

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01287 vom 26. Januar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-01-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.01287](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01287)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01287 du 26 janvier 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01287 del 26 gennaio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

[ ATSG ] ). Sie 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).

Jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, kann im Einzelfall Krankheitswert haben, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S. 43 E.

5c). Dabei müssen psychiatrische Berichte in der Regel auf einer persönlichen Untersuchung beruhen (RKUV 2001 Nr. U 438 S.

345, Urteile des Bundesgerichts 9C\_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.3 und I 169/06 vom 8. August 2006 E.

4.4 mit Hinweisen). Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E.

2.2.3., Urteil des Bundesgerichts 8C\_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

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.

### **E. 2**

IVG).

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 ihrer 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 1.

### **E. 2.1**

Die IV-Stelle hielt in der angefochtenen Verfügung vom 3. November 2014 fest, dass der Versicherte in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aus somatischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig sei. Da ihm nur noch leichte bis selten mit teils schwere Tätigkeiten zumutbar seien, verringere sich das Invalideneinkommen um 10 %. Die Frage der Überwindbarkeit der psychiatrischen Diagnosen sei rechtlicher Natur und das Ergebnis der rechtlichen Prüfung könne von der medizinischen Einschätzung abweichen (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Versicherte liess in der Beschwerde vom 4. Dezember 2014 insbesondere geltend machen, gemäss dem Z. \_\_\_ - Gutachten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von lediglich 80 % in einer angepassten Tätigkeit und die IV-Stelle weiche in unzulässiger Weise von dieser Einschätzung ab. Zudem sei der 10%ige Leidensabzug den zahlreichen qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nicht angemessen und liege das Valideneinkommen bei Fr. 90'000.--. Die Erwerbseinkünfte betrage mindestens 50 %, weshalb er Anspruch auf eine Invalidenrente habe (Urk. 1). 2. 3.

Die IV-Stelle ist auf die Neuanschuldung des Versicherten vom 22. Februar 2012 (Urk. 7/109) eingetreten, weshalb zu prüfen ist, ob sich seit der letzten rechtskräftigen rentenverneinenden Verfügung vom 10. März 2011 (Urk. 7/108) eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrads ergeben hat. 3. 3. 1

#### **3.1.1.**

Die Verfügung vom 10. März 2011 (Urk. 7/108) basierte insbesondere auf dem interdisziplinären Gutachten vom 27. sowie vom 30. April 2010 (Urk. 7/82, Urk. 7/83). In diesem Gutachten wurde festgehalten, der Versicherte habe über wenig Kraft in der rechten Hand und über Rückenschmerzen, die ins rechte Bein ausstrahlten, geklagt. Er

habe angegeben, manchmal leide er auch an Beschwerden im Nacken und in der mittleren Brustwirbelsäule. Er fühle sich häufig unwohl ( Urk. 7/82/31). Der Versicherte habe weiter berichtet,

er führe jeden Tag während etwa einer halben Stunde gymnastische Übungen für den rechten Ellbogen aus. Er spaziere täglich am Vormittag eine halbe Stunde und oft abends in Begleitung seiner Frau eine weitere halbe Stunde. Seit dem Jahr 2006 arbeite er täglich dreieinhalb Stunden pro Tag für einen Lohn von etwa Fr. 3.-- pro Stunde. Er arbeite nachmittags und seine Frau vormittags, so dass immer jemand zu Hause sei, um sich um den fünfjährigen Sohn zu kümmern ( Urk. 7/82/31). Dem psychiatrischen Gutachter gab der Versicherte zudem an, die

psychischen Probleme seien aufgetreten, weil er wegen der Schmerzen immer wieder deprimiert und müde geworden sei. Seine Lebenssituation habe sich aufgrund finanzieller Probleme stark verändert. Er nehme einmal im Monat einen Termin beim Psychiater wahr und erhalte von diesem Beruhigungstabletten, welche er nach Bedarf einnehme. Sein Zustand sei wechselhaft. Manchmal sei er vermehrt lustlos und vergesslich, dann gehe es ihm wieder besser. Grosse Gesellschaften ertrage er nicht mehr. Er sehe seinen Bruder regelmässig und habe auch einige Freunde, die er wechselseitig besuche. Nachts schlafe er wegen der Schmerzen maximal vier Stunden ( Urk. 7/83/4-5). 3.1.2

