

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00029 vom 14. Juni 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00029](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00029)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00029 du 14 juin 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00029 del 14 giugno 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, geboren 1960, arbeitete vom 1. September 2004 bis zum 30. Juni 2005 bei der Y.\_\_\_\_ AG in Z.\_\_\_\_ als Hilfsarbeiter. Die Auflösung des Arbeitsverhältnisses erfolgte durch die Arbeitgeberin aus strukturellen Gründen (Urk. 10 /1

#### **E. 1.1.1**

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).

#### **E. 1.1.2**

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine vergleichbare Störung ohne erkennbare organische Ursache begründet als solche noch keine Invalidität. Nach der bisherigen Rechtsprechung bestand eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Danach konnten bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügte. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

#### **E. 1.1.3**

). 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung führt die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nur dann zur Feststellung einer invaliden versicherungsrechtlich

erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der - in der Praxis zu wenig beachteten - Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungsbeschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichen des Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer somatoformen Schmerzstörung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2).

### 5.3

Die klinische rheumatologische Untersuchung durch Dr. M. \_\_\_ hat nur sehr wenige objektiv ierbare pathologische Befunde ergeben. Auffällig seien verschiedene Diskrepanzen zwischen gezielter Untersuchung und Beobachtungen bei abgelenktem Beschwerdeführer gewesen. So sei die Rotation der HWS nach beiden Seiten mässiggradig und schmerzhaft eingeschränkt, während der Beschwerdeführer bei der Anamneseerhebung den Kopf beidseits frei rotiere, insbesondere nach links zum Dolmetscher hin, mindestens bis 80° ohne Schmerzäusserungen. Bei Prüfung der LWS-Beweglichkeit neige der Beschwerdeführer den Oberkörper in der Inklinationsprüfung nur minimal vor, was diskrepant sei zur weitgehend deutlich besseren Rumpfbeugung beim Auskleiden, wiederum ohne jegliche Schmerzäusserung und -mimik. Ebenso bestünden Diskrepanzen zwischen aktiver und passiver Schulterbeweglichkeit und die Prüfung des Nackengriffs werde links grotesk eingeschränkt und mit der übrigen Beweglichkeitsprüfung nicht vereinbar demonstriert. Gegen eine chronische Schonung des linken Armes würden auch die seitengleichen Umfänge der Ober- und Unterarme sprechen und an den Händen gäbe es keinerlei pathologischen Befunde. Auffällig sei, dass der Beschwerdeführer bei allen Krafttests alle Muskelgruppen symmetrisch und kräftig innervieren könne, bei subjektiver Angabe einer Kraftlosigkeit auf der linken Seite. Die Diskrepanz zwischen subjektiver Schmerzempfindung und objektiven Befunden liessen wie auch bereits in den früheren Untersuchungen auf eine im Vordergrund stehende Symptomausweitung schliessen. Insbesondere die Beschwerden im linken Arm liessen sich nicht auf strukturelle Befunde zurückführen, und die vom Beschwerdeführer subjektiv empfundene Muskelschwäche könne klinisch in keiner Weise reproduziert werden (Urk. 10/216/21-23). In der psychiatrischen Untersuchung durch med. pract .

N. \_\_\_ zeigte sich der Beschwerdeführer in der Beschwerdedarstellung sehr demonstrativ betonend, zum Teil inadäquat dramatisierend. Er betone insbesondere seine körperlichen Beschwerden und Schmerzen, die erfolgten Fehlbehandlungen und falschen Diagnosen der Ärzte und seine starken leistungsmässigen Einschränkungen im Rahmen einer

dysfunktional selbstlimitierten Position bei gleichzeitigen Hinweisen für normale soziale Kontakte und Alltagsaktivitäten im Familien- und Bekanntenkreis. In den Mittelpunkt stelle der Beschwerdeführer ein Schwächegefühl sowie seine körperlichen Beschwerden und eine ständige Müdigkeit, welche im klinischen Untersuchungsbefund und in der Verhaltensbeobachtung nicht objektiviert werden könne. Im Rahmen der über 2-stündigen Abklärung habe der Beschwerdeführer objektiv keine Ermüdungszeichen gezeigt (Urk. 10/214/11).

5. 4

Es

erscheint damit als äusserst fraglich, ob überhaupt eine versicherte Gesundheitsschädigung vorliegt oder ob die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. 5. 5

Die Beschwerdegegnerin bzw. die begutachtenden Ärzte med. pract .

N. \_\_\_ und Dr. M. \_\_\_ sind in Anwendung der bisherigen Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen zum Ergebnis gelangt, dass die somatoforme Schmerzstörung des Beschwerdeführers als überwindbar zu gelten hat und der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig ist . Es ist zu prüfen, ob die seit dem 3. Juni 2015 geänderte bundesgerichtliche Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden daran etwas ändert (zur Anwendbarkeit dieser Rechtsprechung auf laufende Verfahren vgl. BGE 141 V 281 E. 8). Insoweit erscheint die vom Beschwerdeführer an der „Überwindbarkeitspraxis“ geäußerte Kritik (Urk. 1 S. 8) als berechtigt. Soweit er hingegen der Ansicht ist, es sei in Abweichung von Art. 7 Abs. 2 ATSG die Überwindbarkeit solcher Schmerzen nicht länger aufgrund objektiver Kriterien zu überprüfen, ist ihm nicht zu folgen. 5. 6

Unter dem Aspekt „funktioneller Schweregrad“ ist in Betracht zu ziehen, dass die diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht besonders ausgeprägt erscheinen. Von einer Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten resp. einer Behandlungsresistenz ist aufgrund der gutachterlichen Feststellungen nicht auszugehen, sondern es hat laut dem psychiatrischen Gutachter N. \_\_\_ zu keinem Zeitpunkt ein nicht mehr beeinflussbares psychisches Krankheitsgeschehen vorgelegen (Urk. 10/214/17). Ebenso wenig ist ersichtlich, dass sich durch eine konsequente physiotherapeutische oder allenfalls auch medikamentöse Behandlung der körperlichen Beschwerden keine Behandlungserfolge mehr erzielen liessen. Was den Indikator „Komorbiditäten“ betrifft, wies der psychiatrische Gutachter zwar darauf hin, dass anamnestisch eine reaktive depressive Entwicklung im Rahmen einer Anpassungsstörung bzw. zeitweisem Ausprägungsgrad einer depressiven Episode vorliege. In der aktuellen Untersuchung waren die Kriterien einer depressiven Episode aber nicht erfüllt und eine anhaltende, therapeutisch nicht mehr beeinflussbare Erkrankung kann beim Beschwerdeführer nicht nachvollzogen werden (Urk. 10/214/15-16). Es besteht sodann Grund zu Annahme, dass der psychische Zustand durch invaliditätsfremde Faktoren (Stellenverlust, finanzielle Probleme, Gesundheitszustand der Ehefrau) beeinflusst wird. Das Vorliegen einer Borreliose hat Dr. M. \_\_\_ sodann mit überzeugender Begründung ausgeschlossen (Urk. 10/216/23-24). Er legt nachvollziehbar dar, dass einige typische Symptome der Borreliose in der Krankengeschichte des

Beschwerdeführers fehlen und auch die Laborwerte nicht für eine chronische Borreliose sprechen. Die von der Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_ gestellte – nicht in ihren Fachbereich fallende – Diagnose beruht unter anderem auf dem Befundbericht des T.\_\_\_\_ vom 27. November 2013 (Urk. 10/184/8-11). Dieser stützt jedoch gerade nicht ihre These, sondern jene von Dr. M.\_\_\_\_, sind doch laut diesem Bericht die serologischen Ergebnisse, wenn überhaupt, nur mit einer seit kurzer Zeit bestehenden Borrelien-Infektion vereinbar, mit anderen Worten also nicht mit einer bereits seit mindestens 2007 bestehenden chronischen Infektion. 5.7

Zum Komplex „Persönlichkeit“ ist festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter den Beschwerdeführer als Person umschreibt, welche eine intakte Alltagsfunktionalität aufweist, hinsichtlich einer erbringbaren Arbeitsleistung aber eine völlig selbstlimitierende dysfunktionale Position einnimmt und sich zu keinerlei Erwerbstätigkeit mehr in der Lage sieht. Er zeige sich in der Schmerzdarstellung sehr demonstrativ und teilweise dramatisch betonend. Im Kontext mit den biographischen Belastungsaspekten gebe es Hinweise auf eine erschwerte Beschwerdeverarbeitung (Urk. 10/214/15). Abgesehen davon ergeben sich aber keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung. Hinsichtlich des Komplexes „Sozialer Kontext“ kann auf durchaus vorhandene Ressourcen des Beschwerdeführers geschlossen werden (intakte Ehe, gutes Verhältnis zu Kindern und Enkeln, Kontakte zu Freunden und Bekannten, regelmässige Besuche der Moschee, Ferienaufenthalte in der U.\_\_\_\_, vgl. Urk. 10/214/9). Zum -beweis rechtlich entscheidenden - Aspekt der Konsistenz ist einerseits zu erwähnen, dass die akuten kundigen Behandlungsbemühungen nicht auf einen ausgeprägten Leidensdruck schliessen lassen. Die Behandlungen der Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_ konzentrieren sich vor allem auf die von ihr diagnostizierte Borreliose, eine antidepressive Medikation erfolgt nicht mehr (Urk. 10/214/9). Wie bereits erwähnt (vgl. E.5.3) stellten die Gutachter beim Beschwerdeführer schliesslich diverse Diskrepanzen zwischen seiner Schmerzschilderung und seinem Verhalten in unbeobachteten Momenten fest. 5.8

Demnach sind auch unter Berücksichtigung der nunmehr im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (vgl. E. 1.1.3) erhebliche funktionelle Auswirkungen der Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Aus rechtlicher Sicht ist daher die somatoforme Schmerzstörung nicht als invalidisierend zu betrachten. 5.9

Es ist damit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in jeglichen körperlichen leichten oder teilweise mittelschweren Tätigkeiten mit Wechselbelastung und ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über 7,5 kg bzw. Einzellasten über 20 kg bzw. ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule (länger dauernd nach vorn geneigt stehend, länger dauernd rotierter Oberkörper bzw. häufige Arbeiten über Kopf mit der Notwendigkeit, den Kopf zu reklinieren) zu 100 % arbeitsfähig ist.

6.

## **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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. 1.3**

Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Er umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten, und ob sie ein renten ausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 321 E. 3b und 1985 S. 462 E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.2). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstmöglichkeiten sind praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen; diese hat viel mehr nur so weit zu gehen, als im Einzelfall eine zuverlässige Ermittlung des Invaliditätsgrades gewährleistet ist. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nützen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 290 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts I 273/04 vom 29. März 2005, I 591/02 vom 5. Mai 2004, I 285/99 vom 13. März 2000 und U 176/98 vom 17. April 2000). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteile des Bundesgerichts 9C\_95/2007 vom 29. August 2007 E. 4.3 und 9C\_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.1, je mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen 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. 1.5**

). Namentlich erlaubt es auch eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 (vgl. dazu E.

## **E. 6**

). Letzter effektiver Arbeitstag war der 2. März 2005, da X.\_\_\_\_ an diesem Tag einen Arbeitsunfall erlitt, bei welchem ihm die rechte Hand zwischen den rollenden Walzen einer Rollenteilmaschine geriet. Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) erbrachte für diesen Unfall Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung, insbesondere richtete sie dem Versicherten für die Zeit vom 5. März bis zum 31. Oktober 2005 ein Taggeld von 100 % aus (Urk.

### **E. 6.1**

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

### **E. 6.2**

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 ausgleichener 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).

### **E. 6.3**

Gemäss Arbeitgeberbericht der A.\_\_\_\_ AG vom 4. Januar 2006 (Urk. 10/15) hätte der Beschwerdeführer ohne Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahre 2006 ein Bruttoeinkommen von Fr. 5'000.-- pro Monat bzw. Fr. 65'000.-- pro Jahr (Fr. 5'000.-- x 13) erzielt. Angepasst an die

Nominallohnentwicklung für Männer (vgl. Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung, Tabelle T 1.93: 2006 = 115.5, 2011 = 117.4) beträgt das hypothetische Einkommen im Jahr 2007 Fr. 66'069.25.

#### **E. 6.4.1**

Entgegen der vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung steht ihm mit Blick auf die gutachterliche Einschätzung und das aus medizinischer Sicht objektiv vorhandene Leistungspotenzial eine genügend breite Palette von zumutbaren Erwerbsmöglichkeiten offen, welche der ausgeglichene Arbeitsmarkt kennt. Nicht massgebend ist in diesem Zusammenhang, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würde. Zu berücksichtigen ist zudem, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Namentlich bestehen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus einfache, geistig wenig anspruchsvolle Überwachungs-, Prüf- und

Kontrolltätigkeiten, welche keine Stressbelastungen enthalten (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_514/2013 vom 29. August 2013

E. 4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 6.4.2**

G emäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) betrug der Durchschnittslohn für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigten Männer im Jahr 2006

pro Monat Fr. 4'732.-- (LSE 2006 TA 1 S. 25) bzw. Fr. 56'784.-- (Fr. 4'732.-- x 12) pro Jahr. Bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit im Jahr 2006 von 41,7 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche [T 03.02.03.01.04.01]) sowie unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung für Männer (vgl. Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung, Tabelle T1.93: 2006 = 115.5, 2011 = 117.4) resultiert ein mutmassliches Einkommen 2007 von Fr. 60'171.10 (= Fr. 56'784.-- : 40 x 41.7 : 115.5 x 117.4) pro Jahr.

#### **E. 6.4.3**

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

#### **E. 6.4.4**

Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer lediglich noch maximal mittel schwere Hilfsarbeitertätigkeiten ausüben kann und auch darin gewisse - wenn auch nur relativ geringfügige - Einschränkungen erleidet, ist mit einem Abzug von 10 % Rechnung zu tragen. Das Invalideneinkommen ist demnach mit Fr. 54'154.-- (Fr. 60'171.10 x 0.9) zu bemessen. Verglichen mit dem ermittelten Valideneinkommen von Fr. 66'069.25 ergibt sich damit ein Einkommenseinbusse von 11'915.25 bzw. ein Invaliditätsgrad von rund 1

8 % . Demnach besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7 . 7 . 1

Der Beschwerdeführer hat ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Bestellung einer

unentgeltlichen Rechtsvertreterin in der Person von Rechtsanwältin Reger- Wyttenbach gestellt ( Urk. 1 S. 2). Als Beweis für seine Bedürftigkeit hat er unter anderem die Unterstützungsbestätigung des Sozialdienstes

V.\_\_\_\_ vom 5. Januar 2015 ( Urk. 8/2) eingereicht. Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und zur Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung gemäss §

### **E. 10**

/

### **E. 13**

/1-5) bestehen beim Beschwerdeführer eine Kraft- und Beweglichkeitseinschränkung beider Arme bei einem Status nach Unfall mit Verletzung der rechten Hand sowie nach Motorradunfall vor Jahren mit Verletzung des linken Armes sowie eine Depression. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ausserdem ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Behandlung in der Klinik O.\_\_\_\_ sowie bei Dr. P.\_\_\_\_ in Z.\_\_\_\_ . In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit dem 11. September 2006 zu 100 % arbeitsunfähig. Die Behandlung nach dem Unfall im Jahre 2005 mit Verletzung des rechten Handrückens sei am 1. November 2005 abgeschlossen und der Beschwerdeführer von der SUVA wieder zu 100 % arbeitsfähig beurteilt worden. Am 1. September 2006 habe er sich in einem psychischen Ausnahmezustand in der Sprechstunde gemeldet, da ihm auf eine sehr verletzende Weise gekündigt worden sei. Er habe sofort in psychiatrische Behandlung überwiesen werden müssen. Die Beurteilung der Beschwerden an den Oberarmen werde ausserdem von Dr. C.\_\_\_\_ vorgenommen. Der weitere Verlauf der Arbeitsfähigkeit könne deshalb von ihr - Dr. B.\_\_\_\_ - nicht beurteilt werden. 2.1.2

Am 27. September 2007 (Urk. 10 /3 2 /7) gab Dr. B.\_\_\_\_ an, es sei dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer sowie rheumatologischer Sicht ab dem 1. Juni 2007 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Die Weiterbehandlung habe Dr. E.\_\_\_\_ übernommen. 2.2

Dr. C.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 3. Januar 2007 (Urk. 10 /1 4 /5) aus, beim Beschwerdeführer bestünden beidseitige Schulter-/Armbeschwerden bei Bandscheibendegeneration C4/5 und C5/6 mit deformierenden Spondylarthrosen und Unkovertebralarthrosen . Die radiologisch nachgewiesenen Veränderungen der HWS erschienen szintigraphisch nicht aktiv. Die angegebenen Beschwerden seien spezialärztlich orthopädisch nicht zu erklären. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei deshalb durch die Hausärztin oder die psychiatrisch behandelnden Ärzte vorzunehmen. 2.3 2.3.1

Laut dem Bericht des D.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2007 (Urk. 10/18/6-10) besteht beim Beschwerdeführer eine mittelgradige depressive Episode nach Arbeitsunfall 2005 und Kündigung der Arbeitsstelle per Ende September 2006 (ICD-10 F32.10), Differentialdiagnose: Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion nach

Arbeitsunfall 2005 und Kündigung der Arbeitsstelle per Ende September 2006 (ICD-10 F.43.21). Der Beschwerdeführer sei am 7. November 2006 zu 50 bis 70 % arbeitsunfähig gewesen, und vom 1. Dezember 2006 bis zum 31. Januar 2007 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Aus psychiatrischer Sicht sei es möglich und zur Vermeidung einer Chronifizierung im weiteren Verlauf wünschbar, dass der Beschwerdeführer ab Februar 2007 zu 50 %, später zu 70 bis 80 % einer kognitiv wenig anspruchsvollen und körperlich leichten Arbeitstätigkeit nachgehen könne. 2.3.2

Im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 22. Oktober 2007 (Urk. 10/34 /1-9) diagnostizierten die Ärzte des D. \_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Sie bescheinigten dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Zeit vom 1. Dezember 2006 bis zum 31. März 2007 und von 50 % ab dem 1. April 2007. Aus psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer die Aufnahme einer angepassten Tätigkeit zu 80 % möglich. Es werde die Vornahme einer eingehenden medizinischen Abklärung empfohlen. 2.4

Gemäss dem bei der Beschwerdegegnerin am 30. Oktober 2007

eingegangenen Bericht von Dr. E. \_\_\_ (Urk. 10 /3 5 ) bestehen beim Beschwerdeführer ein chronisches cervico-lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Degenerationen C4/5 und C5/6, Degenerationen L3/4 und L5/S1, ein Status nach lumboradikulärem Reizsyndrom, anamnestisch seit 2005, chronische Ellbogenschmerzen links seitig bei Status nach möglicher Fraktur vor 20 Jahren sowie eine

Peri arthro pathia

humeroscapularis links bei AC-Gelenksarthrose. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit von ca. Oktober/November 2006 bis März 2007 zu 100 % und seit April 2007 zu 50 % arbeitsunfähig. In einer körperlich leichten Tätigkeit mit Wechselbelastung bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, bedingt durch körperliche Einschränkungen und vor allem den chronischen Schmerzzustand. Es sei eine psychische Störung und/oder eine somatoforme Schmerzstörung wahrscheinlich, deren Stellenwert im Rahmen einer Begutachtung abzuklären sei. 2.5

Die Ärzte der MEDAS F. \_\_\_ stellten im Gutachten vom 16. Mai 2008 folgende Diagnosen (Urk. 10/46 /28-29):

„ Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

anhaltende Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25)

Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert  
Schulter-Arm-Schmerzsyndrom, mit somatischen Faktoren ungenügend erklärbar - Status nach distaler Humerusfraktur links mit minimaler Bewegungseinschränkung im Ellbogengelenk - leichte Arthrose im AC-Gelenk

leichtgradiges Zervikalsyndrom bei Osteochondrosen C4/5 und C5/6

unspezifische Rückenschmerzen - leichte Diskusdegeneration L5/S1, Anulusriss (MR 08/2005)

Restbeschwerden bei Status nach Decollementverletzung Handrücken rechts am 02.03.2005 mit Thierschung am 23.03.2005

Adipositas BMI 32.1 kg/m<sup>2</sup>

Arterielle Hypertonie wahrscheinlich

Hyperlipidämie anamnestisch

Rezidivierende Synkopen unklarer Genese

Tinnitus bei - Status nach Commotio cerebri und Kontusion des Gesichtsschädels bei Auto unfall 1992 anamnestisch

Rhinitis allergica möglich

Tinea

pedis links wahrscheinlich

Erythrasma

periscrotal “

Für die Tätigkeit als Mitarbeiter in einer Fensterladenfabrik bestehe medizinisch-praktisch aufgrund der fehlenden psychischen Belastbarkeit vorderhand eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Medizinisch-theoretisch sei eine Aussage bezüglich der Arbeitsfähigkeit ausgesprochen schwierig. Es müsse noch nicht definitiv von einem langdauernden Gesundheitsschaden ausgegangen werden. Es werde deshalb eine Verlaufsbeurteilung nach 1 bis 2 Jahren empfohlen, wobei allenfalls eine Beurteilung durch die behandelnde Psychiaterin Dr. G. \_\_\_ genüge. Die Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit sei gleich einzustufen. Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe eine volle zeitliche Belastbarkeit des Bewegungapparates mit der Ausnahme, dass bezüglich Gewichtsbelastung und Arbeiten über der Schulterhorizontalen auf den linken Arm Rücksicht genommen werden sollte. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei allenfalls durch eine intensive Psychotherapie möglich. Eine genaue Angabe der möglichen Steigerung und des Zeitrahmens für deren Verwirklichung könne aber nicht gemacht werden. Für eine stabile Verbesserung bedürfe es sicher einer Therapie von ein bis zwei Jahren. Als Beginn der Behandlung wäre eine stationäre Rehabilitation in einer auf Schmerzpatienten spezialisierten Klinik sinnvoll. Der Beginn der realpraktischen Arbeitsfähigkeit von 0 % sei auf Ende 2007 zu datieren, wobei der Beschwerdeführer seit Mitte September 2006 minimal zu 50 % arbeitsunfähig gewesen sei. Die Prognose sei ungewiss (Urk. 10 / 4 6 / 28-30). 2.6 2.6.1

Die Psychiaterin Dr. G. \_\_\_ diagnostizierte im Schreiben an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 6. Februar 2009 (Urk. 10 / 71 / 1-3) eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD 10 F32.11). Weitere psychiatrische Symptome wie Ängste und Schlafstörungen beruhten vor allem auf den starken chronischen Schmerzzuständen, verschieden erfahrenem Unrecht und Fehlbehandlungen sowie krankheitsbedingtem Existenzproblemen. Es sei ein chronisches regionales Schmerzsyndrom (CRPD, ICD-10 M98.0) mit diversen somatischen Einschränkungen und seelischen Anteilen für einen Grossteil der psychischen Symptome mitverantwortlich und überlappe mit diesen. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, welche klar auf körperlichen Ursachen beruhe. An die Wiederaufnahme einer Tätigkeit sei in den nächsten Jahren nicht zu denken. Aus ihrer Sicht sei es missbräuchlich, wenn irgendein

Sachbearbeiter einer Pensionskasse einen Einwand erheben könne, ohne den Beschwerdeführer je gesehen zu haben. Solche eigen nützigen Machenschaften von Versicherungen seien für die betroffenen Patienten enorm belastend und wirkten oft verschlimmernd auf körperliche und seelische Symptome. 2.6.2

Im Schreiben vom 19. Juni 2009 (Urk. 10 / 81 ) teilte Dr. G.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin mit, eine erneute medizinische Abklärung sei für den Beschwerdeführer unzumutbar, für die Gesundheit zusätzlich schädigend und somit nicht zu verantworten. Die Verzweiflung des Beschwerdeführers sei offensichtlich und sollte nicht noch mehr auf die Spitze getrieben werden. 2.7

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ vom 10. September 2010 (Urk. 10 /11 7 /22) besteht beim Beschwerdeführer eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F 43.21), wobei die depressive Symptomatik als mittelschwer einzustufen sei. Auch wenn nun die körperlichen Beschwerden hinter den depressiven Symptomen und Beschwerden in den Hintergrund getreten seien, so gelte es dennoch, eine weiterhin bestehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) festzuhalten. Nach gegenwärtigem Stand (September 2010) müsse beim Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in den Raum gestellt werden, wobei diese primär nur auf den depressiven Krankheitssymptomen gründe. Bezüglich Motivation müsse man von einem „nicht wollen können“ sprechen und könne das Verhalten des Beschwerdeführers nicht als Ausdruck eines „nicht können Wollens“, also einer aktiven Verweigerung ansehen. Es sei davon auszugehen, dass die 100%ige Arbeitsunfähigkeit bereits seit mehreren Jahren bestehe und die im Jahre 2007 zeitweilig vom D.\_\_\_\_ auf 50 % taxierte Arbeitsfähigkeit mehr einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit denn einer realen Restarbeitsfähigkeit entsprochen habe. Es seien keine Tätigkeiten vorstellbar, in denen die gesundheitlichen Defizite nicht in gleicher Weise limitierend zum Tragen kommen würden wie in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Fabrikarbeiter. Die Prognose sei ungünstig. Berufliche Massnahmen seien aktuell nicht erfolgsversprechend durchführbar. 2.8

Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin führte in seiner Stellungnahme vom 10. November 2010 (Urk. 10/128 /3-4) an, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne er sich der gutachterlichen Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ anschliessen. Das Gutachten erfülle die Anforderungen. 3. 3.1

Dr. L.\_\_\_\_ gab ihm Bericht vom 15. Oktober 2013 (Urk. 10/176/1) an, der Beschwerdeführer, welchen er letztmals am 20. April 2011 gesehen habe, habe bei mittelschwerem obstruktivem Schlafapnoesyndrom am 27. März 2013 die Therapie abgebrochen.

3.2

Dr. E.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 16. Dezember 2013 (Urk. 10/182) fest, der Beschwerdeführer sei schon länger nicht mehr arbeitsfähig. 3.3

Laut dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2014 (Urk. 8/184/1-7) konnte beim Beschwerdeführer zwischenzeitlich die Diagnose einer chronischen Borreliose gestellt werden. Die entsprechenden Symptome, wie starke Schmerzen, Symptomausfälle, Schwindel, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, starke Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Vergesslichkeit und starke Gewichtsreduktion von 18 kg innerhalb eine

s Jahr es, habe sie bereits am 7. Januar 2008 erwähnt, damals aber nicht gewusst, dass diese für eine chronische Borreliose verdächtig seien. Sie habe entsprechend der damaligen Fehldiagnose aller Ärzte den Beschwerdeführer zur Behandlung eines Schmerz syndroms an die Rheuma klinik des R. \_\_\_ über wiesen. Durch die falsche Behandlung habe die Krankheit ihren Lauf genommen und insbesondere durch die Cortison behandlungen dürft e die Borreliose gar noch verstärkt worden sein. Seit Behandlungsbeginn am 3. Dezember 2007 sei der Beschwerdeführer bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Je nach Erfolg der Langzeitantibiose gegen die chronische Borreliose könne der Beschwerdeführer wieder eine Arbeits fähig keit erreichen. Im ersten Jahr (somit 2014) müsse aber weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Aktuell könne der Beschwerdeführer weder Arbeitszeiten einhalten (schwere Schlafstörungen), noch einen Arbeitsweg zurücklegen (starke Übelkeit etc. beim Reisen), noch die Konzentration aufbringen (kognitive Störungen) oder die vielen körperlichen Störungen überwinden. Zudem schränkten ihn auch Seh- und Gedächtnis stö rungen sowie durch die Borreliose bedingte Apathie, Müdigkeit etc. ein. Die Leistungsfähigkeit sei massiv eingeschränkt und unzuverlässig, da die Krankheit schubweise Phasen mit Verschlimmerungen bringe. Zudem verlange die Hei lungsphase eine strikte Medikamenteneinnahme. Eine Neu Beurteilung sei nach Abschluss der A nti biose in zwei Jahren möglich. 3.4

Laut de m bidisziplinären Gutachten des Psychiaters

N. \_\_\_ und des Rheuma tologen Dr. M. \_\_\_ vom 5. September 2014 ( Urk. 10/214 /1 9 ) bestehen beim Beschwerdeführer mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit rheuma tologisch ein chronisches Zervikal syndrom bei mässiggradigen degenerativen Veränderungen der unteren HWS sowie ein lumbospondylogenes Syndrom links bei Diskopathie L5/S1 mit mediolateral linksseitiger breitbasiger Diskushernie und kleinem Sequester links, klinisch keine Zeichen eines radikulären Reiz- oder Ausfallsyn droms . Psychiatrisch gebe es keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits fähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden rheumatologisch ein Schulter-Arm-Syndrom linksbetont ohne objektivierbares somatisches Kor relat, anamnestisch ein mittelschweres Schlafapnoe-Syndrom, ein Status nach erfolgreicher Spalthaut-Transplantation am rechten Handrücken bei Status nach Ablederungsverletzung am 2. März 2005 und ein Status nach supracondylärer

Humerusfraktur links ca. 1976, konservativ therapiert, keine posttraumatische Arthrose , sowie psychiatrisch eine an hal tende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit erschwerter Schmerzbeschwerdever arbeitung (ICD-10 F54) mit/bei anamnestisch berichteter reaktiv depressiver Entwicklung im Rahmen eine r Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) beziehungs weise zeitweisem Aus prä gungsgrad einer depressiven Episode (ICD-10 F32.0/1), aktuell nicht im Aus mass entsprechend den ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode gemäss Kategorie F 3. Es liege keine affektive Erkrankung in Form eines anhaltenden, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren Krankheitsgeschehens mit Aus wir kung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Die Foerster-Kriterien sei en mehr heitlich nicht erfüllt und es könne entsprechend geltender versicherungs medizinischer Richtlinien aktuell keine psychiatrisch begründbare Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit aus der Diagnose der anhaltenden somato formen Schmerz stö rung abgeleitet werden. Eine vorübergehende Einschränkung der Arbeits fähig keit sei gemäss Aktenlage Ende 2006/Anfang 2007 im Rahmen der psychiatri schen Behandlung vorgelegen. Auch im Weiteren könnten temporäre Ein schränkungen der Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines im Aus prä gungsgrad

schwankenden, aber grundsätzlich unter adäquater Medikation behandel- und besserbaren depressiven Krankheits geschehens vorgelegen haben. Eine an dauernde psychiatrisch begründbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines anhaltenden, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren psychischen Krankheitsgeschehens habe im vorliegenden Fall zu keinem Zeitpunkt bestanden. Bezogen auf ein Tätigkeitsprofil gemäss rheumatologischen Vorgaben könne im Rahmen der vorliegenden interdisziplinären Abklärung keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines andauernden psychischen oder körperlichen Beschwerde geschehens unter Anwendung gelten der versicherungsmedizinischen Kriterien abgeleitet werden. Aufgrund der Haltung des Beschwerdeführers könnten berufliche Massnahmen als nicht erfolg versprechend beurteilt werden, was nicht primär im Rahmen eines medizinischen Krankheitsgeschehens begründbar sei. Im rheumatologischen Teilgutachten hielt Dr. M.\_\_\_\_ fest, die von der behandelnden Psychiaterin diagnostizierte chronische Borreliose könne praktisch sicher verneint werden. Diese Diagnose müsse mit äusserster Zurückhaltung gestellt werden. Eine klassische Borreliose sei beim Beschwerdeführer weder aktdokumentiert noch aufgrund der zu erhebenden Anamnese diagnostiziert worden und eine frühere Behandlung sei ebenfalls nicht erfolgt. Keines der für eine Borreliose typischen Krankheitsbilder sei beim Beschwerdeführer beschrieben worden oder finde sich in der aktuellen Untersuchung. Insbesondere liege ein negativer Suchtest vor und die in der Laboruntersuchung nachgewiesenen Antikörper seien allenfalls höchstens mit einer Borreliose in frühem Stadium vereinbar. Eine Borrelien -Infektion als Ursache der aktuellen Beschwerden lasse sich damit weitgehend ausschliessen ( Urk. 10/216/23-24). 3.5

Laut der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt