

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00846 vom 13. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00846

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00846 du 13 septembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00846 del 13 settembre 2012

Erwägungen

E. 3

3.1 Die Gutachter des Y. (Y.) erstatteten am 22. Januar 2004 ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 7/54). Das Gutachten ist von Dr. med. Z., Facharzt FMH für Innere Medizin, und Dr. med. A., Facharzt FMH für Innere Medizin, unterzeichnet. Die rheumatologische Untersuchung erfolgte durch Dr. med. B. (S. 7 ff.).

Die Gutachter nannten als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14 Ziff. 5.1):

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links
- radiomorphologisch medio-linkslateral gelegene Diskushernie bei L5/S1 ohne radiomorphologisch oder klinisch eindeutige Nervenwurzelkompression
- radiomorphologisch degenerative Diskopathie zwischen L2 bis S1 sowie Spondylarthrose
- Wirbelsäulenfehlhaltung mit thorakolumbalen rechtskonvexer Skoliose, Entlastungshaltung des linken Beines
- muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen

Die Gutachter führten weiter aus, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Sargschreiner, welche als körperlich schwerbelastend eingestuft werden müsse, bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Diese basiere einzig auf der rheumatologischen Diagnose. Aus psychiatrischer und internistischer Sicht bestehe keine Diagnose, die die Arbeitsfähigkeit einschränke. Für adaptierte, körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten sei die Arbeitsfähigkeit unter gewissen Voraussetzungen (Vermeiden der Durchführung von repetitiven Bewegungsmustern und Einhaltung einer fixierten Körperposition über längere Zeit, Vermeidung von Heben und Tragen von schweren Lasten von über 20 kg) nicht eingeschränkt (S. 15 Ziff. 6.1.2 und 6.1.4).

3.2 Dr. med. C., Spezialarzt für Chirurgie (und gemäss Briefkopf: speziell Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie), führte in einem Bericht vom 13. April 2005 (Urk. 7/76/6-7) aus, seit einem Verhebetrauma im Frühjahr 2000 beständen lumbale Beschwerden mit Ausstrahlung in die Beine linksbetont. Ferner habe der Beschwerdeführer Nacken- und Kopfschmerzen. Daneben beständen neuropsychologische Beschwerden mit Konzentrationsstörungen, rascher Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Schwindel und Depressionen mit Lust- und Interesselosigkeit, Sinnlosigkeitsgedanken und Gedankenkreisen. Ferner bestehe ein

Gleichschwindel (S. 1 Ziff. 2).

Der Beschwerdeführer sei aus psychischen und physischen Gründen in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Zur Zeit und bis auf Weiteres könne ihm auch keine andere Tätigkeit zugemutet werden (S. 2 Ziff. 3).

In der Folge attestierte Dr. C. dem Beschwerdeführer in einem Bericht vom 23. September 2006 (Urk. 7/94) für eine leichte, der Behinderung angepasste Tätigkeit mit wahlweise Sitzen oder Stehen, und insbesondere ohne Heben von schweren Lasten, eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 2).

Dr. C. führte sodann in einem Bericht vom 23. November 2007 (Urk. 7/106/23-24) aus, der Beschwerdeführer leide seit zirka sechs Jahren an chronischen lumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen ins linke Bein (S. 1). Die Abklärungen hätten als Befund eine linksseitige Diskushernie bei L5/S1 ergeben. Als Zweitproblem beständen ebenfalls seit einigen Jahren verstärkte Ellbogenschmerzen rechts, verbunden mit einer leichten Bewegungseinschränkung (S. 1 f.).

Im Übrigen ist auf die im Urteil des hiesigen Gerichts vom 29. Januar 2008, Verfahrensnummer IV.2006.01011 (Urk. 7/103, S. 4 ff., E. 3.1-3.8), erwähnten Arztberichte zu verwiesen.

E. 4

4.1 Die nachfolgend veranlassten Abklärungen ergeben folgendes Bild über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers:

Dr. C. beschrieb in einem Bericht vom 23. Juli 2008 (Urk. 7/107) eine massive klinische Verschlechterung seit anfangs April 2008 mit einer deutlichen Zunahme des lumbo-vertebralen Syndroms mit Ausstrahlung links. Er führte weiter aus, eine Untersuchung vom 22. April 2008 (MRI) habe als Befund eine ausgedehnte parazentrale Diskushernie bei L5/S1 links mit entsprechender neuraler Kompression ergeben. Aufgrund des Befundes werde ab April 2008 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

Die Ärzte des D. nannten in einem Bericht vom 22. April 2009 (Urk. 7/119) als Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit unter anderem eine mittelgradige depressive Episode als Unfallfolge und als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eine passiv-abhängige sowie eine histrionische Persönlichkeit (Ziff. 1.1-1.2).

In einem geschätzten Rahmen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 40 - 60 % (Ziff. 2.1).

Dr. phil. E., Klinischer Psychologe und Supervisor, und Dr. med. F., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, G. (G.), nannten in einem Bericht vom 22. April 2010 (Urk. 7/136/6-8) unter anderem als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Distorsion der Halswirbelsäule, eine mittelgradige depressive Episode als Folge eines Unfalles und ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (S. 1 Ziff. 1.1).

Sie führten aus, der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht zu 50 % arbeitsunfähig. Da er an Beschäftigungsprogrammen doch habe teilnehmen können, sei trotz psychischer Störungen eine gewisse Arbeitsfähigkeit vorhanden (S.

1). Der Beschwerdeführer sei nach drei bis vier Stunden subjektiv vollständig überfordert. Auch längere Pausen taten nichts (S. 3 Ziff. 1.7).

4.4 Dr. C. führte in einem weiteren Bericht vom 24. April 2010 (Urk. 7/137) aus, aufgrund des Befundes einer ausgedehnten parazentralen Diskushernie bei L5/S1 links mit entsprechender neuraler Komponente habe ab April 2008 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Der Beschwerdeführer sei seit April 2008 bis auf Weiteres auf eine intensive konservative Behandlung mit Physiotherapie und physikalischer Behandlung angewiesen (S. 2 Ziff. 1.4).

Zumutbar seien körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, insbesondere ohne Heben von schweren Lasten von mehr als 10 kg kurzfristig und 4 kg längerfristig. In einer solchen, der Behinderung angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig (S. 4 Ziff. 1.7).

4.5 Die Beschwerdegegnerin gab in der Folge ein weiteres Gutachten beim Y. in Auftrag. Das Gutachten datiert vom 13. September 2010 (Urk. 7/146) und ist von Dr. B., Dr. med. H., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I., Facharzt FMH für Innere Medizin, unterzeichnet.

Die Gutachter nannten als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 5.1):

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont
- Differentialdiagnose: intermittierendes sensomotorisches lumboradikulares Reizsyndrom bei L5/S1 links
- radiomorphologisch (MRT der Lendenwirbelsäule im April 2008) ausgedehnte parazentrale Diskushernie bei L5/S1 links
- aktuell klinisch keine eindeutigen radikulären sensiblen oder motorischen Defizite objektivierbar
- Wirbelsäulenfehlhaltung/-fehlform
- muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen
- chronische Epicondylopathia humeri radialis rechts

Die Gutachter stellten zudem die folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 5.2):

- Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung und algogener Verstimmung
- chronisches unspezifisches linksbetontes zervikales sowie zervikocephales Schmerzsyndrom
- Übergewicht mit BMI von 27 kg/m²

Die Gutachter führten aus, der Beschwerdeführer habe nach der definitiven Einreise in die Schweiz im März 1995 mehrheitlich als Hilfsarbeiter und ab August 1999 als Sargschreiner gearbeitet. Im Rahmen eines Arbeitsintegrationsprogrammes habe er ab Mai 2007 mit unterschiedlichen Arbeitspensen gearbeitet. Zuletzt habe er von

September 2009 bis März 2010 mit zirka 50 % gearbeitet. Die letzte Stelle sei ihm gekündigt worden, weil er das Arbeitspensum nicht mehr habe erfüllen können (S. 12 Ziff. 3.2.2).

