

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00942 vom 9. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00942

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00942 du 9 janvier 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00942 del 9 gennaio 2012

Erwägungen

E. 2

Ä Ä Ä Ä Ä Gegen die VerfÄ¼gung vom 8. Juli 2011 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 9. September 2011 Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene VerfÄ¼gung sei aufzuheben und die Sache sei zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurÄ¼ckzuweisen (Urk. 1). Die IV-Stelle beantragte in der Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2011 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Am 24. November 2011 wurde die Beschwerdeantwort dem Versicherten zugestellt. Gleichzeitig wurde sein Gesuch betreffend GewÄ¼hrung der unentgeltlichen ProzessfÄ¼hrung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes bewilligt und der von ihm eingereichte aktuelle Bericht des D.____ vom 21. Oktober 2011 (Urk. 13) der IV-Stelle zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 14).

Das Gericht zieht in ErwÄ¼gung:

1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä

1.1Ä Ä Ä Ä Ä InvaliditÄ¼t ist die voraussichtlich bleibende oder lÄ¼ngere Zeit dauernde ganze oder teilweise ErwerbsunfÄ¼higkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes Ä¼ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die InvaliditÄ¼t kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes Ä¼ber die Invalidenversicherung, IVG). ErwerbsunfÄ¼higkeit ist der durch BeeintrÄ¼chtigung der kÄ¼rperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der ErwerbsmÄ¼glichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). FÄ¼r die Beurteilung des Vorliegens einer ErwerbsunfÄ¼higkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen BeeintrÄ¼chtigung zu berÄ¼cksichtigen. Eine ErwerbsunfÄ¼higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht Ä¼berwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2Ä Ä Ä Ä Ä Invalide oder von einer InvaliditÄ¼t (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemÄ¼ss Art. 8 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit:

a.Ä Ä Ä diese notwendig und geeignet sind, die ErwerbsfÄ¼higkeit oder die FÄ¼higkeit, sich im Aufgabenbereich zu betÄ¼tigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und

b.Ä Ä Ä die Voraussetzungen fÄ¼r den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfÄ¼llt sind (Abs. 1).

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis). Nach Massgabe der Artikel 13 und 21 besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Artikel 16 Absatz 2 Buchstabe c besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbstätigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen in:

a. medizinischen Massnahmen;

a bis . Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung;

b. Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe);

d. der Abgabe von Hilfsmitteln (Abs. 3);

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

a. ihre Erwerbstätigkeit 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).

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge

und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

1.6 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 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.7 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt 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 bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41.9 Stunden, seit 2008 von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2011 S. 98 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).

2. Bei

2.1 Die Beschwerdegegnerin führte zu ihrem Entscheid aus, die Abklärungen hätten gezeigt, dass beim Beschwerdeführer kein Gesundheitsschaden vorliege, der die Arbeitsfähigkeit längerfristig beeinträchtige. Sowohl in angepasster als auch in der bisherigen mittelschweren Tätigkeit in der Abfallentsorgung bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit.

Bei Im Rahmen der Begutachtung durch das C. habe entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers auch eine Auseinandersetzung mit den Berichten des D. stattgefunden. Im C.-Gutachten sei nachvollziehbar dargelegt worden, dass die von den Ärzten des D. attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht begründet sei.

Da auch in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei, bestehe weder Anspruch auf Arbeitsvermittlung noch auf eine Rente (Urk. 2 S.

1 f., Urk. 7 S. 1 f.).

2.2. Der Beschwerdeführer führte aus, im internistischen Teilgutachten zum C.____-Gutachten sei eine signifikante koronare Herzerkrankung als unwahrscheinlich erachtet und darauf hingewiesen worden, dass noch eine urologische Untersuchung erfolgen müsse. Diese sei bis heute nicht durchgeführt worden. Die Beschwerdegegnerin habe nicht dargelegt, weshalb sie dies bis jetzt nicht veranlasst habe. Dies sei auf jeden Fall nachzuholen.

Im Austrittsbericht des D.____ vom 9. August 2010 sei festgehalten worden, dass die 2008 und 2010 erlittenen Unfälle und die damit verbundene Arbeitsunfähigkeit zu einer kompletten Veränderung der Lebenssituation geführt hätten. Auch eine angepasste Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Dies habe Dr. med. E.____, Spezialarzt für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, im Bericht vom 24. Mai 2010 bestätigt.

Ein beweiskräftiges Gutachten habe sich auch mit abweichenden Beurteilungen auseinander zu setzen. Dies sei vorliegend nicht erfolgt. Diesen Mangel habe die Beschwerdegegnerin unerwähnt gelassen (Urk. 1 S. 2 f.).

E. 3

3.1. Dr. E.____ erwähnte im Bericht vom 24. Mai 2010 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/17/1 f. Ziff. 1.1):

- zerviko-cephales Syndrom mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite nach HWS-Distorsion (Unfall vom 31. Oktober 2008)
- zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom
- posttraumatische Belastungsstörung
- psychosoziale Belastungssituation (Ehefrau mit schwerem Diabetes mellitus)
- Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion und Somatisierungstendenz bei psychosozialer Belastung (ICD-10 F43.22). Auf der Verhaltensebene erhebliche Symptomausweitung mit Aggravation und expressivem Schmerzverhalten, Selbstlimitierung und inkonsistentem Verhalten
- arterielle Hypertonie, trotz medikamentöser Einstellung mit Atacand Plus wiederholt erhöhte diastolische/systolische Blutdruckwerte
- chronische Sinusitis laut Angaben aus den Akten
- Status nach OSG-Distorsion links (konservativ behandelt) am 10. Februar 2010
- Adipositas per magna

Am 31. Oktober 2008 habe der Beschwerdeführer einen Verkehrsunfall (Heckaufprallkollision) mit Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) erlitten. Seither klage er über die typischen somatischen (Kopf- und Nackenschmerzen) und neuropsychologischen (erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, erhöhte Reizbarkeit, verminderte Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit) Beschwerden. Aktuell im Vordergrund stehe das zerviko-cephale Schmerzsyndrom, des Weiteren intermittierende Schwindel (Schwank- und Drehschwindel). Trotz intensiver konservativer Behandlung sei es zu keiner Besserung gekommen. Zusätzlich habe eine

depressive Entwicklung eingesetzt, verbunden mit Anpassungsstörung und anhaltender somatoformer Schmerzstörung. Zudem lägen die typischen klinischen Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung vor. Zusammen mit den internistischen Problemen liege eine sehr komplexe Situation vor. Weitere Abklärungen seien notwendig.

Erforderlich sei eine neurologische Untersuchung, eine Schwindelabklärung und unter Umständen eine Abklärung mittels Upright-MRI. Aufgrund der Gesamtsituation sei der Beschwerdeführer derzeit und bis auf weiteres nicht in der Lage, eine Erwerbstätigkeit auszuüben (Urk. 8/17/2 ff. Ziff. 1.4 ff.).

3.2.2 Dr. med. F. ____, Arzt für Allgemeine Medizin, führte im Bericht vom 30. Mai 2010 aus, der Beschwerdeführer leide an einem chronischen multifaktoriellen Zervikalsyndrom mit Schwindel und eingeschränkter kraniozervikaler Belastbarkeit und an einer Instabilität am oberen Sprunggelenk (OSG; Urk. 8/18/3 Ziff. 1.1). Als Folge des HWS-Schleudertraumas persistiere bis heute ein Zervikalsyndrom mit Schwindel. Der Beschwerdeführer sei weiterhin in Behandlung bei Dr. E. ____, der ihn auch für ein ambulantes psychosomatisches Programm angemeldet habe. Seit der Distorsion des oberen Sprunggelenks (OSG) am 10. Februar 2010 habe der Beschwerdeführer weitere habituelle Distorsionen am linken OSG erlitten. Es beständen anhaltende lokale Beschwerden am OSG und eine reaktive muskuläre Dysbalance am linken Bein. Die HWS-Problematik sei chronifiziert. Die OSG-Problematik sei in Abklärung. Bis auf weiteres sei der Beschwerdeführer beruflich nicht belastbar (Urk. 8/18/3 ff. Ziff. 1.1, 1.4-1.7).

3.3 Die Ärzte des D. ____, führten im Bericht vom 9. August 2010 aus, der Beschwerdeführer leide an einer mittelgradigen depressiven Episode ICD-10 F32.1), an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und an einer Adipositas per magna (Urk. 8/20/6). Der Beschwerdeführer sei im D. ____, zwischen dem 2. Juni und dem 27. Juli 2010 in der Tagesklinik behandelt worden (Urk. 8/20/ 6).

Ziel der Behandlung sei das Schmerz Coping und die Reduktion der Depression gewesen (Urk. 8/20/8). Der Beschwerdeführer habe regelmäßig und motiviert am Therapieprogramm teilgenommen. Die Depression habe reduziert werden können. Der Aktivitätsradius habe gesteigert werden können. Der Beschwerdeführer habe 5 kg an Gewicht verloren und er habe eine verbesserte Wahrnehmung der An- und Entspannung der Muskulatur. Der Beschwerdeführer habe in mittelgradig gebessertem Zustand entlassen werden können. Prognostisch günstig sei die motivierte Einstellung des Beschwerdeführers. Er wolle an seiner Gesundheit arbeiten. Es sei ihm empfohlen worden, sich weiterhin körperlichen und sozialen Aktivitäten zu widmen. Eine Weiterbehandlung sei angezeigt. Die psychotherapeutische Nachbehandlung finde im Zentrum statt. Es bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/20/9).

Im neusten Bericht vom 21. Oktober 2011 ergänzten die Ärzte des D. ____, die gestellten psychiatrischen Diagnosen. Zusätzlich diagnostizierten sie ein zerviko-cephales und ein lumbo-vertebrales Syndrom sowie einen Status nach OSG-Distorsion links am 10. Februar 2010 (Urk. 13 S. 1). Im Bereich der HWS beständen Druckdolenzen und Einschränkungen in der Beweglichkeit. Auch die Lendenwirbelsäule (LWS) sei druckdolent gewesen. Die Brustwirbelsäule (BWS) und die LWS seien uneingeschränkt beweglich gewesen. Am linken Fuss seien im Bereich des Sprunggelenks keine relevante Schwellung, jedoch ein Druckschmerz vorhanden gewesen.

Die verschiedenen Schmerzen würden medikamentös behandelt. Die Depression sei aufgrund der Tagesstruktur und der vermehrten sozialen Kontakte zur Zeit mittelgradig ausgeprägt.

 Durch eine Steigerung des Aktivitätsniveaus habe eine Gewichtsreduktion von 5 kg erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe motiviert am Therapieprogramm teilgenommen. Der Beschwerdeführer unternehme tuglich Spaziergänge in flachem Gelände. Die öffentlichen Verkehrsmittel könne er selbständig benützen. Bei Anstrengung komme es vermehrt zu Schmerzen im Bereich von Nacken und Schulter. Er benötige immer wieder Pausen.

 Keine Tätigkeit könne längere Zeit ausgeführt werden. Treppensteigen und längere Spaziergänge verursachten Schmerzen im Fuss. Insgesamt sei für keine berufliche Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit gegeben. Prognostisch günstig sei die hohe Motivation des Beschwerdeführers, an seiner Gesundheit zu arbeiten. Ungünstig seien die anhaltenden gesundheitlichen Probleme (Urk. 13 S. 4 ff.).

3.4 Am 23. November und am 7. Dezember 2010 wurde der Beschwerdeführer durch die Ärzte des C.____ internistisch, neurologisch und psychiatrisch begutachtet (Urk. 8/42/1). Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter keine (Urk. 8/42/15 lit. E. Ziff. 1). Als weitere Diagnosen erwähnten sie (Urk. 8/42/15 lit. E Ziff. 2):

- Status nach HWS-Distorsionsverletzung bei Heckaufprall am 31. Oktober 2008, stattgehabte HWS-Distorsion OTF I/II, inadequater Beschwerdeverlauf, keine orthopedischen und neurologischen Traumafolgen
- Status nach relativ frischer fibularer Banddistorsion rechts am 3. Dezember 2010 mit noch mässiger Hematomschwellung, Regredienz innert weniger Wochen zu erwarten
- Hypertonie
- Hypercholesterinemie
- Adipositas per magna BMI 37 kg/m²
- Tendenz zu Diabetes mellitus
- Zervikocephalgie ohne Hinweis für eine organisch-neurologische Genese, DD Spannungskopfschmerz
- hypochondrische Befürchtung F45.2
- undifferenzierte Somatisierungsstörung F45.1
- Nikotinabusus

 Bis zum Datum der Heckauffahrkollision vom 31. Oktober 2008 weise die Anamnese des Beschwerdeführers keine gravierenden Erkrankungen oder Unfälle auf.