Im internistisch-rheumatologischen Teilgutachten vom 27. April 2010 hielt die Gutachterin Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin speziell Rheumakerkrankungen, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein panvertebrales und rechtsbetontes lumbospondylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen der Hals- und der Lendenwirbelsäule ohne relevante neurale Komponente und klinisch ohne radikuläre Zeichen fest. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie einen Alkoholabusus, einen Nikotinabusus, eine Partialruptur der gemeinsamen Extensorensehnen-Insertion am Epicondylus

lateralis rechts und einen Vitamin-D-Mangel ( Urk. 7/82/44 ). Sie führte aus, der Versicherte sei ein kräftiger Mann. Aufgrund seiner Klagen, der Anamnese, der klinischen Untersuchung sowie der Resultate der bildgebenden Untersuchungen und der Laborabklärungen könne er eine adaptierte Tätigkeit zu 100 % ausüben. Weiter führte sie aus, dass der Versicherte in den letzten Jahren nie eine adäquate Menge Schmerzmittel bei seiner Krankenkasse bezogen habe und in seinem Urin das Medikament Surmontil (Medikament zur Behandlung von Depressionen und schweren chronischen Schmerzzuständen - vgl. [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch)) nicht nachweisbar sei, obwohl er dieses angeblich täglich einnehme. Aufgrund der angegebenen panvertebralen Schmerzen mit degenerativen Veränderungen seien besonders rückenbelastende Tätigkeiten nicht geeignet. Der Versicherte könne Lasten bis zu einem Gewicht von 15 Kilogramm heben oder tragen, was einem leichten bis mittelschweren Belastungsniveau entspreche ( Urk. 7/82/45-46).

### 3.1.3

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Teilgutachten vom 30. April 2010 fest, es seien keine psychiatrischen Diagnosen zu stellen. Gemäss den Akten habe der Versicherte im Rahmen der Anpassungsproblematik nach Stellenverlust eine depressive Anpassungsstörung entwickelt, welche im Jahr 2006 bestanden habe. Allerdings stehe die depressive Störung seither nicht mehr im Vordergrund

und während der Untersuchung vom 1. März 2010 habe er keine depressiven Symptome mehr erleben können. Dies bestätige einen günstigen Verlauf der Anpassungsstörung, insbesondere nach der Sicherstellung einer Tagesstruktur an einem geschützten Arbeitsplatz. Der behandelnde Psychiater habe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert.

Doch da er beim Versicherten weder Persönlichkeitsfaktoren noch schwerwiegende emotionale Konflikte beziehungsweise seelische Schmerzen mit Projektion auf die körperliche Ebene habe feststellen können, könne er diese Diagnose nicht bestätigen. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/83/6-7). 3.2

### 3.2.1

Die Z.\_\_\_\_-Gutachter untersuchten den Versicherten am 20. sowie 21. Juni 2013 und erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 31. Dezember 2013 (Urk. 7/149/3). Sie gingen im Gutachten zunächst detailliert auf die Vorgesichte gemäss Aktenlage ein (Urk. 7/149/5-26). Der Versicherte berichtete den Gutachtern, sein Hauptproblem seien nach wie vor lumbal lokalisierte Rücken schmerzen. Der Schmerz befinde sich immer im Bereich der Lendenwirbelsäule und strahle etwas in die Gesässgegend aus. Auch das linke Bein sei von Schmerzen betroffen und fühle sich oft wie blockiert an. Er leide an leichtem Kribbelgefühl und könne schmerzbedingt schlecht laufen. Der Schmerz sei immer da, jedoch unterschiedlich ausgeprägt. Die Position zu wechseln ver ringere den Schmerz. In den letzten elf Jahren seien die Schmerzen mehr oder weniger unverändert vorhanden gewesen. Die psychiatrische Therapie sei gut gewesen, doch im Moment gehe er nicht mehr regelmässig zum Psychiater, da ihm der Selbstbehalt zu teuer sei. Er habe bemerkt, dass er oft gereizt und aggressiv gewesen sei, was er gegen seinen Willen manchmal an seiner Frau und seinen Kindern ausgelassen habe.