Dr. H. ___ führte zur psychiatrischen Untersuchung aus, der Beschwerdeführer klagt über Depressionen. Aktuell sei aus objektiver Sicht keine schwere depressive Verstimmung festzustellen. Der Beschwerdeführer verhalte sich kommunikativ, affektiv schwingungsfähig, mit nur leichter Deprimiertheit. Er sei zur Zeit frei von Suizidideen. Die Diagnose einer depressiven Stimmung könne nicht gestellt werden. Die Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers seien somatisch nicht hinlänglich zu erklären. Somit bestehe eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung. Die chronischen Schmerzen hätten zu einer algogenen Verstimmung mit Gereiztheit, Lustlosigkeit und leichter Deprimiertheit geführt. Aus psychiatrischer Sicht liege keine Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor. Es liege auch kein psychische Störung vor, welche die Willensanspannung des Beschwerdeführers in entscheidendem Ausmass herabsetze. Der Beschwerdeführer sei auch nicht inaktiv. Er bewältige seinen Haushalt selbständig. Er koche, putze und reinige seine Wünsche selbständig. Er führe auch mehrmals am Tag Spaziergänge im Wald durch. Oftmals suche er das Schwimmbad auf (S. 16 Ziff. 4.1.4-4.1.5). Aus psychiatrischer Sicht bestehe weder rückblickend noch aktuell eine Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 4.1.6). Der aktuelle Befund bestätige die Einschätzung im Y. ___-Gutachten aus dem Jahre 2004 voll. Hingegen könne die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht nachvollzogen werden (S. 16 Ziff. 4.1.8).

Dr. B. ___ stellte anlässlich der rheumatologischen Untersuchung ein zähes An- und Ausziehen der Kleidungsstücke ohne jegliche spontane Schmerzartikulation des Beschwerdeführers fest (S. 18 Ziff. 4.2.2). Dr. B. ___ führte weiter aus, der Beschwerdeführer habe in den vergangenen Jahren stets mehr oder weniger stark ausgeprägte persistierende lumbale Rückenbeschwerden mit intermittierenden, zum Teil stark ausgeprägten Ausstrahlungen von der Lendenwirbelsäule nach gluteal links sowie in den Ober- und Unterschenkel bis zum linken Fuss beklagt. Insbesondere 2008 habe eine massive Schmerzexazerbation bestanden, welche aus wirbelsäulenorthopädischer Sicht im Rahmen einer radiomorphologisch neu festgestellten ausgedehnten parazentralen Diskushernie auf Höhe L5/S1 links erklärt werden könne. Weiterhin finden bis heute regelmässige ambulante physiotherapeutische Behandlungsmassnahmen statt, obwohl der Beschwerdeführer angebe, dass die empfohlenen durchzuführenden kräftigenden und stabilisierenden Massnahmen wegen häufiger Schmerzexazerbation nicht durchgeführt werden könnten. Im Weiteren beständen intermittierende Verspannungen im Bereich der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur links mit zervikalen sowie zum Teil zervikocephalen Beschwerden links sowie anhaltenden Ellbogenbeschwerden rechts (S. 21 Ziff. 4.2.4 Mitte).

Im Status zeigten sich ausgedehnte Inkonsistenzen, indem sich der Beschwerdeführer zum Teil bei einfachsten zu präferierenden Bewegungsmustern immer wieder mit der Hand den Rücken massiere und kurz innehalte. Die segmentale Untersuchung der Lendenwirbelsäule habe deutliche Diskrepanzen ergeben. So habe sich die aktive Flexion der Lendenwirbelsäule im Verlauf bei mehrfacher Prüfung stetig verbessert (S. 21 f. Ziff. 4.2.4).

Es bestehe eine klare Indikation für einen konsequenten Kraftaufbau zur Stabilisierung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen, was jedoch einer optimalen Compliance von Seiten des Beschwerdeführers bedürfe (S. 23 Ziff. 4.2.8). Körperlich leicht belastende bis nur selten intermittierend mittelschwer belastende berufliche Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer unter bestimmten Bedingungen ganztags zu 80 % zumutbar. Er sollte seine Arbeitsplatzposition regelmäßig nach eigenem Gutdünken wechseln können. Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneigeposition sowie stereotype Rotationsbewegungen der Lendenwirbelsäule seien zu vermeiden. Ebenso sei das repetitive Heben, Stossen, Ziehen und Tragen von Lasten von über 10 kg zu vermeiden (S. 25 Ziff. 6.2 Mitte).

4.6 Dr. E. und Dr. F., G., nahmen am 23. Dezember 2010 (Urk. 7/151) zum Gutachten des Y. vom 13. September 2010 Stellung.

Die Ärzte des G. stellten fest, die Beschwerden des Beschwerdeführers seien im Gutachten des Y. oberflächlich aufgenommen worden. Auf knapp einer Seite des Gutachtens werde auch der Tagesablauf des Beschwerdeführers abgehandelt. Depression, Ängste, Schlafstörungen, Anspannung, Suizidgedanken sei alles, was man erfahre. Der Beschwerdeführer beklage seit dem Unfall vom März 2000 (Sturz während der Arbeit) Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, ausstrahlend ins linke Bein und den rechten Arm. Er habe Schlafstörungen mit wiederholtem Aufwachen (zirka vier bis sechs Stunden Schlaf pro Nacht) wegen Rückenschmerzen im lumbo-sacralen Bereich, Konzentrationsstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Sehstörungen, Schwindel, mehr Depressionen mit Lust- und Interesselosigkeit, Müdigkeit, Sinnlosigkeitsgedanken und Gedankenkreisen (S. 2 Ziff. 2-3).

Eine Fremdbeurteilung im G. im Jahr 2010 habe einen HAMD-Wert von 32 ergeben, was einer schweren Depression entspreche. Unter Einbezug aller Informationen sei von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen (S. 2 Ziff. 5). Der Beschwerdeführer sei 2009 über drei Monate im D. gewesen. Dort seien unter anderem die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode als Unfallfolge, einer passiv-abhängigen und einer histrionischen Persönlichkeit gestellt worden. Von Seiten der Gutachter des Y. werde lediglich eine Schmerzverarbeitungsstörung gesehen, was zudem eine falsche Diagnose sei, womit der Sachverhalt der Störung im Sinne einer langdauernden Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers und das Fehlen einer erfolgreichen Behandlung im G. nicht erklärt werden könne (S. 3 Ziff. 7).

Vorbehandler könnten Symptome sehr wohl in der Langzeitbeobachtung ermitteln. Dass der Beschwerdeführer affektiv schwingungsfähig sei, mit nur leichter Depressivität, sei nicht nachzuvollziehen. Es entbehre jeglicher Grundlage, die über lange Zeit von den Vorbehandlern beobachteten Symptome einfach zu ignorieren (S. 3 Ziff. 8).

Der Beschwerdeführer sei subjektiv als Sargschreiner, aber auch in angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Drei längere Beschäftigungsversuche hätten gezeigt, dass er rasch an Grenzen gelange. Aufgrund der neuropsychologisch bestätigten Depression, des positiven und negativen Leistungsbildes sowie der Arbeitsversuche sei der Beschwerdeführer auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 11).

nicht zu einer unzulässigen Vorbefassung. Die Begutachtung vom August 2010 erscheint vielmehr als offen und nicht vorbestimmt. Namentlich liegt nicht der Fall vor, dass der Gutachter sein früheres rheumatologisches Teilgutachten aus dem Jahr 2004 hätte überprüfen oder kontrollieren müssen. Weitere Anhaltspunkte, die auf Befangenheit des Gutachters schliessen lassen, sind nicht ersichtlich.

5.2 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist sodann 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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Der Beschwerdeführer brachte weiter vor, Dr. B. habe ihn nur ausserordentlich oberflächlich untersucht. Er habe den Mediziner ausdrücklich auf seinen Ellenbogen aufmerksam gemacht (Urk. 1 S. 3 Ziff. 11). Das Gutachten vom 13. September 2010 beruht auf den erforderlichen Untersuchungen. Dr. B. stellte bei der rheumatologischen Untersuchung eine deutliche Druckdolenz am rechten Epicondylus humeri radialis des Beschwerdeführers fest (vgl. Urk. 7/146 S. 19 unten). Der Gutachter ist daher sehr wohl auf die geklagten Beschwerden eingegangen. Wenn die Begutachtung nicht so herausgekommen ist, wie es sich der Beschwerdeführer erhofft hat und die Gutachter bezüglich der vorgebrachten Beschwerden am Ellbogen keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen konnten (Urk. 7/146 S. 24 Ziff. 5.1), kann dies nicht gegen das Gutachten angeführt werden.

Dafür dass die psychiatrische Begutachtung durch Dr. H. lediglich 20 Minuten gedauert hat, wie der Beschwerdeführer vorbrachte (Urk. 1 S. 5 Ziff. 20), finden sich keine Anhaltspunkte. Die Ausführungen im Gutachten lassen nicht auf eine derart kurze Dauer der Begutachtung schliessen (Urk. 7/146 S. 13 ff.). Das Gutachten erweist sich im Übrigen für die strittigen Belange als umfassend. Es erfolgte in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten und vermag in der Beurteilung der medizinischen Situation und den Schlussfolgerungen der Fachärzte zu überzeugen. Auf das Gutachten kann daher abgestellt werden. Entsprechend erweist sich die Anordnung eines Gerichtsgutachtens als entbehrlich.

