

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00929 vom 12. Februar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00929](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00929)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00929 du 12 février 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00929 del 12 febbraio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1955 geborene X.\_\_\_\_, ab September 2007 als Schweisser/Baufacharbeiter bei der Y.\_\_\_\_ GmbH angestellt (Urk. 9/12), erlitt bei einem Berufsunfall vom 12. Dezember 2011 Verletzungen im Bereich des Schambeins, des Beckens und des linken Oberschenkels (vgl. Urk. 9/7/69). Am 1. Oktober 2012 meldete er sich zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (Urk. 9/2).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), klärte hierauf die medizinischen und beruflichen Verhältnisse ab und holte die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva), welche ihre Leistungen mangels Kausalität der verbleibenden Beschwerden mit Verfügung vom 12. Februar 2013 per 28. Februar 2013 eingestellt hatte (Urk. 9/15), ein (Urk. 9/3-9/19). Am 29. Mai 2013 teilte die IV-Stelle dem Versicherten die Notwendigkeit einer bidisziplinären (rheumatologischen / psychiatrien) Abklärung mit (Urk. 9/21). Die von der IV-Stelle eingeholten Gutachten von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Innere Medizin, speziell Rheumakrankungen, und von Prof. Dr. med. habil. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie,

datieren vom 25. Oktober und 2. Dezember 2013 (Urk. 9/27, 9/36), die bidisziplinäre Zusammenfassung vom 18. Dezember 2013 (Urk. 9/37). Mit Vorbescheid vom 24. Januar 2014 wurde dem Versicherten die voraussichtliche Ablehnung eines Rentenanspruchs mitgeteilt

(Urk. 9/43). Am 26. Februar 2014 liess der Versicherte schriftlich Einwand erheben (Urk. 9/48). Nach dem Eingang weiterer medizinischer Unterlagen (Urk. 9/52/1-20) hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 21. Juli 2014 am vor gesehenen Entscheid fest (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Die Beschwerdegegnerin hat die Grundlagen über den Rentenanspruch (Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und die Invaliditätsbemessung nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) ebenso richtig dargelegt wie die Definition der Erwerbsunfähigkeit gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG. Darauf wird verwiesen.

### **E. 1.2**

Zu ergänzen ist, dass

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen

haben. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

## **E. 2**

Es sei dem Beschwerdeführer ab 1. April 2013 eine ganze Invalidenrente auszurichten.

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, der Beschwerdeführer sei gemäss der medizinischen Aktenlage zwar in seiner angestammten Tätigkeit seit Dezember 2011 vollständig eingeschränkt, jedoch in einer optimal angepassten Tätigkeit seit jeher zu 100 % arbeitsfähig. Mangels Begründung des Einwandes und neuer Befunde habe auch keine Veranlassung zu weiteren Abklärungen bestanden (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer lässt im Wesentlichen dagegen halten, dass das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. Z. \_\_\_ unvollständig sei, da es die radiologisch gesicherten Befunde der rechten Schulter betreffend nicht berücksichtigt. Zudem leide das psychiatrische Gutachten von Prof. A. \_\_\_ an diversen beweisrechtlichen Mängeln. Entsprechend der Beurteilung des B. \_\_\_ vom 20. August 2014 (Urk. 3/5) sei vielmehr von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit auszugehen (Urk. 1). 3.

## **E. 3**

Eventualiter sei die Angelegenheit an die Vorinstanz zurückzuweisen, mit der Auflage, zusätzliche Abklärungen zu treffen und den medizinischen Sachverhalt vollständig zu erfassen.

### **E. 3.1**

Den medizinischen Akten ist im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

Nachdem anlässlich der Notfallbehandlung vom Unfalltag am 12. Dezember 2011 im Spital C. \_\_\_ eine Kontusion der Lendenwirbelsäule (LWS), des Beckens und des linken Oberschenkels diagnostiziert worden war (Urk. 9/7/69), zeigte die folgende MRI der LWS und der Hüfte eine nicht dislozierte schräg verlaufende Fraktur im oberen Schambeinast

rechts mit angrenzendem Knochenmarksödem, eine Signalanhebung im Femurkopf und Schenkelhals rechts seitig im Sinne eines Bone

bruise ohne Fraktur und eine leichte Signalalteration der Adduktorenmuskulatur links, vereinbar mit einer Zerrung. Daneben waren ein Gelenkerguss rechts sowie eine geringgradige

Chondropathie erkennbar (Urk. 9/7/72 f.).

