

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00517 vom 20. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00517

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00517 du 20 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00517 del 20 agosto 2015

Erwägungen

E. 1

Der 1968 geborene X.____ meldete sich am 5. September 2012 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 8/10). Zur Klärung der erwerblichen und medizinischen Verhältnisse zog die IV-Stelle einen Auszug aus dem individuellen Konto bei (Urk. 8/13) und holte Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 8/14 und Urk. 8/16). Zusätzlich liess sie den Versicherten von den Ärzten der Institut Y.____ begutachten (Expertise vom 9. September 2013 [Urk. 8/28/2-35]). Mit Vorbescheid vom 31. Oktober 2013

stellte die Verwaltung die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/32). Daran hielt sie – auf Einwand von X.____ hin (Urk. 8/42) – mit Verfügung vom 27. März 2014 fest (Urk. 8/48 = Urk. 2).

E. 1.1

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

E. 1.2

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

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls 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 Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorlie gen einander widersprechender medizinischer Be richte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweisma terial zu würdigen und die Gründe anzugeben, wa rum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S.

188 E.

2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gut achtens ist im Lichte dieser Grundsätze ent scheidend, ob es für die Beantwor tung der ge stellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Un tersuchun gen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlent wicklungen nö tig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinander setzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein leuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Exper ten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Ex perte oder die Expertin nicht auszu räumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Be antwortung der Fragen erschweren oder ver unmöglichen, gegebene nfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E.

5.1; 125 V 351 E.

3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversi cherung, BJM 1989, S.

30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutach ten, 3. Aufl. 1994, S.

24 f.).

E. 1.5

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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkom men), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkom mensver gleich hat in der Regel in der Weise zu

erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbsein kommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.6

Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unter durchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 135 V 297 E.

5.2).

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistisch noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Lediglich wenn - auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (zu diesem Begriff BGE 110 V 273 E. 4b) - unter Berücksichtigung solcher Einschränkungen, die personen- oder arbeitsplatzbezogen sein können, kein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten mehr besteht, rechtfertigt sich allenfalls ein (zusätzlicher) Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

2.

E. 2

f.). Mit Beschwerdeantwort vom 1. Juni 2014 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Gerichtsverfügung vom 18. Juni 2014 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und ihm in der Person von Rechtsanwalt Dominique Chopard ein unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt. Gleichzeitig wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 9). Mit Replik vom 25. August 2014 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 11), wo gegen die Beschwerdegegnerin am 15. September 2014 auf die Einreichung einer Duplik verzichtete (Urk. 14).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungsablehnung damit, aus medizinischer Sicht sei dem Beschwerdeführer die Ausübung einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit einem Pensum von 80 % zumutbar. Unter Berücksichtigung eines Parallelisierungs- (17.3 %) und eines Leidensabzugs (20 %) betrage das Invalideneinkommen Fr. 33'222.10. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 48'795.75 ergebe sich ein Invaliditätsgrad von

32 %, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2). In ihrer Beschwerde antwort berichtigte sie den Einkommensvergleich :

Da das Valideneinkommen gestützt auf die Lohnstrukturhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) bestimmt worden sei, sei keine Parallelisierung vorzunehmen. Der bislang gewährte leistungsbedingte Abzug sei zu dem zu hoch ausgefallen , es könne einzig ein solcher von 5 % gewährt werden. Da ohne Parallelisierung und mit einem Leistungsabzug von 5 % anstatt 20 % ein tieferer Invaliditätsgrad resultiere, könne auf eine Neuberechnung desselben verzichtet werden (Urk. 7).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, vor dem Hintergrund, dass sowohl der neurologische als auch der rheumatologische Y.____ -Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % in einer adaptierten Tätigkeit festgestellt hätten, sei die Festlegung der Gesamtarbeitsfähigkeit auf 80 % nicht schlüssig. In der Expertise finde sich ausserdem keine Erklärung für die unterschiedliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch die Gutachter und Dr. med. Z.____ , Facharzt FMH für Neurologie. Letzterer habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 10. Mai 2005 attestiert, weshalb die Erzielung eines Invalideneinkommens ohnehin nicht zumutbar sei. Selbst wenn auf die Beurteilung der Y.____ - Gutachter abgestellt würde, sei ein Invaliditätsgrad von 40 % ausgewiesen. Denn die Beschwerdegegnerin gehe zu Unrecht davon aus, dass er im Gesundheitsfall

einer Erwerbstätigkeit in der Gastronomie nachgehen würde. Validen- und Invalideneinkommen seien daher beide gemäss LSE mit Fr. 62'768.50 fest zulegen. Unter Berücksichtigung des reduzierten Arbeitspensums von 80 % und eines leistungsbedingten Abzugs von 25 % resultiere eine Erwerbseinbusse von Fr. 25'107.40, die Anspruch auf eine Viertelsrente gebe (Urk. 1 S. 5 ff.). In der Replik führte der Beschwerdeführer ergänzend aus, gestützt auf das von den Y.____ - Gutachtern formulierte Arbeitsplatzprofil sei weiterhin von einem Leistungsabzug

von 25 % auszugehen. Der neu von der Beschwerdegegnerin eingenommene Standpunkt, wonach ein solcher von 5 % angemessen sei, sei unbedenklich (Urk.

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 12. bis am 22. November 2007 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte des Spitals A.____ , Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, in ihrem Bericht vom 3. Dezember 2007 (Urk. 8/16/25-28) folgende Diagnosen (S. 1): - Chronisches lumbal- und thorakalbetontes

Panvertebralsyndrom und lumboradikuläres Reizsyndrom L5 rechts bei kleiner breitbasiger nach kaudal gerichteter Diskushernie median rechtsbetont L4/5 mit Tangierung der Nervenwurzel L5 rechts und kleine Diskushernie median rechtsbetont ohne Nervenwurzelkompression Th11/12 (MRI 13. November 2007) - Verdacht auf Facettenüberbelastung bei Hohlrundrücken - lumbosakrale Übergangsanomalie mit Sakralisation von LWK5 - Haltungsinsuffizienz - leichte degenerative Veränderungen -

myofasziale Beschwerden bei Fibromyalgie-Tendenz - Adipositas (BMI 34 kg/m²) - Status nach Eradikation

Helicobacter

pylori 1993 bei Ulcus duodeni

Sie berichteten, gemäss psychologischem Konsil, welches im Rahmen einer interdisziplinären Schmerzabklärung vereinbart worden sei, bestehe eine dysfunktionelle Schmerzverarbeitung. Aus psychologischer Sicht seien aber keine weiteren Abklärungen oder Therapien empfohlen worden. Der Schmerzzustand sei trotz durchgeführter intensiver Physiotherapie sowie Anpassung der Schmerzmedikation unverändert geblieben, sodass der Beschwerdeführer in gutem Allgemein-

und anhaltendem Schmerzzustand voll mobil nach Hause habe entlassen werden

können. Medizinisch-theoretisch sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer

Sicht für eine geeignete Tätigkeit mit leichter bis mittel schwerer Belastung inklusive der zuletzt ausgeübten Arbeit zu 100% arbeitsfähig (S. 2). 3. 2

Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, behandelte den Beschwerdeführer aufgrund von rechtsseitigen Vorfussschmerzen. In seinem Bericht vom 21. Dezember 2011 (Urk. 8/16/10) ging er davon aus, dass es sich da bei um eine radikuläre Sensibilitätsstörung handle und nicht um ein distales Problem im Sinne eines Mortonneuroms. Er veranlasste eine Einlagenversorgung zur Entlastung des Vorfusses mit retrocapitaler Abstützung.

E. 3.3

Vom 28. August 2009 bis am 4. März 2010 unterzog sich der Beschwerdeführer einer ambulanten Behandlung in der Klinik C.____. Dr. med. D.____, Oberärztin Neurologie, nannte in ihrem Bericht vom 19.

September 2012 (Urk. 8/14) nachstehende Diagnosen (S. 1): - Chronisches Lumbosakralvertebralsyndrom mit pseudoradikulärer / radikulärer Ausstrahlung rechts - Status nach Sakralblock unter Bildverstärker vom 16. Oktober 2009 ohne Wirkung - MRI-BWS/LWS März 2009: mittelgrosse dorsale Diskushernie Th12/L1, kleine flache dorsale Bandscheibenprotrusion L4/L5 und L5/S1, keine sichere Neurokompression - Lumbosakrale Übergangsanomalie mit Sakralisation von LWK5 - Klinisch keine sichere Radikulopathie - Intermittierende kostovertebrale Dysfunktion mit myofaszialen Beschwerden rechts Th7 bis Th10 - Differentialdiagnose: Interkostalneuralgie

E. 3.4

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 2. Januar 2013 (Urk. 8/16/1-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Chronisches lumbal und thorakal betontes Panvertebralsyndrom bei - Verdacht auf thorakale und lumbale radikuläre Ausstrahlungen rechts bei - mittelgrosser dorsaler Diskushernie Th12/L1 - kleiner dorsaler Bandscheibenprotrusion L4/L5 und L5/S1 - ohne sichere Neurokompression (MRI BWS/LWS 2009) - Lumbosakrale Übergangsanomalie (Sakralisation von LWK5) - Verdacht auf spondylogene Überbelastung bei Hohlrundrücken (Status nach Morbus Scheuermann) - Haltungsinsuffizienz bei muskulärer Dekonditionierung

- Chronisches Zervikobrachialsyndrom rechts - Adipositas

Dem Status nach Ulcus duodeni (1993) bei Helicobacter

pylori -Infektion (erfolg reich eradiziert) und dem leichten Schlafapnoe-Syndrom (bisher nicht therapie bedürftig , Erstdiagnose 2012) mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 1). Er führte aus, der Beschwerdeführer sei wegen des Rückenleidens seit circa 1. Dezember 2004 zu 50 % und seit circa 10. Mai 2005 zu 100 % arbeits unfähig (S. 2).