Mit der Tätigkeit in der Werkstatt in C.\_\_\_\_ habe er im Jahr 2010 aufhören müssen, weil der Kanton diese Tätigkeit nicht mehr unterstützt habe. Er lebe mit seiner Ehefrau, seiner 21jährigen Tochter und seinem 8jährigen Sohn in einer 4,5-Zimmerwohnung. Am Morgen stehe er früh auf und kümmere sich darum, den Sohn zur Schule zu schicken.

Dann spaziere er und koche anschliessend das Mittagessen. Am Nachmittag gehe er wieder spazieren und warte auf die Heimkehr des Sohns. Einkaufen gehe die Tochter und Haushaltstätigkeiten wie Putzen und Waschen würden von der Ehefrau und der Tochter erledigen. Er könne wegen der Rückenbeschwerden lediglich leichte Tätigkeiten wie Abstauben erledigen. Lesen sei wegen der Augen schwierig. Er sehe ab und zu fern und habe auch einige Freunde. Wegen der Schmerzen schlafe er schlecht. Er könne sich gut vorstellen, einer körperlich leichten Arbeit nachzugehen, wobei er nicht sagen könne, wie viele Stunden er täglich arbeiten könne (Urk. 7/149/26-29). 3.2.2

Der psychiatrische Z.\_\_\_\_-Gutachter hielt fest, der Versicherte zeige im Psychostatus eine meist ausgeglichene Stimmung mit gelegentlicher Bedrücktheit, Freud- und Lustlosigkeit sowie gelegentlich pessimistischen Zukunftsgedanken und einem gewissen Lebensüberdruß mit gelegentlichen Suizidgedanken ohne Suizidabsichten. Es bestehe dabei aber auch eine kontextbezogene und spontane Aufhellbarkeit. Innerlich sei der Versicherte unruhig, reizbar, werde schnell aggressiv und grübele viel, vor allem nachts. Es

beständen regelmässige schmerz bedingte Ein- und Durchschlafstörungen mit verkürzter Schlafzeit und erheblicher Ermüdbarkeit tagsüber. Während der fast dreistündigen Exploration habe der Versicherte die Aufmerksamkeit bis zum Schluss aufrechterhalten und im Merkfähigkeitstest sei kein Defizit vorgelegen. Der Versicherte habe Minderwertigkeitsgefühle und ein erniedrigtes Selbstvertrauen beschrieben. Es könne keine ausgeprägte Tendenz, die Symptome zu verdeutlichen, ausgemacht werden. Die Symptome einer depressiven Störung seien zahlreich, insgesamt im überwiegend leichteren bis teilweise mittelgradigen Ausprägungsbereich. Dies werde auch in der Hamilton-Depressionsskala bestätigt, deren Score sich in der mittel gradigen Episode befinde. Aufgrund des Gesamtbildes könne dennoch ein leichtgradiger Ausprägungsgrad diagnostiziert werden. Ein allfälliger Auslöser für eine Symptomausweitung der Schmerzen sei retrospektiv nicht zu eruieren. Der Versicherte gebe sich diesbezüglich bedeckt, hingegen habe der behandelnde Arzt Dr. D.\_\_\_\_ im Bericht vom 7. Juli 2006 eine anhaltende psychosoziale Belastung beschrieben. Die vom Versicherten beschriebenen Schmerzen seien zumindest teilweise nicht befundsassoziiert. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne daher dennoch gestellt werden, zu mindest als Verdachtsdiagnose

( Urk. 7/149/32-33). In Auseinandersetzung mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 30. April 2010 ( Urk. 7/83) führte der psychiatrische Z.\_\_\_\_ -Gutachter aus, dass in jenem Gutachten die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode, gegenwärtig remittiert, in die Diagnoseliste hätte aufgenommen werden sollen. Zudem habe er begründet, weshalb die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung entgegen der Ansicht von Dr. B.\_\_\_\_

gestellt werden könne ( Urk. 7/149/34). Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit von 20%. Zwar sei die Schmerzsymptomatik überwindbar, doch dabei solle ein vermehrter Pausenbedarf und ein etwas verlangsamtes Arbeitstempo berücksichtigt werden, was in der 20%igen Arbeitsunfähigkeit mitberücksichtigt sei. Im Vergleich zum Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_

habe sich der psychische Gesundheitszustand leicht verschlechtert ( Urk. 7/149/34).

### 3.2.3

Die rheumatologischen Z.\_\_\_\_ -Gutachter hielten fest, zusammenfassend sähen sie die geklagten Beschwerden im Rahmen der chronischen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule. Die Beschwerden ständen im Zusammenhang mit einer muskulären Dysbalance der Glutealmuskulatur und der linksbetonten Beckenstabilisatoren. Die Beschwerden korrelierten mit der in der Bildgebung vorliegenden Diskushernie und entsprächen einem lumbospondylogenen

Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung, muskulären Beschwerden sowie sensiblen Reizerscheinungen. Insgesamt zeige der Versicherte ein recht „buntes“ Bild seiner Rückenproblematik, indem er einerseits reduziert belastbar sei und ihm andererseits Gehen Erleichterung verschaffe. Hinweise für eine entzündliche Problematik seien keine vorhanden. In seiner angestammten Tätigkeit als Fassadenbauer sei er aufgrund seines Rückenleidens für mittelschwere Tätigkeiten zu 50% und für leichte Tätigkeiten zu 100% arbeitsfähig. Zudem bestehe eine Arbeitsfähigkeit für allfällige Verweistätigkeiten. 3.2.4

Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Z.\_\_\_\_ -Gutachter ein linksseitiges

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei einer Diskushernie bei L5/S 1 links seitig mit Grössenprogredienz, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01) und ein en Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) fest. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Z.\_\_\_\_ -Gutachter eine linksseitige Periarthropathia

coxae , eine mus ku läre Dysbalance der linksseitigen Glutealmuskulatur , einen Status nach Niko tinabusus , aktenanamnetisch einen Status nach Partialruptur der gemeinsamen Extensorensehneninsertion am Epicondylus

lateralis rechts, aktenanamnetisch einen Vitamin-D-Mangel und anamnetisch einen Status nach Ulcus duodeni ( Urk. 7/149/36-37).

In der Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, die Be schwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule und des linken Beins seien durch die objektivierbaren Befunde gut nachvollziehbar. Aus heutiger Sicht werde die psychische Symptomatik als zwischenzeitlich so chronifiziert und be einträchtig erachtet, dass eine verminderte Belastbarkeit anzunehmen sei . In der Gesamtbeurteilung führten die Gutachter zur Arbeitsfähigkeit in der ange stammten Tätigkeit im Fassadenbau aus, dass diese dem Versicherten unter der Annahme, dass es sich dabei zumindest punktuell um körperliche Schwerarbeit gehandelt habe, nicht mehr zumutbar sei. Für körperlich leichte Tätigkeiten be stehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % . Die Einschränkung begründe sich durch die verminderte emotionale Belastbarkeit aufgrund der psychischen Störungen. Eine angepasste Tätigkeit müsse wechselbelastend sein, wobei langes aus schliess liches Stehen, Gehen oder Sitzen zu vermeiden seien. Das Tragen, Heben oder Bewegen schwerer Gegenstände sei als ungünstig anzusehen. Für körper lich mittels chwere Tätigkeiten bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % , wobei die höhere Einschränkung auf die rheumatologischen Be schwer den zurückzuführen sei ( Urk. 7/149/41) .

Aus rheumatologischer Sicht werde davon ausgegangen, dass seit März 2011 eine Verschlechterung eingetreten sei, indem neu eine S1-Wurzelkompression festgestellt worden sei. Hingegen könne nicht mit Sicherheit angenommen wer den, dass sich der psychische Zustand des Versicherten seit der im Jahr 2010 stattgefundenen Begutachtung verschlechtert habe, da es sich bei der diskre pan ten Einschätzung auch um eine divergierende Einschätzung eines identi schen Befunds handeln könne ( Urk. 7/149/42 -43 ). 3.

#### **E. 2.5**

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) hielt in seiner internen Stellungnahme vom 8. Januar 2014 fest, das Z.\_\_\_\_ -Gutachten erscheine schlüssig und er empfehle, auf dieses abzustellen. Entsprechend sei von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer ange passten Tätigkeit auszugehen ( Urk. 7/159/5).

#### **E. 4**

.1

Somatisch hat sich der Gesundheitszustand des Versicherten gemäss dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten seit März 2011 verschlechtert, indem eine S1-Wurzelkompression hinzugetreten ist ( Urk. 7/149/43) . Somit sind dem Versicherten gemäss der Einschätzung der Z.\_\_\_\_ -Gutachter aus somatischer Sicht nicht mehr leicht- bis mit tel schwere Tätigkeiten ( vgl. Urk. 7/82/46), sondern nur noch leichte Tätigkeiten als Vollzeitbeschäftigung zumutbar ( Urk. 7/149/41) . Entgegen der Ansicht des Versicherten ( Urk. 1 S.