Bei persistierenden Hüftschmerzen rechts wurde am 26. März 2012 in der Uniklinik

D.\_\_\_\_ ein weitere MRI durchgeführt. Die Beurteilung lautete auf eine Stressreaktion des Femurhalses

posterior, kleine Osteophyten des proximalen Femurs als Zeichen einer Coxarthrose, grossflächige tiefe Knorpeldefekte des Acetabulums

anterosuperior sowie posterior und des korrespondierenden Femurkopfes sowie eine geringe Synovitis (Urk. 9/7/44).

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, erklärte am 9. Mai 2012, dass aktuell eine stockfreie Gehfähigkeit von einigen Metern erreicht worden sei (Urk. 9/7/35). Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 3. August 2012 berichtete der Beschwerdeführer, dass sich die Hüftbeschwerden beidseitig zwar deutlich verbessert hätten, jedoch immer noch ein deutlicher Anlaufschmerz am Morgen sowie belastungsabhängige Schmerzen beidseits und vor allem Schmerzen bei der Rotation über die rechte oder linke Beinachse beständen. Das Heben von Lasten über 10 Kilogramm sei mit beidseitigen Schmerzen am Folgetag verbunden. Der Kreisarzt med. pract. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, erachtete lediglich wechselbelastende Arbeiten mit Heben von Gewichten bis maximal 10 Kilogramm als zumutbar. Noch nicht möglich seien ganztägig nur stehende oder gehende Tätigkeiten sowie Sprungbelastungen oder das Begehen von Leitern oder Gerüsten (Urk. 9/7/18).

### **E. 3.2**

PD Dr. med. G.\_\_\_\_, leitender Arzt der Radiologie der Uniklinik D.\_\_\_\_, beurteilte den Verlauf gestützt auf eine neuerliche MRI der Hüfte am 20. November 2012 dahingehend, dass im Vergleich zur Voruntersuchung die Knochenmarksödeme vollständig regredient, die Frakturen konsolidiert und die Stressreaktion im Schenkelhals rechts ebenfalls regredient seien. Jedoch zeige sich eine zunehmende, mittlerweile mittelschwere Coxarthrose rechts (Urk. 9/13/2). Dr. E.\_\_\_\_ erachtete am 23. November 2012 eine Arbeitstätigkeit sowohl angestammt als auch in einer Verweistätigkeit aufgrund der schmerzhaften Situation im Bereich der rechten Hüfte als nicht realistisch (Urk. 9/13/3).

Der Kreisarzt F.\_\_\_\_

beurteilte das am 31. Januar 2013 aktuelle Beschwerdebild als durch die nicht unfallkausale symptomatische Coxarthrose verursacht (Urk. 9/14).

### **E. 3.3**

Der den Beschwerdeführer seit Mai 2012 behandelnde Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 26. April 2013 folgende Diagnosen (Urk. 9/18/1): - Depressive Episode mittleren, intermittierend auch schweren Grades (seit Unfall sich entwickelnd) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung - Chronische Schmerzstörung (ICD 10

F43.41) - Diverse somatische Erkrankungen (vor allem orthopädisch-rheumatologisch).

Seit Behandlungsbeginn liege eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor (Urk. 9/18/1-4). Infolge einer Verschlechterung seit Jahresbeginn bei Bedrücktheit, Zukunftsängsten, Interessen- und Freud- sowie Antriebslosigkeit, innerer Agitation, Grübeln und therapieresistenten Schmerzen überwies Dr. H.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer zur halbstationären Rehabilitation ins B.\_\_\_\_ (Urk. 9/18/5). Der psychopathologische Befund des letzteren gestützt auf zwei Vorgespräche vom 8. und 26. März 2013 lautete auf eine depressiv-resignierte Stimmung, der Beschwerdeführer sei affektiv unkontrolliert, im Gesprächsverlauf verbal mitteilungsaktiv, schildere sein Symptom erleben und –verhalten in Zusammenhang mit dem Unfall. In Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis sei er deutlich eingeschränkt, auch liege eine deutliche Vergesslichkeit vor. Das Denken sei formal beweglich, jedoch inhaltlich problemzentriert. Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisse weisen wurden verneint. Anamnestisch lägen vage Suizidgedanken vor. Die Diagnose lautete auf eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10 F45.4) (Urk. 9/27/41).

Auf Überweisung des Hausarztes Dr. med. I.\_\_\_\_ konsultierte der Beschwerdeführer am 29. August 2013 das Muskulo -Skelettal Zentrum, Orthopädie Untere Extremitäten, der J.\_\_\_\_ Klinik. Nach MRI-Aufnahmen des Beckens und der LWS vom 18. September 2013 lautete die Beurteilung dahingehend, dass die bildgebenden Erkenntnisse und die Tatsache, dass eine intraartikuläre Infiltration für keine Beschwerdebesserung gesorgt habe, für eine nicht-coxogene Schmerzursache sprächen. Aufgrund der in der aktuellen MRI festgestellten schweren Spinalkanalstenose und der Spondylarthrose würden die wirbelsäulenchirurgischen Kollegen aufgeboten (Urk. 9/27/49 f.).

Die Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_

vom 18. September 2013 lautete auf eine Coxarthrose rechts mit Reizerguss, eine leichte Insertionstendinopathie der Abduktoren im Trochanter major rechts mit leichter Reizung der Bursa trochanterica. Die MRI der LWS lasse eine multisegmentale Degeneration mit Hauptbefund auf Höhe L4/5, eine schwere Spinalkanalstenose auf dieser Höhe, eine schwere Stenose rezessal mehrsegmental sowie multisegmental beträchtliche Foramenstenosen und eine schwere Spondylarthrose multisegmental erkennen (Urk. 9/27/39).

### **E. 3.4**

Dr. Z.\_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 9. Oktober 2013. Anamnestisch erklärte der Beschwerdeführer, er habe vor dem Unfall vom 12. Dezember 2011 nie Beschwerden gehabt, ausser einer Verletzung der rechten Schulter 2009. Die Schmerzen in der Hüfte seien links stärker als rechts, das rechte Knie sei manchmal wie blockiert und der rechte Unterschenkel wie verschlafen, der Beckenboden schmerze bei Belastung. Er könne nur 200 bis 300 Meter gehen, beziehungsweise 20 bis 30 Minuten spazieren und 10 Minuten sitzen. Bei warmem Wetter verspüre er weniger Schmerzen (Urk. 7/27/18). Dr. Z.\_\_\_\_ erhob abgesehen von einer leichten Bewegungseinschränkung im Bereich des Hüftgelenks (Urk. 9/27/23) im Wesentlichen einen rheumatologischen Normalbefund. Neurologisch notierte sie bei der Lasègue-Prüfung eine starke Schmerzäusserung ab 20° ohne reflektorischen Bewegungswiderstand (Urk. 9/27/49). In der klinischen Prüfung seien Diskrepanzen aufgefallen. Ein leichtes Übergewicht und eine gering eingeschränkte Beweglichkeit beider Hüftgelenke seien die wesentlichsten Befunde. Alle drei

Wirbelsäulenabschnitte seien frei beweglich, radikuläre Zeichen nicht vorhanden. Bei der direkten Prüfung zeige der Beschwerdeführer durch kraftvolle Gegenspannung eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Schultergelenks, unter Ablenkung sei auch dieses Gelenk frei beweglich. Gelenksergüsse ,

Synovitiden oder überwärmte Gelenke verneinte Dr. Z.\_\_\_\_ ebenso wie irgendeine Verspannung der Muskulatur. Im Gegenteil liege eine erfreuliche Muskelmasse vor, was gegen eine lang andauernde körperliche Schonung spreche. In der MRI festgestellt worden seien eine mässige Coxarthrose rechts mit Reizerguss und ein anlagebedingt enger

Spinalkanal sowie eine schwere Spinalkanalstenose L4/5 mit schweren Spondylarthrosen und Diskushernien der unteren LWS, jedoch keine neuralen Kompressionen. Die vorhandenen Befunde würden das Ausmass der Beschwerden nicht erklären. Die Angaben des Beschwerdeführers, wonach er nur 250 bis 300 Meter gehen und nur zehn Minuten sitzen könne, seien nicht verifiziert und aus den Befunden nicht ableitbar. Anlässlich der Untersuchung habe er fast 1,5 Stunden ohne erkennbare Veränderung sitzen können. Zudem sei er im Juni 2013 in der Lage gewesen, zusammen mit einem Kollegen mit dem Auto 1650 Kilometer in seine Heimat zu fahren und zehn Tage später mit dem Bus wieder zurück. Auch nehme er beim Ausziehen der Socken spontan den Langsitz ein und zeige Sekunden danach beim Prüfen des Lasègue rechts bei 45° starke Schmerzen, was Dr. Z.\_\_\_\_ als Verdichtungstendenz interpretierte ( Urk. 9/27/27).

Sie erachtete den Beschwerdeführer zwar nicht mehr in der angestammten, jedoch in ein er leidensangepasstes als voll arbeitsfähig ( Urk. 9/27/30) .

Prof. A.\_\_\_\_ stützte seine Beurteilung vom 2. Dezember 2013 auf seine psychiatrische Untersuchung vom 29. November 2013 und die Akten. Auf das Einholen fremdanamnester Aufkünfte oder einer Zusatzdiagnostik in Form psychiatrischer Testreihen verzichtete er. Der Beschwerdeführer habe anamnestisch über starke Schmerzen im Bereich der Hüfte und inguinal geklagt. Die Schmerzen beständen immer. Manchmal komme es zusätzlich zu einer Taubheit des linken Beines. Weiter habe der über Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und über frontal betonte Cephalgien geklagt. Auf Schmerzmittel verzichte er aufgrund von Magenschmerzen ausser bei Schmerzdurchbrüchen weit gehend. Er habe ein somatisches Krankheitskonzept und negiere eine Beeinflussung der Schmerzen durch emotionale oder psychosoziale Faktoren. Allerdings ärgere er sich über die Ignoranz seiner Familie , und dass er seine Rolle als Familienoberhaupt verloren habe , da er nicht mehr ernst genommen werde , was zu einer Schmerzunahme führen könne. Die Symptome einer PTBS negiere er alle.

Die zusammenfassende Beurteilung von Prof. A.\_\_\_\_ lautete dahingehend, dass die narzisstische Kränkung aus dem Verlust der Führungsrolle in der Familie im Mittelpunkt des psychopathologischen Bildes stehe. Der Beschwerdeführer zeige infolge der narzisstischen Kränkung eine depressiv-regressive Verhaltensweise. Das Vorliegen einer eigenständigen Depression verneinte Prof. A.\_\_\_\_ . Die depressiven Symptome seien vielmehr Folge des narzisstischen Kränkungslebens, das chronische subjektive Schmerzerleben sei auf der körperlichen Ebene Teil dieses reaktiv depressiven psychopathologischen Geschehens. Differentialdiagnostisch sei eine Schmerzverarbeitungsstörung gemäss ICD-10 F54 zu erwähnen.

Es handle sich um eine neurotische Fehlverarbeitung. Diagnostisch liege eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion vor. Eine klassifikatorische Einordnung

dieser psychischen Störung sei jedoch nicht möglich, da die Erkrankung gemäss ICD-10 F43.21 auf zwei Jahre seit dem Primärereignis limitiert sei. Da der Unfall am 12. Dezember 2011 erfolgt sei, könne diese Diagnose nur noch wenige Tage Gültigkeit beanspruchen. Anders nehme der DSM-IV derartige Störungsbilder unter Punkt 309 auf. Aus gutachterlicher Sicht liege mit der chronischen Anpassungsstörung ein sogenanntes syndromales Krankheitsbild vor. In Auseinandersetzung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den sogenannten Foerster-Kriterien sprach Dr. A. \_\_\_ der Anpassungsstörung die Unüberwindbarkeit ab und verneinte das Vorliegen einer psychischen Störung mit Krankheitswert (Urk. 9/36/16 f.). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die chronische Anpassungsstörung gemäss DSM-IV 309, die narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z 73.1) und der Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54).

Die Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der interdisziplinären Zusammenfassung von Dr. Z. \_\_\_ und Prof. A. \_\_\_ vom 18. Dezember 2013 lauteten wie folgt (Urk. 9/37): - Keine psychiatrische Diagnose - Lumbospondylogene Schmerzen links bei - Anlagebedingtem engem Spinalkanal, schwerer Spinalkanalstenose L4/L5, schwere n Spondylarthrosen der unteren LWS und Diskushernien ohne neurale Kompressionen (MRI 09/2013) - Ohne radikuläre Zeichen - Leichte bis mässige Coxarthrose rechts mit Reizerguss bei - Altersentsprechendem unauffälligem bildgebendem Befund links - MRI Becken 09/2013 .

### **E. 3.5**

Im Einwandverfahren erschien der Beschwerdeführer mit einem Übersetzer am 24. Januar 2014 bei der Beschwerdegegnerin und erklärte, mit dem vorgesehnen Entscheid nicht einverstanden zu sein. Zudem würden in diesem Jahr in der J. \_\_\_ Klinik noch 3 Operationen an Schulter und Rücken durchgeführt (Urk. 9/44).

In einem Verlaufsbericht vom 23. April 2014 wiederholte Dr. H. \_\_\_ seine Diagnose einer depressiven Episode mittleren, intermittierend auch schweren Grades. Weiter sprach er sich nunmehr für das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) aus und stellte zudem die Diagnose multipler muskulo-skelettaler Störungen, teils posttraumatischer, teils degenerativer Genese. Der Beschwerdeführer zeige unter anderem eine massiv erhöhte Ermüdbarkeit bis hin zur Apathie, Gefühle von Sinnlosigkeit und des Nicht-Mehr-Weiter-Könnens. Auch träten immer wieder Suizidphantasien, mitunter auch klare Suizidabsichten auf. In jüngster Zeit trete gewissermassen als Zeichen der Abwärtsspirale eine Verbitterung hinzu, die bald als resignierter Endzustand, bald als raptusartiger Ausbruch in Erscheinung trete (Urk. 9/55/1-3).

Einem erst im Einwandverfahren eingegangenen Bericht der J. \_\_\_ Klinik vom 2. September 2013 zu einer Konsultation der Orthopädie, Abteilung Obere Extremitäten, vom 29. August 2013 ist die Diagnose eines Verdachts auf eine Cuff-Arthropathie rechts nach 2 Sturzereignissen zu entnehmen. Der Beschwerdeführer leide gemäss seinen Angaben seit einem Sturz vor zirka 3,5 Jahren unter Schmerzen im Bereich der rechten Schulter. Zusätzlich sei es zu einem späteren Zeitpunkt zu einem weiteren Sturz gekommen, die Situation habe sich seither verschlechtert. Die Röntgenaufnahmen vom Untersuchungstag zeigten degenerative Veränderungen subacromial im Sinne einer Osteophytose und somit Zeichen einer Cuff-Arthropathie. Auch das AC-Gelenk sei degenerativ verändert (Urk. 9/52/14). Eine Sonographie der rechten Schulter liess sodann

eine Totalruptur der Supraspinatussehne und eine subtotale Ruptur der Subscapularissehne erkennen. Die Bizepssehne war intakt, jedoch mit kompletter medialer Luxation aus dem Sulcus und exsudativer sowie proliferativer Tenosynovitis. Zur weiteren Diagnostik sei eine Arthro-MRI-Untersuchung der rechten Schulter veranlasst worden (Urk. 9/52/20).

### **E. 3.6**

Im gerichtlichen Verfahren liess der Beschwerdeführer einen weiteren Bericht des B.\_\_\_\_ vom 20. August 2014 einreichen, welchem die Fragestellung nach der Arbeitsfähigkeit aus somatopsychischer Sicht zugrunde lag (vgl. Urk. 3/5 S. 1 unten). Dabei sprachen sich der rheumatologische Facharzt Dr. med. K.\_\_\_\_ und der internistisch-kardiologische Facharzt Dr. med. L.\_\_\_\_ aus Sicht ihrer jeweiligen Fachgebiete für eine 100%ige Arbeitsfähigkeit aus, wobei Dr. K.\_\_\_\_ einen im Wesentlichen unauffälligen rheumatologischen Befund erhob. Dagegen beurteilten die Fachärzte aus den Gebieten Anästhesiologie (Dr. med. M.\_\_\_\_), Wirbelsäulenchirurgie (Dr. med. L.\_\_\_\_) sowie Psychiatrie (Dr. med. M.\_\_\_\_) den Beschwerdeführer auch in einer angepassten Tätigkeit als nicht arbeitsfähig. Der Facharzt für Orthopädische Chirurgie Dr. med. N.\_\_\_\_ schloss eine Arbeitsfähigkeit auf dem Bau aus; eine leichtere Arbeit sei dem Beschwerdeführer mit grosser Wahrscheinlichkeit innert einiger Monate voraussichtlich wieder zuzumuten (Urk. 3/5 S. 6). Gemäss seiner Beurteilung dürfte die Schambeinfraktur Ursache der noch immer deutlichen Muskelverkürzung mit Ansatzentzündungen sein. Der Verlauf im Bereich Femurkopf mit den festgestellten Osteophyten sei noch ungewiss, jedoch könne innert weniger Jahre ein Gelenkersatz notwendig werden. Dr. L.\_\_\_\_ erklärte, dass aufgrund des MRI-Befundes mit Hauptbefund Spinalkanalstenose L4/L5 und schwerer Rezyklusstenose multisegmental mit beträchtlichen Foramenstenosen

beidseits sowie Spondylarthrose multisegmental ein operatives Vorgehen mit Dekompression und Stabilisierung der LWS in Betracht gezogen werden müsse. Aufgrund der vor allem belastungsabhängigen Beschwerden bei komplexer Problematik und deutlicher funktioneller Einschränkung könne dem Beschwerdeführer bis auf Weiteres keine Tätigkeit zugemutet werden. Dr. M.\_\_\_\_ sodann sprach sich für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode aus, wobei gemäss der Hamilton-Skala, einer klinischen Fremdbeurteilungsskala, der Wert von 28 auf eine schwere Störung schliessen lasse. Aktuell liege keine Suizidalität vor, anamnestisch seien dagegen vage/distantere Suizidgedanken/-wünsche bejaht worden (Urk. 3/5). 4.

### **E. 4**

Es sei auf jeden Fall ein zweiter Schriftenwechsel durchzuführen.

#### **E. 4.1**

Vorweg zur Würdigung der oben zitierten ärztlichen Berichte ist darauf hinzuweisen, dass das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht ist, indem Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhaltes zu sorgen haben. Dieser Grundsatz gilt indes nicht uneingeschränkt, sondern wird in zweifacher Hinsicht ergänzt: durch die Mitwirkungspflicht der versicherten Person sowie durch die im Anspruch auf rechtliches Gehör enthaltenen Parteirechte auf Teilnahme am Verfahren und auf Einflussnahme auf den Prozess der Entscheidungsfindung (BGE 120 V 357 E. 1a mit zahlreichen Hinweisen = RKUV 1995 Nr. U 209 S. 27 f. E. 1a).

Die behördliche und richterliche Abklärungspflicht umfasst nicht unbesehen alles, was von einer Partei behauptet wird. Vielmehr bezieht sie sich auf den im Rahmen des streitigen Rechtsverhältnisses (Streitgegenstand) rechtserheblichen Sachverhalt. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hiezu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 48 E. 4a).

#### **E. 4.2**

Der Vergleich der medizinischen Unterlagen führt zum Schluss, dass die von der Beschwerdegegnerin als massgeblich erachteten Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_

und Prof. A.\_\_\_\_ keine hinreichende Grundlage für die Klärung der entscheidungsrelevanten medizinischen Fragen bilden. Zwar drängen sich keine grundsätzlichen Zweifel an den von Dr. Z.\_\_\_\_ erhobenen rheumatologischen Befunden hinsichtlich des Hüft- und LWS-Bereichs auf, stimmen diese doch hinsichtlich der Beweglichkeit und der fehlenden neurologischen Ausfälle

im Wesentlichen mit den zeitnah erhobenen Befunden der J.\_\_\_\_ Klinik vom 29. August 2013 (Urk. 9/52/18) sowie denjenigen von Dr. K.\_\_\_\_ des B.\_\_\_\_ vom August 2014 (Urk. 3/5 S. 4) überein. Jedoch basieren ihre Schlussfolgerungen nicht nur auf einer unvollständigen Aktenlage und einer ungenauen Anamnese, sondern auch auf einer ungenügenden Begründung:

So fällt auf, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Anamnese gegenüber Dr. Z.\_\_\_\_ zwar eine im Jahr 2009 erlittene Verletzung an der rechten Schulter erwähnte, nicht jedoch – bezeichnenderweise anders als gegenüber Prof.

A.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 9/36/10) – diesbezügliche Schmerzen (vgl. Anamnese unter Ziff. 7.2 in Urk. 9/27/18). Der rheumatologische Befund von Dr. Z.\_\_\_\_ hinsichtlich der rechten Schulter lautete einzig auf: „normalisierte sich unter Ablenkung“ (Urk. 9/27/22). Offensichtlich zeigte der Beschwerdeführer zunächst (angeblich durch Gegenspannung) eine deutlich eingeschränkte Beweglichkeit, welche sich sodann unter Ablenkung normalisiert habe (vgl. entsprechende Ausführungen in der Beurteilung, Urk. 9/27/27). Weder dies noch der Hinweis auf den Unfall 2009 oder die anamnestischen Erhebungen von Prof. A.\_\_\_\_

veranlassten Dr. Z.\_\_\_\_ aber zu weiteren Rückfragen oder Abklärungen bezüglich einer allfälligen Schulterproblematik. Angesichts des sodann im Einwandverfahren eingegangenen Berichts der J.\_\_\_\_ Klinik vom 2. September 2013 (Seite 1: Urk. 9/52/14, S. 2: Urk. 9/52/20) zu den bildgebend und mittels Sonographie festgestellten erheblichen Befunden in der rechten Schulter, griff das Vorgehen von Dr. Z.\_\_\_\_ diesbezüglich klar zu kurz.

Zwar ist aufgrund der Aktenlage nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund die Schulterproblematik vom Beschwerdeführer zu keinem früheren Zeitpunkt thematisiert worden war und diesbezügliche Beschwerden selbst im Bericht des B.\_\_\_\_ vom 20. August 2014 keinen Eingang fanden (Urk. 3/5). Jedoch weisen die Befunde der J.\_\_\_\_ Klinik auf eine derart erhebliche Pathologie im Bereich der rechten Schulter hin, dass ergänzende Abklärungen hierzu unabdingbar sind und von der Beschwerdegegnerin vor Erlass des

angefochtenen Entscheids, welcher rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze für die richterliche Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 132 V 215 E. 3.1.1, 129 V 167 E. 1), hätten anhand genommen werden müssen.

Dass der Beschwerdeführer seinen am 26. Februar 2014 schriftlich erhobenen Einwand (Urk. 9/48/1) nicht begründen liess, ändert an der Abklärungspflicht der Beschwerdegegnerin nichts, bildet doch die Begründung des Einwandes im Vorbescheidverfahren gemäss Art. 57a IVG und Art. 73 ter der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) kein Gültigkeitserfordernis. Vielmehr hätte der Bericht der J. \_\_\_ Klinik und der mündliche Vortrag des Beschwerdeführers vom 24. Januar 2014 mit dem Hinweis auf eine geplante Schulteroperation (Urk. 9/44) die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen veranlassen müssen.

Die Beurteilung von Dr. Z. \_\_\_ erweist sich aber auch in andern Belangen als nicht abschliessend beweiskräftig. So fehlt es ihrer Beurteilung, wonach die vorhandenen Befunde das Ausmass der Beschwerden nicht zu erklären vermögen (Urk. 9/27/27), an einer nachvollziehbaren Begründung. Offensichtlich reduzierte sie ihren Blick ganz wesentlich auf die Frage der Beweglichkeit der Gelenke und verzichtete darauf, sich in nachvollziehbarer Weise mit den geklagten Schmerzen im Konnex mit den erheblichen Verschleisserscheinungen und teilweise anlagebedingten Pathologien im Bereich der LWS und der Hüfte

auseinanderzusetzen. Dass aus rein internistisch-rheumatologischer Sicht man gets rheumatischer oder autoimmunologischer Pathologien bei im Wesentlichen vorhandener Beweglichkeit keine wesentliche Einschränkung resultiert, mag zutreffen. Allerdings erweist sich bei der hier zu beurteilenden Situation, bei welcher sich der Hauptbefund von der unfallversehrten Hüfte hin zu den multisegmentalen Degenerationen auf Höhe L4/L5 mit einer schweren Spinalkanalstenose und einer schweren Stenose recessal sowie multisegmentalen Foramenstenosen und einer schweren Spondylarthrose verschoben hat, eine Beurteilung eines auf Verschleisserscheinungen spezialisierten Facharztes der Orthopädie als notwendig, was Dr. Z. \_\_\_ und die Beschwerdegegnerin hätten feststellen müssen.

Was die Beurteilung von Prof. A. \_\_\_ anbelangt, fällt zunächst auf, dass er in Abweichung zum behandelnden Psychiater Dr. H. \_\_\_ wie auch zu Dr. M. \_\_\_ des O. \_\_\_ keine eigenständige Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis diagnostizierte, sondern die depressiven Symptome als Folge eines narzisstischen Kränkungslebens interpretierte und die als neurotische Fehlverarbeitung des Unfalls bezeichnete Psychopathologie sodann diagnostisch einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion zuordnete (Urk. 9/36/17 ff.). Auch wenn diese Beurteilung nicht als zum vornherein unzulänglich erscheint, und die Einreihung der diagnostizierten Anpassungsstörung unter die sogenannten syndromalen Krankheitsbilder (Urk. 9/36/18 ff.) gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zutrifft (Urteil des Bundesgerichts 9C\_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.1 mit Hinweisen), drängen sich doch Zweifel an der Zuverlässigkeit der Einschätzung von Prof. A. \_\_\_ auf:

So lässt der Umstand, dass er auf Seite 18 seines Gutachtens anstelle des Beschwerdeführers einen Exploranden namens „Pagonidis“ erwähnte (Urk. 9/36/18 unten), Skepsis an der Ernsthaftigkeit seiner Auftrags erledigung aufkommen, zumal seine Erklärung, wonach es sich um einen „Schreibfehler“ gehandelt habe (vgl. Beilage zu Urk. 9/68), etwas gar lapidar ausfällt. Keine Ausführungen machte er zum Beginn der

diagnostizierten Anpassungsstörung. Da eine solche im Allgemeinen innerhalb weniger Monate nach dem belastenden Ereignis auftritt (DSM-IV-TR, Diagnostisches und statistisches Manual für psychische Störungen der American Psychiatric

Association, 2003, S. 745; Internationale Klassifikation Psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, S. 209), bedarf eine nachvollziehbare Diagnose der Anpassungsstörung jedenfalls Ausführungen zum Beginn derselben. Dies gilt umso mehr, als Prof. A.\_\_\_\_ mit seiner Diagnose von den Einschätzungen von Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_ abweicht. Dass er trotz seiner differierenden Einschätzung sowohl auf Zusatzdiagnostik in Form eines standardisierten Testverfahrens als auch auf fremdanamnestic Erhebungen verzichtete, macht seine Schlussfolgerungen zumindest nicht beweiskräftiger.

Letztlich fehlt es der Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ und Prof. A.\_\_\_\_ auch an einer bidisziplinären Beurteilung. Der bidisziplinären Zusammenfassung vom 18. Dezember 2013 (Urk. 9/37) liegt offensichtlich keine konsensuale Beurteilung zugrunde, was aber gerade bei Vorliegen oder eines Verdachts auf ein sogenanntes syndromales Beschwerdebild wesentlich ist.

Aus dem Gesagten folgt, dass weder auf das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten von Prof. A.\_\_\_\_ noch auf dasjenige von Dr. Z.\_\_\_\_ abgestellt werden kann.

Auch

die übrigen medizinischen Akten lassen angesichts der erheblich divergierenden Meinungen der behandelnden Ärzte Dr. H.\_\_\_\_ und

Dr. E.\_\_\_\_ und des B.\_\_\_\_

zur Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_ und Prof.

A.\_\_\_\_, sowie aufgrund der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), keinen abschliessenden Schluss zu.

Vielmehr erscheint die Einholung eines orthopädischen Gutachtens sowie eines neuerlichen psychiatrischen Gutachtens als geboten. Angesichts des Umstandes, dass es die Beschwerdegegnerin bis anhin gänzlich versäumt hat, ergänzende gutachterliche Ausführungen

einzuholen, welche auf der gesamten Aktenlage basieren, mithin auch die Schulterproblematik rechts berücksichtigen und in einer Konsensbeurteilung mündeten, rechtfertigt es sich, die Sache zur Einholung eines bidisziplinären Gutachtens (orthopädisch/psychiatrisch) und zu neuerlicher Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 5.

## **E. 5**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der IV-Stelle des Kantons Zürich.

### **E. 5.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 5.2**

Entsprechend hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit Art. 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen.

Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers weist in der eingereichten Kostennote vom 13. April 2015 (Urk. 21) für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 21,02 Stunden und Barauslagen von Fr. 181.70 aus. Diese Aufwendungen erscheinen angesichts des üblicherweise entschädigten Aufwandes als eher hoch. Aufgrund des Umstandes, dass die unentgeltliche Rechtsvertreterin die Akten der Beschwerdegegnerin am 13. Juni 2014 auf CD erhalten hat (vgl. Urk. 9/55), sind insbesondere die in Rechnung gestellten Kosten für Fotokopien von Fr. 150.-- nicht nachvollziehbar. Der für das Verfassen der Replik verrechnete Aufwand von 6 Stunden liegt zudem erheblich über dem für eine Eingabe dieses Umfangs und dieser Komplexität üblicherweise entschädigten Aufwand von zirka 3 Stunden. Ermessensweise ist die Entschädigung daher auf Fr. 4'000.-- zu reduzieren

(inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 21. Juli 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfügt. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler, Frauenfeld,

eine Prozessentschädigung von Fr. 4'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 1

5. 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  
Die Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Grünig  
Gasser  
Küffer

## **E. 6**

Es sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Verbeiständung durch die Unterzeichnete einzuräumen.“

Die Beschwerdegegnerin schloss in der Vernehmlassung vom 21. November 2014 auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 8). Nachdem der Beschwerdeführer in der Replik an seinen Anträgen hatte festhalten lassen ( Urk. 15) und mit Verfügung vom 16. Januar 2015 sein e Gesuch e um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung von Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler zur unentgeltlichen Vertreterin bewilligt worden waren ( Urk. 16), wich auch die Beschwerdegegnerin mit der Duplik vom 20. März 2015 nicht von ihrem Antrag auf Abweisung ab ( Urk. 19).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

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