5.3 Zum Zeitpunkt der ersten Begutachtung im Y. im September 2003 war der Beschwerdeführer nach Einschätzung der Gutachter für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten unter Berücksichtigung gewisser Einschränkungen nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (Urk. 7/54 S. 15 Ziff. 6.1.4).

Nach dem Gutachten vom 13. September 2010 besteht in einer angepassten Tätigkeit noch eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % (Urk. 7/146 S. 26 Ziff. 6.8). Gemäss Dr. C. liegt die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit dagegen bei 50 % (Urk. 7/137 S. 4 Ziff. 1.7). Zur Beurteilung durch Dr. C. ist zu sagen, dass der behandelnde Arzt dem Beschwerdeführer bereits früher eine höhere Arbeitsunfähigkeit zwischen 50 % und 100 % attestiert hatte (vgl. Urk. 7/76/7, Urk. 7/94 S. 1). Während die Gutachter explizit eine leichte Verschlechterung seit April 2008 feststellten, welche die reduzierte Arbeitsfähigkeit von

80 % begründet (Urk. 7/146 S. 25 Ziff. 6.3), ergibt sich aus den Berichten von Dr. C.____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht eindeutig, da der Beschwerdeführer nach Dr. C.____ bereits früher mindestens zu 50 % arbeitsunfähig war.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In psychiatrischer Hinsicht stellten die Gutachter die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung und algogener Verstimmung (Urk. 7/146 S. 24 Ziff. 5.2). Der Y.____-Gutachter Dr. H.____ konnte die von den Ärzten des D.____ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht bestätigen (Urk. 7/146 S. 16 Ziff. 4.1.8). Weitere Angaben zu den Diagnosen und zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers fehlen in dem knapp anderthalb Seiten umfassenden Bericht der Ärzte des D.____ vom 22. April 2009 (Urk. 7/119). Was die Berichte des G.____ betrifft, so bleibt sodann unklar, weshalb im Bericht vom 22. April 2010 mit dem Hinweis, dass doch eine gewisse Arbeitsfähigkeit vorhanden sei, von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgegangen wurde (Urk. 7/136/6), in der Stellungnahme vom 23. Dezember 2010 jedoch plötzlich eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % auch für eine angepasste Tätigkeit attestiert wurde (Urk. 7/151 S. 4 Ziff. 1). Das Gutachten des Y.____ vom 13. September 2010 vermag demgegenüber in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu überzeugen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer hält dafür, er leide mit Sicherheit seit dem Jahr 2000 an einer somatoformen Schmerzstörung (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 22). Die Gutachter des Y.____ stellten in psychiatrischer Hinsicht einzig die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung und algogener Verstimmung, nicht aber einer somatoformen Schmerzstörung (Urk. 7/146 S. 24 Ziff. 5.2). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts besteht bei einer fachärztlich diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und ähnlichen pathogenetisch-etiologisch unklaren Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage die Vermutung, dass deren Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung zu überwinden sind (vgl. BGE 130 V 352). Entsprechend ist auch vorliegend davon auszugehen, dass allfälligen Folgen der im Gutachten gestellten Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung und algogener Verstimmung vom Beschwerdeführer mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind, nachdem keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die diesbezügliche Einschränkung im Urteil von 2008 (Urk. 7/103 S. 12 f. E. 4.3) zu revidieren wäre, und bereits in medizinischer Hinsicht allfällige Einschränkungen als weitgehend überwindbar beurteilt wurden (Urk. 7/146 S.16 Ziff. 4.1.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass nach Eintritt einer gesundheitlichen Verschlechterung seit April 2008 in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 80 % besteht.

6.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

6.1Ä Ä Ä Ä Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 könnten (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (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 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

6.2 Bei der Ermittlung des ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den Gesundheitsschaden, aber sonst bei unveränderten Verhältnissen verdienen würde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 E. 3 b mit Hinweisen). Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 101 E. 3 b am Ende, ZAK 1990 S. 519 E. 3 c).