E. 3.5

Dr. Z.____ berichtete am 1. Juli 2013 (Urk. 8/26) über die am 26. April, 24. Mai und 11. Juni 2013 stattgefundenen Konsultationen und die Ergebnisse der im April und Mai 2013 durchgeführten Computertomographien des Schädels sowie der Lenden- und Brustwirbelsäule. Er hielt fest, beim Beschwerdeführer bestehe ein chronisches Lumbo- und Thorakolumbovertebralsyndrom rechts mit bisher therapieresistenten Schmerzen hemicingulär rechts beziehungsweise im Bereich des oberen rechten Abdominalquadranten . Die bisherige n Untersuchungen hätten eine Diskushernie Th12/L1 gezeigt. Mittels High-Resolution-CT sei nun ersichtlich , dass diese Diskushernie zu fast 90 % verkalkt sei. Es bestehe eine leichte Rechtsbetonung. Ob diese Hernie allein für die rechtsseitigen hemicingulären Schmerzen verantwortlich sei, könne nicht mit letzter Sicherheit gesagt werden . Er habe am 12. Juni 2013 Physiotherapie verschrieben. Ferner leide

der Beschwerdeführer unter einem

Lumbovertebralsyndrom mit

Lumboischialgie S1 rechts und Übergangsstörungen thorakolumbal und lumbosakral . Es bestehe eine massive Kettentendomyose auf der rechten Seite zwischen Schädel und Schulterblatt beziehungsweise mittlere Brustwirbelsäule mit Reproduktion der Schmerzen durch Dehnung der betreffenden Muskelgruppen. Zudem sei ein zervikofaciales Syndrom rechts mit neurovegetativen Erscheinungen erkennbar . Verantwortlich sei wahrscheinlich ein ausgeprägtes musculo-skelettales Syndrom mit Kettentendomyose . Wegen des Rückenleidens sei der Beschwerdeführer bereits seit circa Dezember 2004 zu 50 % und seit 10. Mai 2005 zu 100 % arbeitsunfähig . 3. 6

Gestützt auf die Ergebnisse der internistischen, rheumatologischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen vom 8. und 9. Juli 2013 stellten die Ärzte des Instituts Y.____ in ihrem Gutachten vom 9. September 2013 (Urk. 8/28/2-35) nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30): - Chronisches sensibles lumboradikuläres Schmerz- und Ausfallsyndrom S1 rechts (ICD-10 M54.4) - radiomorphologisch lumbosakrale Übergangsstörung mit Lumbalisation von S1 beziehungsweise 6 Lendenwirbel. Stummelrippe Th12.

Rudimentäre Bandscheibe L6/S1. Verkalkte mediane und nach rechts intraforaminal gerichtete Diskushernie L5/6 und mediolaterale periphere verkalkte Diskushernie L4/5 nach rechts intraforaminal , normale Bandscheibe L3/4. Hypertrophes dysontogenetisch verändertes Intervertebralgelenk L5/6 mit Segmentation des Prozessus

articularis

superior L6, Einengung des rechten Foramens L5/6.

Thorakolumbale

Kyphosierung und verstärkte lumbale Lordose. - Wirbelsäulenfehlform/- fehlhaltung (thorakolumbale Hyperkyphose) - muskuläre Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskulatur - Chronisches thorakokostales bis differentialdiagnostisch thorakoradikuläres Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 M53.8) - radiomorphologisch Osteochondrose Th12/L1 und mediane zu 90 % verkalkte Diskushernie mit Eindellung des Myelons und Einengung des Spinalkanals sagittal bis auf 10 mm, thorakolumbale

Übergangsstörung mit Stummelrippen L1 beidseits symmetrisch bei bekannter lumbosakraler Übergangsstörung. Osteochondrose mit Verkalkung der unteren Deckplatte von Th11 - muskuläre Dysbalance mit aktuell weitgehend schmerzfreien Myogelosen der Subokzipital-, Trapezius - und interskapulären

Muskelgruppen - im Rahmen von muskulären Dysbalancen im Nackenschultergürtel - Klinisch und bildgebend Verdacht auf Mortonneurom interdigital Digitus I II und IV rechts (ICD-10 G57.6)