6) schätzten die Z.\_\_\_\_ -Gutachter die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit allein aufgrund der wegen der psychischen Störungen verminderten emotionalen Belastbarkeit als auf 80 % eingeschränkt ein ( Urk. 7/149/41) und nicht auch aufgrund der somatischen Beschwerden . Der Versicherte liess weiter vorbringen, gemäss dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin und für Rheumatologie, vom 11. März 2013 betrage die Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten nur 50 % ( Urk.

## **E. 7**

S.

6-7). Dr. F.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 11. März 2013 zu Handen des Versicherten aus, im Mai 2012 habe der Versicherte wegen einer Exazerbation der lumbalen Beschwerden und der Beinausstrahlungen hospitalisiert werden müssen. Es habe sich vom chronischen lumbospondylogenen Syndrom aus ein lumboradikuläres Reizsyndrom S1 links bei eindeutiger Kompression der Wurzel S1 durch eine an Grösse zunehmende Diskushernie L5/S1 entwickelt.

Er schätze die Arbeitsfähigkeit des Versicherten seit bald einem Jahr so ein, dass dieser nicht mehr in der Lage sei in einer angepassten leichten Tätigkeit mehr als 50 % zu arbeiten ( Urk. 7/136). Dieser Bericht lag den Z.\_\_\_\_ -Gutachtern vor ( Urk. 7/149/26). In Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen ist auf die Erfahrungssache hinzuweisen, dass diese 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).

Dr. F.\_\_\_\_ führte nicht in nachvollziehbarer Weise aus, inwiefern die Rückenbeschwerden die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten rückschonenden körperlich leichten Tätigkeit konkret einschränken sollten. Daher vermag der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ die überzeugende Arbeitsfähigkeitseinschätzung aus somatischer Sicht im Z.\_\_\_\_ -Gutachten nicht in Frage zu stellen. 4.2

Bei der anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ist die vorherrschende Beschwerde ein anhaltender, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf . Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 9. Auflage, Bern 2014, S.

233). Bereits im Bericht vom 28. Juli 2003 hatte der behandelnde Psychiater Dr. med. G.\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), bestehend seit ungefähr Januar 2002 , festgehalten. Diese Diagnosestellung begründete er jedoch nicht näher und im Bericht wurden die persönlichen, insbesondere die familiären Verhältnisse als unauffällig beschrieben ( Urk. 7/14/2-4). Auch im Bericht der Klinik H.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2004 wurde die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10

F45.4) ohne nähere Begründung gestellt ( Urk. 7/32 /3-5 ). Im interdisziplinären Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2006 wurde die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt ( Urk. 7/52/16). Diese Diagnose begründete der psychiatrische Y.\_\_\_\_ -Gutachter damit, dass die Schmerzen des Versicherten somatisch nicht adäquat erklärbar seien und im Übermass einen Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Versicherten bildeten. Durch die Situation komme es zu einer psychischen Belastung mit Reizbarkeit, innerer Anspannung, Libidoverlust und depressiver Grundstimmung. Es zeige sich auch eine deutliche emotionale, somatische, kognitive und psychosoziale Beeinträchtigung in Beruf und Alltag ( Urk. 7/52/15-16). Zu emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen, welche bereits bei Auftreten des Schmerzes vorhanden und schwerwiegend genug waren, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten, lässt sich dem Gutachten jedoch nichts entnehmen.

Der behandelnde Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 7. Juli 2006 ebenfalls eine

somatoforme Schmerzstörung

( Urk. 7/12

## **E. 9**

/7). Dr. B.\_\_\_\_

verneinte im Gutachten vom 30. April 2010 das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Dies begründete er damit, dass beim Versicherten zwar mit Arbeitslosigkeit und Existenzsorgen