6.3 Die Beschwerdegegnerin bestimmte das Valideneinkommen anhand des vom Beschwerdeführer als Sargschreiner erzielten Lohnes (Urk. 7/155 S. 1, Urk. 7/56).

Nach dem Arbeitgeberbericht der K. ___ AG, des letzten Arbeitgebers des Beschwerdeführers, vom 12. Juli 2001 hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2001 in dieser Tätigkeit Fr. 4'690.-- pro Monat verdienen können (Urk. 7/2 Ziff. 16), was einem Jahreseinkommen von Fr. 60'970.-- (Fr. 4'690.-- x 13) entspricht.

Unter Berücksichtigung einer Nominallohnentwicklung von 13.04 % bis ins Jahr 2010 (Indexstand 1902 im Jahr 2001; Indexstand 2150 im Jahr 2010; Die Volkswirtschaft 6-2007 S. 91 Tabelle B10.3, Nominal Total Männer; Die Volkswirtschaft 6-2012 S. 95 Tabelle B10.3) ergibt sich für das Jahr 2010 ein Valideneinkommen von Fr. 68'920.-- (Fr. 60'970.-- x 1.1304).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die seit 2008 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 04-2012 S. 94 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

6.5 Nach dem im Gutachten des Y. ___ vom 13. September 2010 genannten Belastungsprofil hat der Beschwerdeführer Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneigeposition sowie stereotype Rotationsbewegungen der Lendenwirbelsäule zu vermeiden. Ebenso ist das repetitive Heben, Stossen, Ziehen und Tragen von Lasten von über 10 kg zu vermeiden (Urk. 7/146 S. 25 Ziff. 6.2 unten).

Angesichts der lediglich auf einzelne Zwangspositionen und repetitive Belastungen beschränkten Limitierungen steht dem Beschwerdeführer ein weites Spektrum an leidensangepassten Tätigkeiten offen, so dass auf den mittleren Monatslohn abzustellen ist, den Männer im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige in einfachen und repetitiven Tätigkeiten im Jahr 2010 erzielten, also Fr. 4'901.-- (Die Volkswirtschaft 6-2012, S. 95, Tab. B10.1, Niveau 4). Umgerechnet auf ein Jahr, angepasst an die wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden im Jahr 2010 (Die Volkswirtschaft, a.a.O., S. 94, Tab. B9.2) und die Arbeitsfähigkeit von 80 % resultiert für das Jahr 2010 ein Invalideneinkommen von rund Fr. 48'932.-- (Fr. 4'901.-- x 12 : 40 x 41.6 x 0.8).

Die aus ärztlicher Sicht formulierten Einschränkungen des Belastungsprofils sind nicht derart gravierend, dass sich ein Abzug vom Tabellenlohn im vom Beschwerdeführer beantragten Umfang von 20 % rechtfertigen liesse, zumal dieser selber dabei auch seine schlechten Sprachkenntnisse als invaliditätsfremden Faktor berücksichtigt wissen wollte (Urk. 1 S. 6 Ziff. 24). Umgekehrt kann aber auch der Beschwerdegegnerin nicht gefolgt werden, die - ohne dies zu begründen - gar keinen Abzug vorgenommen hat (Urk. 7/155 S. 2).

Insgesamt erscheint ein Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von 10 % als sachgerecht, womit sich das Invalideneinkommen auf rund Fr. 44'039.-- beläuft.

6.6. Stellt man das Valideneinkommen von Fr. 68'920.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 44'039.-- gegenüber, resultiert eine Einkommensdifferenz von Fr. 24'881.--, was einem Invaliditätsgrad von 36 % entspricht.

Der Beschwerdeführer hat damit keinen Rentenanspruch. Dementsprechend ist die angefochtene Verfügung zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

E. 7

7.1. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

7.2. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers reichte dem Gericht am 13. Juli 2012 die Honorarnote über Fr. 3'197.90 (Urk. 19) ein. Der geltend gemachte Aufwand von 11.50 Stunden ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. Angesichtes der dem Rechtsvertreter bereits aus dem Vorbescheidverfahren bekannten Akten (vgl. Urk. 7/166) und einer Beschwerdeschrift von rund fünfzehn Seiten ist der unentgeltliche Rechtsvertreter mit Fr. 1'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Sebastian Lorentz, Zürich, wird mit Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Sebastian Lorentz
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- BVG-Sammelstiftung Swiss Life
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv 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.