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten folgende Diagnosen (S. 31): - Verdacht auf episodisches Spannungstyp-Kopfweh (ICD-10 G44.2) - Intermittierendes zervikozephalisches Schmerzsyndrom rechtsbetont (ICD-10 M53.0) - Verdacht auf leichtes, bisher nicht therapiebedürftiges Schlafapnoesyndrom (ICD-10 G47.3) - Erstdiagnose November 2011 - Adipositas (ICD-10 E66) - BMI 31 kg/m² - grenzwertige Hyperurikämie (ICD-10 E79.0) - Status nach Ulcus duodeni 1993 bei Helicobacter

pylori Infektion (ICD-10 K21.9) - Dauerbehandlung mit PPI

In der internistischen Untersuchung – so Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie – habe sich ein leicht ausladendes Abdomen und eine weiche Bauchdecke mit normalen Darmgeräuschen gezeigt. Die kardiopulmonale Auskultation sei unauffällig gewesen. An den oberen und unteren Extremitäten sei eine gute periphere Durchblutung erkennbar gewesen. Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 9).

Dr. med.

G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem psychiatrischen Fachgutachten aus, von psychischer Seite her bestünden soziale und finanzielle Probleme. Der Beschwerdeführer berichte zwar über belastende, nicht aber über krankheitswertige seelische Symptome. Zusammenfassend könne keine Morbidität diagnostiziert werden. Insbesondere würden keine Hinweise für eine Somatisierungsstörung, Persönlichkeitsstörung oder affektive Erkrankung vorliegen. Dementsprechend sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 13).

Dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Neurologie, kann entnommen werden, dass bei der klinischen Untersuchung die aktive Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule etwas eingeschränkt und die para-vertebrale Muskulatur nicht wesentlich verspannt war. Die Muskeleigenreflexe an den Beinen seien symmetrisch auslösbar gewesen ausser einem beidseits fehlenden Tibialis - posterior -Reflex, was auch explizit für den Achillessehnenreflex

gelte. Motorische Ausfälle würden fehlen. Auch die Trophik sei intakt mit auf der dominanten Seite etwas grösseren Umfängen. Die Sensibilität gebe der Be schwerdeführer am lateralen Fussrand als vermindert an (S.

17).

Zusammen gefasst –

so der Gutachter weiter – liege ein chronisches Lumbovertebral -Syndrom mit einer radikulären Reiz- und sensiblen Ausfallssymptomatik der Wurzel S1 rechts bei Diskushernie vor. Das Computertomographie (CT) -Bild erkläre prinzipiell eine Radikulopathie. Man würde aber deshalb nicht unbedingt einen konstant vorhandenen Schmerz im rechten Bein erwarten. Bezüglich der Schmerz ausstrahlung sei auch eine pseudoradikuläre Komponente möglich. Eine solche allein erkläre aber nicht den klinischen Befund (segmental gut zu ordnende Sensibilitätsstörung). Aufgrund der Umfangmessungen könne davon ausgegangen werden, dass das rechte Bein – im Vergleich mit der Prüfungssituation – nicht immer so geschont werde. Die Beschwerden im Bereich der Brustwirbelsäule seien im Rahmen eines Thorakovertebral - Syndroms zu interpretieren. Eine neurologische Mitbeteiligung sei nicht objektivierbar. Die Ausstrahlung in den ventralen Thoraxbereich sei

daher als „pseudoradikulär“ zu werten. Das CT der Brustwirbelsäule zeige eine stark verkalkte Diskushernie, ziemlich median gelegen, auf Höhe Th12/L1 mit Einengung des Spinalkanals. Dieser Befund erkläre eine Ausstrahlung in den unteren Rippenbereich nicht. Inwieweit er für die thorakovertebrale Symptomatik verantwortlich sei, müsse offen bleiben. Obwohl der Spinalkanal durch diesen Befund deutlich eingeengt werde, würden sich weder anamnestisch noch klinisch Hinweise für das Vorliegen einer Myelopathie ergeben. Dr. H.____ berichtete darüber hinaus, die lokalen Schmerzen am rechten Fuss

seien nicht radikulärer Natur, sondern Folge einer Metatarsalgie Morton Digitus III/IV. Der Beschwerdeführer beschreibe auch in terminierend vorhandene Kopfschmerzen, die ausschliesslich auf der rechten Seite zu lokalisieren seien. Bei Fehlen vegetativer Begleitzeichen und/ oder einer Überempfindlichkeit auf äussere Reize könne eine Migräne nicht diagnostiziert werden. Phänomenologisch handle es sich am ehesten um episodisches Spannungstyp-Kopfschmerz. Auch das CT des Schädels habe keine intrakranielle Pathologie ergeben. Aus neurologischer Sicht seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere und mittel schwere Tätigkeiten, worunter auch die zuletzt ausgeübte als Kellner gehöre,

bleibend nicht mehr zumutbar. Für körperlich leichte Tätigkeiten ohne das Heben und Tragen von Lasten über fünf Kilogramm, ohne Zwangshaltungen und mit der Möglichkeit eines Positionswechsels bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (S. 18).

Dr. F.____

schilderte im rheumatologischen Fachgutachten, es würden keine Hinweise für eine Aggravation des Beschwerdebildes bestehen. Beim Beschwerdeführer zeige sich eine Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung sowie eine allgemeine muskuläre Dekonditionierung. Die segmentale lumbale Untersuchung habe eine deutlich schmerzbedingte Einschränkung der Lateroflexion beidseits und der Reklination ergeben, wobei im lumbalen Quadrantentest eine Schmerz ausstrahlung bis in den lateralen Fuss

rechts , jedoch nicht nach links

habe provoziert werden können. Im neurologischen Status habe

sich eine Sensibilitätsstörung durchaus passend zum Dermatom S 1 rechts gefunden , sodass rein klinisch-rheumatologisch von einer chronischen radikulären Reizung S 1 rechts ausgegangen werden könne . Die thorakale Bewegungsfähigkeit sei vor allem hinsichtlich der maximalen Rotation deutlich eingeschränkt gewesen mit stark schmerzhafter Ausstrahlung in den ventrolateralen Rippenbogen. Es bestünden diesbezüglich radiomorphologische Veränderungen im thorakolumbalen Übergang mit einer verkalkten Diskushernie Th12/L1, wobei schwierig zu beurteilen sei , ob diese lokalen pathologischen Veränderungen massgeblich an der radiären

Schmerzausstrahlung in den ventrolateralen Rippenbogen beteiligt seien . Der Ex parte führte weiter aus, die in den Akten beschriebenen Verspannungszustände , vor allem im Nackenschultergürtel , hätten sich höchstwahrscheinlich dank der ambulanten Physiotherapie wesentlich gebessert. Insbesondere würden sich keine relevanten

Myogelosen im Nackenschultergürtelbereich mehr finden lassen . Die peripheren Gelenke der oberen Extremitäten seien völlig unauffällig. An den unteren Extremitäten habe sich ein deutlicher Kompressionsschmerz der Vorfußgelenke , differentialdiagnostisch durchaus passend zu dem im MRT vom 26. Mai 2013 festgestellten möglichen Morton Neurom interdigital auf Höhe III und IV am rechten Fuss, gezeigt . Insgesamt seien die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden vollumfänglich nachvollziehbar gewesen . Zusammenfassend führte Dr. F.____ aus, aus rheumatologischer Sicht seien dem Beschwerdeführer aufgrund der klar objektivierbaren pathoanatomischen Veränderungen am Bewegungsapparat körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten bestehe eine maximale 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, wobei die Arbeitszeit über den Tag verteilt werden sollte, um regelmässige Pausen zu gewähren (S. 23 f.).

Im orthopädischen Teilgutachten beschreibt Dr. I.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, dass die Angaben des Beschwerdeführers während der

Anamneseerhebung und der klinischen Untersuchung auffallend ausweichend, verhalten und widersprüchlich erfolgt seien. Auch die Erhebung der Medikamentenanamnese

habe sich schleppend gestaltet und die Alltagsgestaltung sei nur schwer nachvollziehbar gewesen . Während die Hüft- und Kniegelenke in Rückenlage kaum hätten untersucht werden können, sei die Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen völlig problemlos möglich gewesen. Beim so vorgenommenen Lasègue

habe der Beschwerdeführer zwar Oberschenkelbeschwerden rechts beklagt , sei aber in auffallender Weise spontan längere Zeit in der Endstellung verharrt . Eine völlig diffuse Druckdolenz zirkulärer Ausprägung an Unterschenkel und Fuss könne anatomisch nicht zugeordnet werden. Während der Beschwerdeführer bei der Anamneseerhebung den Oberkörper unablässig mit den Armen an Tisch und Stuhl abgestützt habe , habe eine derartige Entlastung beim Sitzen mit hängenden Beinen vollständig gefehlt . Auf radiologischer Ebene werde ein Morton-Neurom Dig itus III /IV rechts beschrieben. Zusammenfassend

könne – so Dr. I. ___ – festgestellt werden, dass sich die vom Beschwerdeführer beklagten, völlig diffusen Fussbeschwerden durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde nicht vollständig begründen lassen. Grundsätzlich könne eine Morton-Neuralgie nicht ausgeschlossen werden, doch sei die völlig diffuse, wechselhafte Schilderung und das fehlende Ansprechen auf lokale Infiltrationen mit einem somatisch fassbaren Leiden kaum vereinbar. Die deutlichen Inkonsistenzen, die Beschwerdezunahme unter konservativer Therapie sowie die fehlende Besserung trotz langdauernder körperlicher Schonung und Arbeitskarenz könnten als klarer Hinweis für eine massive nicht-organische Beschwerdekomponekte gesehen werden. Es erstaune überdies, dass der Beschwerdeführer berichtet, seit Tagen praktisch keine Analgetika zu sich genommen zu haben und diese heute auch nicht mit sich führe, obwohl die voraussehbare Belastung mit dem Anreiseweg und der bevorstehenden körperlichen Untersuchung als überdurchschnittlich hoch zu betrachten sei. Der Leidensdruck

könne insgesamt auch angesichts dieser Schilderungen nicht nachvollzogen werden. Aus orthopädischer Sicht lasse sich deshalb keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 28 f.).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die beteiligten Spezialärzte zusammenfassend aus, aus interdisziplinärer Sicht bestehe für körperlich schwere bis mittel schwere Tätigkeiten, worunter auch die früher ausgeübten Arbeiten im Gastgewerbe fallen würden, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Arbeit bestehe hingegen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, die vollschichtig umsetzbar sei (S. 33).

E. 3.7

Am 19. März 2014 wurde beim Beschwerdeführer im Spital J. ___ eine Morton Neurom-Resektion interdigital III/V rechts vorgenommen. Bis zur abgeschlossenen Wundheilung wurde dem Beschwerdeführer das Tragen einer Therapiessandale und eines Verbandes aufgegeben. Die Mobilisation war mit Vollbelastung erlaubt (Urk. 3/3 S. 1). 4.1

Aus den medizinischen Berichten geht übereinstimmend hervor, dass der Beschwerdeführer seit den 90er Jahren unter Rückenbeschwerden leidet und in letzter Zeit zusätzlich Vorfußschmerzen auftraten. Aufgrund der – insbesondere im Y. ___ -Gutachten – erhobenen Befunde ist nachvollziehbar, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung körperlich schwerer und mittelschwerer Tätigkeiten nicht mehr zumutbar ist. 4.2

Gestützt auf das Gutachten des Instituts Y. ___ vom 9. September 2013 ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit seit November 2007 zu 80 % möglich sei (Urk. 7 S.

1). Die Expertise des Instituts Y. ___ äussert sich umfassend zu den vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Sie basiert auf einer eingehenden allgemeininternistischen, neurologischen, rheumatologischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchung, berücksichtigt die vom Exploranden geklagten Beschwerden und erging in Kenntnis der

Vorakten (zum Beweiswert eines medizinischen Gutachtens vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a und 122 V 157 E. 1c). Zum Einwand, der neurologische und der rheumatologische Y. ___ -Gutachter hätten die im Vergleich zu Dr. Z. ___ unterschiedlich ausgefallene Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht in genügender Weise erklärt (Urk. 1 S. 5),

ist darauf hinzuweisen, dass Dr. H.____ gestützt auf die erhobenen Befunde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit – wie von Dr. Z.____ atte stiert – nicht ableiten konnte. Seine Annahme, wonach es sich bei der Einschätzung von Dr. Z.____ mehr um eine „Gesamtbeurteilung“ handle, ist als Erklärungsversuch dafür zu werten (Urk. 8/28/2-35 S. 19). Auch wenn allenfalls Dr. F.____ die letzte Seite des Berichts von Dr. Z.____ vom 24. Juni / 1. Juli 2013 mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit übersehen haben sollte (vgl. Urk. 8/28/2-35 S. 25), würde dies allein die Verwertbarkeit des

Y.____ -Gutachtens nicht beschlagen. Ausserdem überzeugt die Einschätzung von Dr. Z.____ – wie nachfolgend auszuführen ist (vgl. E. 4.3) – ohnehin aus verschiedenen Gründen nicht und es ergeben sich aus dem betreffenden Bericht keine Anhaltspunkte, dass der Y.____ -Sachverständige einen bestimmten Aspekt des Gesundheitszustands nicht oder nicht ausreichend gewürdigt hätte. 4.3

Betreffend die psychische Symptomatik hielten die Medas -Gutachter fest, die psychiatrische Evaluation habe keine eigenständige psychiatrische Morbidität ergeben. Die psychiatrische Vorgeschichte sei unauffällig gewesen. Es würden keine Hinweise für eine Somatisierungsstörung, Persönlichkeitsstörung oder affektive Erkrankung vorliegen (Urk. 8/28/2-35 S. 32). Diese Einschätzung wird auch nicht durch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich Dr.

med. K.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, aufgesucht hat und ihm Temesta

expidet verordnet wurde, in Frage gestellt, zumal für das Vorliegen einer erheblichen psychischen Beeinträchtigung auch die Ausführungen von Dr. Z.____ im Bericht vom 10. April 2014 über die seit September 2013 erfolgten Konsultationen (Urk. 3/3) keine Anhaltspunkte geben.

Was das Leistungsvermögen in physischer Hinsicht anbelangt, legten die Gutachter einleuchtend dar, dass der Beschwerdeführer aufgrund klar objektiver pathoanatomischer Veränderungen am Bewegungsapparat nur noch in der Lage

ist, einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit zu 80 % nachzugehen (Urk. 8/28/2-35 S. 32 f.). Diese einleuchtende Einschätzung wird vom

Arztbericht von Dr. Z.____ vom 24. Juni respektive 1. Juli 2013 (Urk.

8/26 und Urk. 8/28/40-44), der einzig betreffend den zeitlich zumutbaren Umfang der Arbeitstätigkeit im Widerspruch zur Einschätzung der Y.____ -Gutachter steht, legt er doch die medizinische Situation – wie bereits die Ärzte des Spitals L.____, Rheumaklinik, in ihrem Bericht vom 18. Februar 2013 (Urk. 8/28/36-37) – ohne relevante Diskrepanz dazu dar, nicht in Frage gestellt. So erläutert Dr. Z.____ nicht, aufgrund welcher funktioneller Einschränkungen der Beschwerdeführer gar nicht mehr arbeitsfähig sei. Stattdessen verweist er lediglich in pauschaler Weise auf das Rückenleiden des Versicherten. Vor dem Hintergrund, dass seine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung – wie auch der ergänzende Hinweis auf die Sozialhilfeabhängigkeit des Beschwerdeführers – beinahe wörtlich mit der des Hausarztes Dr. E.____ (vgl. dessen Bericht vom 2. Januar 2013 [Urk. 8/16/1-4 S.

3]) übereinstimmt, ist zudem fraglich, ob er damit überhaupt seine eigene Einschätzung wie dargegeben hat, zumal der Beschwerdeführer erst seit April 2013 (vgl. Urk.

8/28/40-44 S. 1) in seiner Behandlung steht. Diesbezüglich erscheint auch die genau auf den 10. Mai 2005 terminierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar, wobei Dr. Z.____

auch hierzu keine Begründung abgibt. In diesem Zusammenhang ist ausserdem darauf hinzuweisen, dass sich die von Dr. E.____ abgegebene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einzig auf die bisherige berufliche Tätigkeit bezieht und sich dieser zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Arbeit nicht geäussert hat (Urk. 8/16/1-4 S.

2

f.). Dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. Z.____ vom 10. April 2014 (Urk. 3/3) können keine neuen Sachverhaltselemente entnommen werden, die Anlass zu einer abweichenden Beurteilung geben würden. Insbesondere werden darin weder erhobene Befunde geschildert noch eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen. Vielmehr wird gestützt auf die subjektiven

Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers die Schmerzmedikation angepasst.

Auch aufgrund der am 19. März 2014 durchgeführten Morton Neurom-Resektion (Urk. 3/3 S. 3) ist von keiner längerdauernden, die Arbeitsfähigkeit weiter einschränkenden Gesundheitsstörung auszugehen. So durfte der Beschwerdeführer, der nach dem Eingriff eine Therapiesandale und einen Verband tragen musste, seinen Fuss nach der Operation wieder voll belasten. Anlässlich der Konsultation vom 9. April 2014 berichtete er sodann nebst den verständlicherweise noch vorhandenen Schmerzen über keine weiteren Beeinträchtigungen. Das vom Y.____-Rheumatologen formulierte Zumutbarkeitsprofil berücksichtigte zudem bereits, dass das längere berufsbedingte Zurücklegen von Gehstrecken dem Beschwerdeführer nicht möglich ist (Urk. 8/28/2-35 S. 24). Zu bemerken ist ausserdem, dass der operative Eingriff aufgrund einer bereits von den Y.____-Gutachtern geäusserten Verdachtsdiagnose erfolgte und insofern – abgesehen von einer vorübergehenden Schmerzexazerbation

– eher zu einer Verbesserung als zu einer Verschlimmerung der Symptomatik geführt haben dürfte. Gegenteiliges wird denn auch weder in der Beschwerde vom 15. Mai 2014 noch in der Replik vom 25. August 2014 vorgebracht. 4.4

Das Vorbringen des Beschwerdeführers, aufgrund der in den neurologischen und rheumatologischen Einzelgutachten jeweils festgelegten Arbeitsunfähigkeit von 20% sei eine Gesamtarbeitsfähigkeit von 80% nicht schlüssig (Urk. 1 S. 5), geht fehl. So ist oft zu beobachten, dass Anforderungen an zumutbare Tätigkeiten, die sich aus einer bestimmten gesundheitlichen Einschränkung ergeben, gleichzeitig weiteren Beeinträchtigungen gerecht werden. Dementsprechend können auch Teilarbeitsfähigkeiten bezüglich verschiedener, unabhängig von einander bestehender Gesundheitsschädigungen nicht einfach addiert werden. Der

Zweck interdisziplinärer Gutachten besteht gerade darin, alle relevanten Gesundheitsschädigungen zu erfassen und die daraus jeweils abgeleiteten Einflüsse auf die Arbeitsfähigkeit in einem Gesamtergebnis auszudrücken (Urteil des Bundesgerichts 9C_531/2007 vom 3. Juni 2008 E. 2.2.6). Es besteht kein Grund anzunehmen, dass diese Aufgabe hier nicht gehörig erfüllt worden ist. Namentlich ergänzen sich die 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht sowie die bestehende, aus rheumatologischen Gründen bedingte 80%ige Arbeitsfähigkeit auch insoweit, als dass der

Beschwerdeführer die gleichen Zeitabschnitte für das Einlegen von Pausen und das Wahrnehmen eines verlangsamten Arbeitstempos nutzen kann. Hinzu kommt, dass bei leidensangepassten Tätigkeiten auftretende Erschwernisse der erwähnten Art im Rahmen der Bemessung des Invalideneinkommens berücksichtigt werden, indem dort eine Kürzung von statistisch ermittelten Lohnansätzen stattfindet (Urteil des Bundesgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.1). 4.5

Nach dem Gesagten ging die Beschwerdegegnerin zu Recht davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer Verweistätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist (Urk. 2). 5.

5.1

Zur Ermittlung des Valideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf den statistischen Tabellenlohn für einfache und repetitive Arbeiten im

Gastgewerbe /Gastronomie ab. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens zog sie den statistischen Tabellenlohn für nicht nach Branchen differenzierte

Hilfsarbeitsertätigkeiten heran. Nachdem sie ursprünglich einen leidensbedingten Abzug von 20 % gewährt hatte (Urk. 2), korrigierte sie diesen im Rahmen der Beschwerdeantwort auf 5 % (Urk. 7). Der Beschwerdeführer hingegen verlangt, dass das Valideneinkommen wie auch das Invalideneinkommen auf dem Jahreslohn für Hilfstätigkeiten basiere und ein Leidensabzug von 25 % zu berücksichtigen sei (Urk. 1 S. 6 und Urk.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG)

sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 11

). 5.2

Wie es sich damit verhält, braucht indes nicht weiter geprüft zu werden. Selbst wenn dem Valideneinkommen und dem Invalideneinkommen – wie vom Beschwerdeführer vorgebracht – der monatliche Bruttolohn für Hilfstätigkeiten an Arbeitsplätzen des niedrigsten Anforderungsniveaus zugrunde gelegt würde, würde nach Durchführung eines Prozentvergleichs einzig bei Berücksichtigung des maximalen Abzugs von 25 % ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40 % resultieren. Die Gewährung eines Abzugs in dieser Höhe drängt sich aber vorliegend unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalles nicht auf. Angesichts des von den Y.____-Gutachtern formulierten Zumutbarkeitsprofils ist zwar nach vollziehbar, dass der Beschwerdeführer auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem Mitbewerber ohne physische Beschwerden benachteiligt ist. Die erhobenen Einschränkungen rechtfertigen aber – insbesondere vor

dem Hintergrund, dass selbst einem funktionell Einarmigen nicht zwingend ein Abzug von 25 % zu gewährt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2008 vom 17. September 2008 E. 3.3) – trotzdem keinen Leidensabzug in der Maximalhöhe von 25 % . Der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 20 % ist jedenfalls nicht als unangemessen im Sinne der Rechtsprechung zu bezeichnen (BGE 137 V 71 E. 5.1), weshalb es damit sein Bewenden hat. 6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung im Ergebnis nicht zu beanstanden ist. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7. 7.1

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für den unterliegenden Beschwerdeführer kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.2

Der mit Gerichtsverfügung vom 18. Juni 2014 bestellte unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dominique Chopard, macht mit seiner Honorarnote vom 10. August 2015 (Urk.

E. 16

) einen Aufwand von 6,07 Stunden und sowie Auslagen von Fr. 91.-- geltend, wofür ihm eine Entschädigung in der Höhe von Fr. 1'409.40

(inklusive Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zuzusprechen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dominique Chopard, Zürich, wird mit Fr. 1'409.40 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLocher

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