eine belastende psychosoziale Situation bestanden habe, doch dieser Konflikte sei sich der Versicherte bewusst gewesen. Auch anlässlich der Untersuchung habe er weder entsprechende Persönlichkeitsfaktoren noch schwerwiegende emotionale Konflikte beziehungsweise seelische Schmerzen mit Projektion auf die körperliche Ebene feststellen können ( Urk. 7/83/6-7) . Der psychiatrische Z.\_\_\_\_ -Gutachter bestätigte im Gutachten vom 31. Dezember 2013, dass ein allfälliger Auslöser für eine Symptomausweitung bezüglich der Schmerzen retrospektiv nicht zu eruieren sei. Doch die vom Versicherten beschriebenen Schmerzen seien zumindest teilweise nicht befundsassoziiert, weshalb die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung dennoch gestellt werden könne, zumindest als Verdachtsdiagnose ( Urk. 7/149/33).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung zwar im Verlauf der Krankengeschichte mehrfach von psychiatrischen Fachärzten diagnostiziert worden ist, diese jedoch nie ausgeführt haben, im Zusammenhang mit welchen relevanten emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen diese Störung aufgetreten sei. Demgegenüber hat Dr. B.\_\_\_\_ das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung mit nachvollziehbarer Begründung aufgrund des Fehlens solcher Konflikte verneint. Schliesslich hat der psychiatrische Z.\_\_\_\_ -Gutachter

bestätigt, dass keine solchen die Schmerzstörung auslösenden emotionalen Konflikte und psychosozialen Probleme ergründet werden könnten, weshalb er die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung lediglich als Verdachtsdiagnose festhielt. Das Vorhandensein solcher Konflikte als entscheidende ursächliche Einflüsse ist in den ICD-10

Leitlinien als zwingend vorausgesetzt, um eine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren und ihr Vorliegen ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung und damit eine gesundheitliche Verschlechterung ist somit nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht zur Anwendung kommenden Beweisgrad

erstellt. Da nicht von der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen ist, erübrigen sich Ausführungen zur bundesgerichtlichen Rechtsprechung betreffend psychosomatische Leiden und rentenbegründende Invalidität, welche mit BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 angepasst worden ist. 4.3

Weiter wurde im Z.\_\_\_\_-Gutachten neu eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01), diagnostiziert. Es wurde festgehalten, dass letztmals im Jahr 2008 schwere Episoden aufgetreten seien und zur Zeit weder eine Psychotherapie noch eine Pharmakotherapie stattgefunden (Urk. 7/149/37). Die invalidisierende Wirkung einer mittelgradigen depressiven Störung ist rechtsprechungsgemäss nicht schlechthin auszuschliessen

(Urteil des Bundesgerichts 8C\_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E.

4.4).

Der Versicherte leidet allerdings an einer derzeit nur leichtgradigen depressiven Episode, weshalb grundsätzlich nicht von einer invalidisierenden Wirkung der depressiven Störung auszugehen ist. Leichte bis

höchstens mittel schwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten zudem als therapeutisch angebar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_818/2014 vom 10. August 2015 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen). Die Tatsache, dass der Versicherte sich nicht in psychiatrischer Behandlung befindet, spricht gegen einen erheblichen Leidensdruck (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_771/2014 vom 19. Februar 2015 E. 4.2.2).

Im Z.\_\_\_\_-Gutachten wurde zudem festgehalten, es werde dem Versicherten die Aufnahme einer unterstützenden verhaltenstherapeutischen und gegebenenfalls pharmakologisch ergänzten Psychotherapie empfohlen (Urk. 7/149/42). Zur allfälligen Erschwerung einer solchen Therapie durch Sprachdefizite des Versicherten ist anzumerken, dass eine solche Therapie allenfalls auch in seiner portugiesischen Muttersprache durchgeführt werden könnte. Mangels entsprechender psychiatrischer beziehungsweise psychotherapeutischer Therapie ist somit nicht ausgewiesen, ob das depressive Leiden behandlungsresistent ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_283/2015 vom 24. Juni 2015 E.

4.2.2). Zudem sind beim Versicherten, der sich um seinen jüngsten Sohn kümmert, regelmässig spazieren geht, kocht, abstaubt, fernsieht, Auto fährt und über Kontakte zu Verwandten sowie einen Freundeskreis verfügt (Urk. 7/149/28, Urk. 7/149/32), durchaus Ressourcen vorhanden. Es ist somit festzuhalten, dass der Versicherte durch die leichte depressive Episode nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. 5.5.1

Es ist somit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. Die IV-Stelle setzte das Valideneinkommen nach Tabellenwerten fest, da der Versicherte bereits seit dem Jahr 2002, also seit mehr als zehn Jahren, kein Erwerbseinkommen mehr erzielt hatte (vgl. Urk. 7/151). Der Versicherte liess zwar geltend machen, sein Valideneinkommen sei ausgehend von seinem in den Jahren 2000 und 2001 erzielten Einkommen zu berechnen und betrage mindestens Fr. 90'000.-- (Urk. 1 S. 7).

Anzumerken ist dazu, dass der Versicherte in seiner Anmeldung vom 3. Februar 2003 ein Jahresbruttoeinkommen in der Höhe von Fr. 63'310.-- deklariert hat (Urk. 7/3/4). Die damalige Arbeitgeberin des Versicherten gab im Fragebogen vom 18. Februar 2003 zwar einen im Jahr 2000 erzielten Jahreslohn in der Höhe von Fr. 59'227.95 und einen im Jahr 2001 erzielten Jahreslohn von Fr. 80'692.-- an, doch sie führte zu gleich aus, der Versicherte würde ohne Gesundheitsschaden einen Jahres bruttolohn in der Höhe von Fr. 64'350.-- erzielen (Urk. 7/6/2). Aus dem Auszug aus dem Individuellen Konto ergeben sich Jahresbruttoeinkommen von Fr. 68'448.-- im Jahr 2000 und Fr. 80'692.-- im Jahr 2001 (Urk. 7/11). Weshalb der Lohn im Jahr 2001 deutlich höher ausfiel als im Vorjahr und als es gemäss der Arbeitgeberin im Gesundheitsfall zu erwarten wäre, blieb ungeklärt. Die IV-Stelle bestimme das Valideneinkommen

unter diesen Umständen sowie nach der langen Arbeitsmarktabwesenheit des Versicherten zu Recht aufgrund von Tabellenwerten, wobei sie in

nachvollziehbarer Weise von einer Tätigkeit im Hochbau mit Fach- und Berufskennnissen ausging (Urk. 7/151).

Gemäss der Tabelle TA 1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 20

#### **E. 10**

] , Total; 20

#### **E. 11**

: 101.0 ; 20

#### **E. 12**

: 101.7; 2013: 102.5). Dies ergibt ein jährliches Bruttoeinkommen von Fr. 76'401.20 (Fr. 5'944.-- x 12 : 40 x 41,8 : 100 x 102.5). 5.2

Zur Festsetzung des Invalideneinkommens ist ebenfalls auf die Tabelle TA 1 der LSE 2010 abzustellen, jedoch vom standardisierten Monatslohn (Vollzeitaquivalent basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden) für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) für Männer auszugehen, welcher im Jahr 2010 Fr. 4'901.-- betrug. Dieser Betrag ist ebenfalls auf die im Jahr 20

#### **E. 13**

betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden hochzurechnen (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen; im Internet abrufbar) sowie an die Nominallohnentwicklung anzupassen (BFS, Schweizerischer Lohnindex nach Branche [2010 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Männer [T1.1.10], Total; 2011: 101.0; 2012: 101.7; 2013: 102.5). Daraus resultiert ein jährliches Bruttoeinkommen von Fr. 62'844.30 (Fr. 4'901.-- x 12 : 40 x 41,7 : 100 x 102.5). 5.3.

Die IV-Stelle berücksichtigte einen behinderungsbedingten Abzug von 10% vom Tabellenlohn, weil dem Versicherten nur noch leichte bis selten mittel schwere Tätigkeiten zumutbar seien (Urk. 7/151, Urk. 2). Dies kritisierte der Versicherte in seiner Beschwerde als nicht angemessenen Abzug (Urk. 1 S. 7). Wird ein verhältnismässig hoher Leidensabzug von 20% vorgenommen, welcher auch die längere Abwesenheit vom Arbeitsmarkt berücksichtigt, resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 50'275.40.

Verglichen mit dem Validenein kommen ergibt sich ein Invaliditätsbedingter Minderverdienst von Fr. 26' 125.80 und so mit ein Invaliditätsgrad von gerundet

34 %. 5.4

Da die IV-Stelle somit mit Verfügung vom 3. November 2014 den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat, ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

6.1

Da es um die Bewilligung oder die Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzu erlegen, zufolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einst weilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf §

### **E. 16**

Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dominique Chopard, Zürich, wird mit Fr. 1'513.20 (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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigNaef

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