rechtfertigen wärde. Zusammenfassend fanden sich weder in den vorliegenden medizinischen Unterlagen noch in der aktuellen Untersuchung klare, nachvollziehbare Hinweise auf eine erhebliche psychische Störung mit Krankheitswert. Es seien während der Untersuchung keine schweren depressiven Symptome festgestellt worden, der Beschwerdeführer habe sich recht ausgeglichen, humorvoll, streckenweise lachend, schwingungsfähig und gut spürbar präsentiert. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines psychischen Gesundheitsschadens (S. 9 Ziff. 6).

3.10 Am 5. Januar 2011 erstatteten med. pract. H. ____, Dr. phil. I. ____, Dr. F. ____, Dr. med. K. ____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, Dr. med. L. ____, Facharzt für Anästhesiologie FMH, und Dr. med. N. ____, Facharzt für Physikalische Medizin FMH, Schwerpunkt Rheumatologie, einen Bericht über die interdisziplinäre Schmerzbehandlung des Beschwerdeführers im Zentrum M. __ (Urk. 3/1). Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1):

- Hautkarzinom Unterlippe Juli 2008
- Harninkontinenz Oktober 2008
- lumbospondylogenes Syndrom mit/bei (MRI vom 5. Oktober 2007)
- Status nach Sturz mit Kontusion der Wirbelsäule am 21. September 2007
- leichter medianer Diskusprotrusion L3/4
- beginnender erosiver Osteochondrose L4/5 mit leichter medianer Diskusprotrusion
- lumbospondylogem Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung (Diagnose Rehaklinik B. __ vom 21. März 2008)
- Status nach Operation Digitus II rechts 1992
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei subjektiv zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund des positiven und negativen Leistungsbildes sei der Beschwerdeführer auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus anästhetischer Sicht (Dr. L. ____) sei der Beschwerdeführer wegen Chronifizierung zu 100 % arbeitsunfähig, ansonsten sei somatisch eine angepasste Arbeit noch zu 50 % möglich. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht (Dr. F. ____) sei der Beschwerdeführer für eine leichte, wechselbelastende Arbeit mit wahlweise Sitzen oder Stehen - unter Berücksichtigung gewisser Einschränkungen - teilweise arbeitsfähig, wobei zur Feststellung der prozentualen Arbeitsfähigkeit ein Leistungstest durchgeführt werden müsste. Aus rein orthopädischer Sicht (Dr. K. ____) gebe es keinen Grund, für eine wenig belastende Arbeit eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Von Seiten des rheumatologischen Fachgebietes (Dr. N. ____) sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig, unter Berücksichtigung all seiner Persönlichkeitsfacetten sei er aus schmerztherapeutischer Sicht jedoch zu 100 % arbeitsunfähig (S. 5 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Konsensbeurteilung sei der Beschwerdeführer im Beruf als Elektriker objektiv zu 100 % arbeitsunfähig. Auch in einer angepassten Tätigkeit wie zum Beispiel Lagerist sei er objektiv zu 100 % arbeitsunfähig, eine Arbeitstätigkeit sei ihm nicht zuzumuten (S. 5 unten).

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Was den somatischen Gesundheitszustand anbelangt, so ergibt sich aus den Akten, dass beim Beschwerdeführer ein Rückenleiden bei bildgebend nachgewiesenen degenerativen Veränderungen besteht (vgl. vorstehend E. 3.2-3, 3.7 und 3.10).

Ausgewiesen und unbestritten ist, dass das Rückenleiden den Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Hilfselektriker in erheblichem Masse einschränkt. Während die Ärzte des Stadtsitals A. ___ ihm in dieser Tätigkeit noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestierten (vorstehend E. 3.2), gingen die Ärzte der Rehaklinik B. ___ und Dr. F. ___ davon aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund seines Rückenleidens seine angestammte Tätigkeit als Hilfselektriker nicht mehr ausüben könne (vorstehend E. 3.3, 3.7 und 3.10).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Frage, ob der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit vollumfänglich oder lediglich teilweise arbeitsunfähig ist, kann letztlich offen gelassen werden, ist doch unter den gegebenen Umständen vielmehr entscheidend, wie es sich mit seiner Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit verhält.

4.2 Ä Ä Ä Anfang 2008 war der Beschwerdeführer für rund eineinhalb Monate in der Rehaklinik B. ___ hospitalisiert, wo klinische und bildgebende Untersuchungen sowie therapeutische Massnahmen durchgeführt wurden. In ihrem Austrittsbericht (vorstehend E. 3.3) attestierten die Ärzte dem Beschwerdeführer in einer (mindestens) leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit unter Berücksichtigung des von ihnen formulierten, rückschonenden Belastungsprofils eine volle Arbeitsfähigkeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen ihrer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung trugen die Ärzte der Rehaklinik B. ___ den objektivierbaren pathologischen Befunden Rechnung, liessen aufgrund der Divergenz zwischen dem Ausmass der vom Beschwerdeführer demonstrierten physischen Einschränkungen und den zu erhebenden Befunden aber zu Recht auch medizinisch-theoretische Überlegungen einfließen, ergänzt durch die Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Die Beurteilung erweist sich als umfassend sowie nachvollziehbar und schlüssig begründet, weshalb darauf abgestellt und der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit grundsätzlich als zu 100 % arbeitsfähig zu erachten ist, unter Berücksichtigung des von den Ärzten der Rehaklinik formulierten Belastungsprofils.

4.3 Ä Ä Ä Der Bericht von Dr. F. ___ vom April 2009 (vorstehend E. 3.7) vermag die Beurteilung der Ärzte der Rehaklinik B. ___ nicht in Zweifel zu ziehen. Im Vergleich zum Austrittsbericht der Ärzte der Rehaklinik B. ___ vom März 2008 (vorstehend E. 3.3) lassen sich diesem keine neuen Befunde entnehmen, die auf eine zwischenzeitlich eingetretene Verschlechterung des Zustands schliessen lassen. Wie die bereits durch die Ärzte des Stadtsitals A. ___ und der Rehaklinik B. ___ veranlassten MRI-Untersuchungen (vgl. vorstehend E. 3.2-3) ergab auch die von Dr. F. ___ erwählte MRI-Untersuchung vom 3. März 2009 (lediglich) degenerative Veränderungen ohne Reizung beziehungsweise Kompression der absteigenden Nervenwurzel L5 und ohne Anhaltspunkte für eine eigentliche neurale Kompression. Diesem Befund haben die

Ärzte der Rehaklinik B.____ in ihrer Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung allerdings bereits Rechnung getragen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Soweit Dr. F.____ zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit die Durchführung eines Leistungstests anregte (vgl. auch E. 3.10), ist festzuhalten, dass in der Rehaklinik B.____ physische Leistungstests durchgeführt wurden, deren Resultate infolge Symptomausweitung und Selbstlimitierung für die Beurteilung der Belastbarkeit jedoch nur teilweise verwertbar waren, und die Ärzte davon ausgingen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Tests und im Training effektiv gezeigt worden sei (Urk. 8/16 S. 2 oben). Vor diesem Hintergrund sind von der erneuten Durchführung eines Leistungstests keine massgebenden neuen Erkenntnisse zu erwarten, zumal wie dargelegt von unveränderten Befunden auszugehen ist, und sich der Beschwerdeführer subjektiv als arbeitsunfähig erachtet (vgl. vorstehend E. 3.8 und 3.10).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weshalb der Beschwerdeführer aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht auch in einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich teilweise arbeitsfähig sein soll (vorstehend E. 3.10), begründete Dr. F.____ nicht näher und kann auch mit Blick auf die durch ihn erhobenen Befunde (Urk. 3/1 S. 4 oben) nicht nachvollzogen werden.

4.4 Ä Ä Ä Ä Die Beurteilung der Ärzte der Rehaklinik B.____ wird schliesslich durch den Bericht über die interdisziplinäre Schmerzbehandlung des Beschwerdeführers im Zentrum M.____ vom Januar 2011 (vorstehend E. 3.10) insofern gestützt, als sowohl der beigezogene Orthopäde Dr. K.____ als auch der beigezogene Rheumatologe Dr. N.____ aus rein orthopädischer beziehungsweise rein rheumatologischer Sicht von einer 100%igen (Rest)arbeitsfähigkeit ausgingen.

4.5 Ä Ä Ä Ä Was das vom Beschwerdeführer beklagte Blasenleiden anbelangt, so konnten weder die Ärzte der Rehaklinik B.____ noch die Neurologen Dr. G.____ und Dr. C.____ eine neurogene Ursache ausmachen (vorstehend E. 3.3, 3.5 und 3.7). Gestützt auf die Ergebnisse einer zytoskopischen Untersuchung verneinte der Urologe Dr. D.____, E.____, im September 2008 auch das Vorliegen einer infravesikalen Obstruktion und diagnostizierte nach erfolgter urodynamischer Abklärung eine Pollakisurie bei hypersensitiver, normokapazitärer, instabiler Harnblase. Er verneinte eine urologisch begründete Arbeitsunfähigkeit sowie die Notwendigkeit weiterer Abklärungen und veranlasste zur Verbesserung der Miktionssituation eine Botox-Injektion (vorstehend E. 3.6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das Blasenleiden des Beschwerdeführers wurde durch die zuständigen Fachspezialisten hinreichend abgeklärt, und es wurden therapeutische Massnahmen im Sinne einer Botox-Injektion in die Wege geleitet. Gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung des Urologen Dr. D.____ ist davon auszugehen, dass sich die Pollakisurie des Beschwerdeführers nicht auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkt und mittels Botox-Injektionen zudem eine Verbesserung der Situation erreicht werden kann. Abgesehen davon konnte die vom Beschwerdeführer beklagte Inkontinenzproblematik durch eine offenbar im Oktober 2008 im E.____ durchgeführte Botox-Injektion tatsächlich verbessert werden (vgl. Urk. 3/1 S. 3 oben und Urk. 8/43 S. 6 unten). Soweit der Beschwerdeführer nach erfolgter Injektion nurmehr Beschwerden beim Wasserlassen beklagte (vgl. Urk. 8/32/7 unten), vermag dies ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen.

4.6. Der Beschwerdeführer machte geltend, auch an Krebs zu leiden. Ausgewiesen ist, dass im Juli 2008 ein Hautkarzinom an seiner Unterlippe aufgetreten ist (vorstehend E. 3.1 sowie Urk. 8/43 S. 6 Mitte). Zudem wurde Ende 2011 offenbar auch ein Basaliom an der Nase operiert (Urk. 3/1 S. 4 oben). In den medizinischen Akten finden sich indes keine Hinweise auf ein derzeit aktives, behandlungsbedürftiges und sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkendes Krebsleiden.

E. 5

5.1. Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers angeht, so ist ein Gutachten des Psychiaters Dr. J. ___ vom Juli 2010 aktenkundig, in welchem dieser eine sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkende Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei psychosozialer Belastung und chronischen Schmerzen diagnostizierte (vorstehend E. 3.9).

Das Gutachten ist für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustands umfassend, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben, beruht auf eigenen Untersuchungen und berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden. Der Gutachter legte sodann in nachvollziehbar und schlüssig begründeter Weise dar, dass beim Beschwerdeführer kein eigenständiger, erheblicher psychischer Gesundheitsschaden erhoben werden könne, sondern eine psychosoziale Belastungssituation mit invaliditätsfremden Belastungsfaktoren bestehe, auf welche er situationsadäquat mit mäßig bis leichtgradig ausgeprägten depressiven Symptomen reagiere.

Das psychiatrische Gutachten erfüllt somit alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.3) vollumfänglich, so dass grundsätzlich darauf abzustellen ist.

5.2. Der Bericht von Dr. H. ___ und Dr. phil. I. ___ vom Juni 2009 (vorstehend E. 3.8) vermag das Gutachten von Dr. J. ___ nicht in Zweifel zu ziehen.

So wurde darin weder dargelegt, weshalb aufgrund des zu erhebenden psychopathologischen Befundes die Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung und mittelgradige depressive Episode zu stellen sind, noch enthält der Bericht eine nachvollziehbar begründete und durch Befunde untermauerte medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeitsbeurteilung. Das angeführte positive und negative Leistungsbild, gestützt auf welches Dr. H. ___ und Dr. phil. I. ___ auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit schlossen, ist nicht näher erläutert, enthält auch (fachfremde) somatische Komponenten und scheint im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben des Versicherten zu beruhen, welche jedoch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht massgebend sind.

Abgesehen davon legte Dr. J. ___ in Auseinandersetzung mit dem Bericht von Dr. H. ___ und Dr. phil. I. ___ in nachvollziehbarer und schlüssig begründeter Weise dar, dass sich beim Beschwerdeführer aufgrund der gut dokumentierten somatischen Ätiologie zumindest eines Teils der multiplen und wechselhaften körperlichen Beschwerden aus fachpsychiatrischer Sicht die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht stellen lasse, und weshalb die beschriebenen depressiven Beschwerden im Rahmen der psychosozialen Belastung als reaktiv zu beurteilen seien und die Bedingungen für einen eigenständigen Gesundheitsschaden im Sinne einer depressiven Episode nicht erfüllten (Urk. 8/43 S. 11 oben).

5.3. Der Bericht über die interdisziplinäre Schmerzbehandlung des Beschwerdeführers im Zentrum M. ___ vom Januar 2011 (vorstehend E. 3.10) vermag ebenfalls zu keiner abweichenden Beurteilung zu führen.

Soweit aus psychiatrischer Sicht erneut die Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung und mittelgradige depressive Episode genannt wurden, wird dies auch hier nicht begründet und durch psychopathologische Befunde unterlegt. Das gleiche gilt für die interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die aus interdisziplinärer Sicht attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit vermag nicht zu überzeugen, zumal fast alle beigezogenen Somatiker aus der Sicht ihres Fachgebietes von einer 100%igen Restarbeitsfähigkeit ausgingen beziehungsweise ihre gegebenenfalls abweichende Einschätzung nicht näher begründeten, und die postulierten psychischen und neuropsychologischen Defizite sowie deren konkrete Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht näher dargelegt wurden.

5.4. Die Beurteilung durch Dr. J. ___, wonach sich die zu diagnostizierende Anpassungsstörung nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirke, vermag schliesslich auch insofern zu überzeugen, als eine Anpassungsstörung auch im Lichte der Rechtsprechung hinsichtlich der grundsätzlich fehlenden invalidisierenden Wirkung ätiologisch-pathogenetisch unerklärlicher syndromaler Leidenszustände keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auslöst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_65/2007 vom 30. November 2007 E. 2.3). Die Beschwerdegegnerin hat indes zutreffend darauf hingewiesen (Urk. 7 S. 3 unten), dass rechtsprechungsgemäss bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen ist, ob eine seelische Abwegigkeit mit Krankheitswert besteht, welche den Versicherten auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen, beziehungsweise ob ein pathogenetisch (ätiologisch) unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, und dass dies namentlich auch für Anpassungsstörungen gilt (Urteil des Bundesgerichts 8C_322/2010 vom 9. August 2010 E. 5.2 und Urteil 9C_408/2010 vom 22. November 2010 E. 5.2, je mit Hinweisen).

Zur Prüfung der Frage, ob einer Anpassungsstörung ausnahmsweise doch invalidisierende Wirkung zukommt, wendet die Rechtsprechung die zur somatoformen Schmerzstörung entwickelten Kriterien (BGE 130 V 352) analog an (Urteil des Bundesgerichts 9C_408/2010 vom 22. November 2010 E. 5.2 mit Hinweisen).

Danach setzt die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer voraus. Fehlt es an einer solchen psychischen Komorbidität, müssen weitere qualifizierte Kriterien mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllt sein. Es sind dies (1) chronische körperliche Begleiterkrankungen und ein mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, (2) ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, (3) ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn, "Flucht in die Krankheit", im Gegensatz zum sekundären Krankheitsgewinn) oder (4) unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem

therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 mit Hinweisen).

5.5. Bei dem Beschwerdeführer ist das Vorliegen einer massgeblichen Komorbidität zu verneinen. Dr. J. ___ konnte insbesondere keine schweren depressiven Symptome feststellen und beurteilte die vom Beschwerdeführer beschriebenen mittels bis leichtgradig ausgeprägten depressiven Symptome nicht als Ausdruck eines eigenständigen, erheblichen psychischen Gesundheitsschadens, sondern als situationsadäquate Reaktion auf die psychosoziale Belastungssituation. Somit bleiben Intensität und Konstanz der alternativ zum Zuge kommenden weiteren praxisgemässen Kriterien zu prüfen.

Mit Blick auf das Rücken- und Blasenleiden des Beschwerdeführers liegen zwar körperliche Begleiterkrankungen vor, wobei in Bezug auf das Rückenleiden von einem chronischen, mehrjährigen Krankheitsverlauf ohne längerdauernde Rückbildung ausgegangen werden kann. Aufgrund der vorhandenen Arbeitsfähigkeit hinsichtlich diesbezüglich angepasster Tätigkeiten ist das Kriterium indessen nicht allzu stark zu gewichten. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist nicht ausgewiesen, zumal der Beschwerdeführer sowohl vor als auch nach der Untersuchung durch Dr. J. ___ in der Lage war, Ferien zu machen beziehungsweise seine Angehörigen in Serbien zu besuchen (Urk. 8/43 S. 1 unten). In Bezug auf die Behandlungsbemühungen ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zwar Anfang 2008 für rund eineinhalb Monate in der Rehaklinik B. ___ hospitalisiert war (vgl. vorstehend E. 3.3) und sich mehr oder weniger regelmässig zu Dr. phil. I. ___ in Therapie zu begeben scheint (vgl. Urk. 8/43 S. 7 oben). Die Physiotherapie hat er allerdings abgebrochen und zudem lehnt er jährliche Operationen zur Verbesserung der Miktionssituation ab (Urk. 8/43 S. 6 unten, S. 7 Mitte). Zudem kann davon ausgegangen werden, dass seine subjektive Krankheitsüberzeugung (vgl. Urk. 3/1 S. 5 oben) die Behandlungsbemühungen behindert. In Anbetracht dieser Umstände kann das Kriterium der konsequent durchgeführten Behandlungsbemühungen lediglich ansatzweise als erfüllt betrachtet werden. Für das Vorliegen eines primären Krankheitsgewinns im Sinne eines verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Konflikts liefern die medizinischen Akten schliesslich keine Anhaltspunkte. Doch selbst wenn von einem solchen auszugehen wäre, ergibt eine Gesamtwürdigung der bei fehlender Komorbidität zu prüfenden Kriterien, dass zwar mehrere davon vorliegen, diese jedoch nicht so stark ausgeprägt sind, dass auf eine ausnahmsweise Unüberwindbarkeit der diagnostizierten Anpassungsstörung zu schliessen wäre.

Damit ist die Beurteilung durch Dr. J. ___ auch mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur willentlichen Überwindbarkeit pathogenetisch (etiologisch) unklarer syndromaler Zustände nicht zu beanstanden.

6. Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt somit als dahingehend erstellt zu erachten, dass beim Beschwerdeführer aus somatischer Sicht ein Rückenleiden besteht, welches aber einer vollzeitlichen Tätigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit, unter Berücksichtigung des von den Ärzten der Rehaklinik B. ___ formulierten Belastungsprofils, nicht entgegensteht, und dass sich die aus psychiatrischer Sicht zu stellende Diagnose nicht limitierend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Allfällige weitergehende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gründen

in psychosozialen Umständen und sind deshalb nicht anspruchsbegründend.

E. 7

7.1 Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich (vgl. Urk. 8/49) blieb unbestritten und ist nicht zu beanstanden. Ausgehend von einem Stundenlohn von Fr. 30.-- (Urk. 8/11 Ziff. 2.11) errechnete sie zutreffenderweise ein per 2008 massgebendes Valideneinkommen von Fr. 61'200.--, was mit Blick auf die im Auszug des individuellen Kontos ausgewiesenen Einkommen der Vorjahre (Urk. 8/26) als grosszügig zu werten ist. Die Beschwerdegegnerin ging sodann richtigerweise davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer einfachen und repetitiven Tätigkeit in dem ihm zumutbaren Vollzeitpensum ein Einkommen von Fr. 59'979.-- erzielen konnte und gewährte einen nicht zu beanstandenden Abzug vom Tabellenlohn von 10 %, womit ein Invalideneinkommen von Fr. 53'981.-- resultierte. Damit beträgt der Invaliditätsgrad 12 %, weshalb dem Beschwerdeführer keine Rente der Invalidenversicherung zusteht (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

7.2 Damit erweist sich die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 29. März 2011 als rechens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

E. 8

8.1 Vorliegend sind beim Beschwerdeführer die Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung erfüllt (vgl. Urk. 13/1 und Urk. 14).

Antragsgemäss (Urk. 1 S. 2 oben Ziff. 3) ist deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen.

8.2 Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 GSVGer.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 29. April 2011 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Die Beschwerde gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht 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.