 Beim Unfall vom 31. Oktober 2008 sei der Beschwerdeführer als Beifahrer angeschnallt gewesen. Das Fahrzeug habe über eine Kopfstütze verfügt und der Airbag sei nicht ausgelöst worden. In unfallnahen Arztberichten sei von einem Kopfanprall die Rede. Der Anprall des Kopfes an der Nackenstütze sei jedoch nicht pathologisierend. Im Erhebungsblatt der SUVA vom 22. Januar 2009 sei das unmittelbare

Auftreten von Schwindel, Nacken- und Rückenschmerzen erwähnt. In der aktuellen anamnestischen Befragung des Beschwerdeführers habe dieser abweichend davon erwähnt, er habe nur geringe Beschwerden empfunden und habe sich erst am Folgetag aufgrund von zunehmenden Beschwerden in ärztliche Behandlung begeben. Die kollisionsbedingte Geschwindigkeit habe zwischen 9.6 und 12.1 km/h gelegen. Bildgebend und neurologisch hätten keine traumatischen Läsionen nachgewiesen werden können.

Bei der Begutachtung sei die Beweglichkeit der HWS allenfalls endphasig schmerzhaft eingeschränkt gewesen. Ein messbares Defizit sei nicht aufgefallen. Es bestehe ein statisch ungünstiger kurzbogiger Rundrücken im Sinne eines sogenannten Stiernackens bei einer allgemein nur grenzwertig leistungsfähigen Rumpfmuskulatur. Anzeichen für eine rumpfmuskuläre Verkürzung oder eine rumpfmuskuläre Dysbalance seien keine vorhanden gewesen.

Das Übergewicht des Beschwerdeführers verursache naturgemäss eine stetig anhaltende Fehl- und Überbelastung des gesamten Achsenorgans, des Rumpfes und der lasttragenden Gelenke. Eine deutliche Gewichtsreduktion im Rahmen von 30 bis 35 kg wäre wünschbar und würde die Prognose entscheidend verbessern. Der neurologische Befund sei wie der orthopädische unauffällig gewesen. Im Rahmen der psychiatrischen Abklärung habe sich gezeigt, dass eine hypochondrische Befürchtung und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung vorliege.

Spätestens ein Jahr nach dem Unfall vom 31. Oktober 2008 sei der Beschwerdeführer wieder in der Lage gewesen, seine bisherige Tätigkeit in vollem Umfang auszuüben. Eine Arbeitsunfähigkeit seit dem 31. Oktober 2009 sei nicht mehr gegeben. Die bisherige Tätigkeit im Reinigungsdienst und in der Kehrrichtentsorgung und andere mittelschwere Tätigkeiten seien zumutbar. Körperlich schwere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer aufgrund der überwiegend alterassozierten degenerativen Schäden an der Wirbelsäule nicht zumutbar. Im Falle einer Gewichtsminderung, die in der Eigenverantwortung des Beschwerdeführers liege, sei mit einer Minderung der geklagten Beschwerden zu rechnen. Die bisherige Tätigkeit oder jede andere mittelschwere Tätigkeit könne der Beschwerdeführer in vollem Pensum ausüben (Urk. 8/42/16 ff. lit. F).

E. 4

4.1 Die C.____-Gutachter untersuchten den Beschwerdeführer interdisziplinär, das heisst orthopädisch, internistisch, neurologisch und psychiatrisch. Nach Auffassung des Beschwerdeführers wäre zusätzlich eine urologische Untersuchung nötig gewesen.

Der internistische Teilgutachter des C.____, Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, wies auf eine seit einem Jahr bestehende Pollakisurie (häufige Entleerung kleiner Harnmengen) bei normalem Urinstatus am 1. Juni 2010 hin. Er erachtete die Pollakisurie als urologisch abklärungswürdig, kam jedoch zum Schluss, dass diese keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit bewirke. Bei den internistischen Diagnosen fand die Pollakisurie keine Erwähnung (Urk. 8/42/29 f. Ziff. 3 f.).

Da nach gutachterlicher Beurteilung eine Pollakisurie keine längerfristigen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat, ist es nicht zu beanstanden,

dass die Beschwerdegegnerin keine urologische Abklärungen veranlasst hat. Von der gutachterlichen Feststellung von Dr. G.____ ist auszugehen. Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass seine Einschätzung nicht zutrifft. Auch der Beschwerdeführer vermochte keine solchen Gründe zu nennen.

4.2 In der Beschwerdeschrift erwähnte der Beschwerdeführer, laut C.____-Gutachten sei eine koronare Herzerkrankung unwahrscheinlich. Anzeichen für eine solche Erkrankung bestehen tatsächlich nicht. Die C.____-Gutachter konnten keine entsprechenden Befunde erheben (vgl. Urk. 8/42/28 f.) und auch die Ärzte des D.____ erwähnten im jüngsten Bericht vom 21. Oktober 2011 diesbezüglich nichts (vgl. Urk. 13).

4.3 Der Beschwerdeführer bemängelte auch, die C.____-Gutachter hätte sich nicht mit der Einschätzung der Ärzte des D.____ auseinandergesetzt. Die 2008 und 2010 erlittenen Unfälle und die damit verbundene Arbeitsunfähigkeit habe zu einer kompletten Veränderung der Lebenssituation geführt. Selbst eine angepasste Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar.

Die Rüge des Beschwerdeführers ist unbegründet. Das C.____-Gutachten enthält eine Würdigung der übrigen Arztberichte und insbesondere eine Würdigung des Berichts des D.____ vom 9. August 2010. Die C.____-Gutachter hielten fest, die Auffassung, dass von einer anhaltenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei, könne nicht geteilt werden. Es sei hervorgehoben worden, dass die motivierte Einstellung des Beschwerdeführers, an seiner Gesundheit zu arbeiten, prognostisch günstig sei. In erster Linie sei an die notwendige drastische Gewichtsreduktion von 30 bis 35 kg zu erinnern (Urk. 8/42/18).

4.4 Die Ärzte des D.____ begründeten die vollständige Unfähigkeit zu einer erwerblichen Tätigkeit in erster Linie mit der psychischen Situation, das heisst mit der mittelgradigen depressiven Episode und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Sowohl im Bericht vom 9. August 2010 (Urk. 8/20) als auch im Bericht vom 21. Oktober 2011 (Urk. 13) erwähnten sie diese Diagnosen.

Der psychopathologische Befund im Bericht vom 9. August 2010 (Urk. 8/20/7) ist mit demjenigen im psychiatrischen Teilgutachten vom 16. Dezember 2010 (Urk. 8/42/42 f.) vergleichbar. Die Befunde sind insgesamt wenig auffällig. Die Ärzte des D.____ erwähnten unter Bezugnahme auf nicht näher genannte Tests zur Feststellung von Gedächtnisleistungen, die unterdurchschnittliche Leistungen zeigten, zusammenfassend ergebe sich das Bild einer schweren Depression mit deutlichem Misstrauen. Unter Einbezug aller Informationen sei die Depression mittelgradig ausgeprägt (Urk. 8/20/8).

Im Bericht vom 21. Oktober 2011 wurde zusätzlich auf einen Test zur Feststellung einer Depression hingewiesen. Anlässlich einer zweiten Messung sei der Wert für eine schwere Depression unverändert gewesen respektive er habe sich sogar noch verschlechtert. Auch im neuen Bericht kamen die Ärzte des D.____ zum Schluss, unter Einbezug aller Informationen sei die Depression mittelgradig ausgeprägt (Urk. 13 S. 3).

Die Ausführungen in den Berichten des D.____ sind nicht schlüssig. Es ist nicht klar, ob nun eine schwere oder eine mittelgradig ausgeprägte Depression

vorliegen soll. Des Weiteren leuchtet es nicht ein, dass sich einerseits in der zweiten Testung die Werte für eine schwere Depression verstrahlt haben sollen, es aber gleichwohl durch die Behandlung zu einer Verbesserung mit günstiger Prognose gekommen sei.

Die psychiatrische Beurteilung im C.-Gutachten ist überzeugender. Die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen einer hypochondrischen Befürchtung und einer undifferenzierten Somatisierungsstörung ergeben ein kohärentes, objektiv nachvollziehbares Bild. Dass diese Diagnosen keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben, sondern in erster Linie eine motivationale Problematik besteht, wurde im C.-Gutachten überzeugend dargelegt (Urk. 8/42/44 f.). Gezielte Einwände zu dieser Beurteilung erhob auch der Beschwerdeführer nicht. Auf diese Beurteilung ist somit abzustellen.

Zu beachten ist, dass auch die psychiatrische Diagnose der Ärzte des D. keine Erwerbsunfähigkeit zu begründen vermöchte. Eine somatoforme Schmerzstörung bewirkt im Regelfall keine Erwerbsunfähigkeit und eine mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung stellt eine überwindbare Begleiterscheinung und nicht eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere dar (BGE 130 V 352; Urteile des Bundesgerichts 8C_696/2008 vom 3. Juni 2009 E. 8.2.2, 9C_340/2009 vom 24. August 2009 E. 3.4.3 f.).

Auf die von Dr. E. zusätzlich gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ist nicht weiter einzugehen. Zum einen ist Dr. E. nicht Psychiater, zum anderen wurde von keinem der berichtenden Fachärzte diese Diagnose gestellt. Ansonsten deckt sich die Einschätzung der psychischen Situation durch Dr. E. im Wesentlichen mit derjenigen im C.-Gutachten.

Bei den somatischen Diagnosen enthalten die verschiedenen Berichte und das C.-Gutachten keine relevanten Abweichungen. Unterschiedlich ist die Beurteilung der Auswirkungen auf die funktionelle Leistungsfähigkeit.

Die C.-Gutachter legten nachvollziehbar dar, dass der Auffahrunfall von 2008, insbesondere aufgrund der nicht erheblichen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung, nicht geeignet war, dauerhaft somatische Schmerzen zu bewirken (Urk. 8/42/13, Urk. 8/42/37). Traumatische Folgen des Ereignisses konnten bildgebend nicht nachgewiesen werden. Dokumentiert sind hingegen gewisse degenerative Abnützungen (Urk. 8/17/3 f., Urk. 8/42/11 f., Urk. 13 S. 1), die jedoch nachvollziehbar die geklagten Beschwerden nicht zu erklären vermögen (Urk. 8/42/17).

Auch die Ärzte des D. hoben aus rheumatologischer Sicht nicht primär die Befunde im Bereich der Wirbelsäule hervor, die sie abgesehen von gewissen Bewegungseinschränkungen als unauffällig beschrieben, sondern das erhebliche Übergewicht des Beschwerdeführers (Urk. 13 S. 5), und sie attestierten aus rheumatologischer sowie orthopädischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 13 S. 6).

Eine Gewichtsreduktion, die gemäss C.-Gutachten eine stetig anhaltende Fehl- und Überbelastung des Achsenorgans, des Rumpfes und der Last tragenden Gelenke beider Beine zur Folge hat (Urk. 8/42/17), wird von allen Ärzten als angezeigt erachtet und ist dem Beschwerdeführer somit zumutbar.

Da die Differenz zwischen dem Validen- und dem Invalideneinkommen lediglich Fr. 254.-- beträgt, ergibt sich ein Invaliditätsgrad von unter 1 %. Es besteht somit kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

5.3 Das vom Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte Nebeneinkommen (vgl. Urk. 8/44/2) hat auf die Invaliditätsbemessung keinen Einfluss. Bei der C.----Begutachtung gab der Beschwerdeführer an, nebenberuflich habe er während 3 x 2 Wochenstunden Reinigungsarbeiten ausgeführt, insbesondere sei er in der Busreinigung eingesetzt gewesen (Urk. 8/42/41). Da es sich um mittelschwere Arbeiten handelte, für die keine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt, steht die Aufgabe der nebenberuflichen Tätigkeit nicht im Zusammenhang mit seinem Gesundheitsschaden. Massgebend für die Invaliditätsbemessung sind nur gesundheitsbedingte Einkommensverluste.

6. Als berufliche Massnahme in Betracht fallen vorliegend Berufsberatung und Arbeitsvermittlung. Gemäss Art. 18 Abs. 1 IVG hat Anspruch auf Arbeitsvermittlung, wer arbeitsunfähig im Sinne von Art. 6 ATSG ist. Dies ist vorliegend zu bejahen, ist doch die angestammte Tätigkeit nicht mehr geeignet. Anspruch auf Berufsberatung im Sinne von Art. 15 IVG haben Versicherte, die infolge Invalidität in der Berufswahl oder in der Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit behindert sind. Auch dies ist vorliegend der Fall. Allerdings geht der Beschwerdeführer davon aus, keiner Arbeit mehr nachgehen zu können. Da die Massnahmen beruflicher Art Eingliederungswilligkeit voraussetzen, führte die Beschwerdegegnerin im Ergebnis zu Recht keine solchen durch. Sobald der Beschwerdeführer konkret wieder eine Arbeitstätigkeit aufnehmen will, kann er erneut einen Antrag auf berufliche Massnahmen stellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

E. 7

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 900.-- als angemessen. Ausgangsgemäss sind die Kosten dem Beschwerdeführer zwar aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung aber einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

7.2 Nach Einsicht in die Honorarnote vom 12. Dezember 2011 (Urk. 15) ist Rechtsanwalt Eric Stern, Zürich, für seine Bemühungen als unentgeltlicher Rechtsbeistand des Beschwerdeführers mit Fr. 790.-- aus der Gerichtskasse zu entschädigen (Auslagenersatz und Mehrwertsteuer inbegriffen).

Das Gericht 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 Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Eric Stern, Zürich, wird mit Fr. 790.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Eric Stern
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

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

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

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

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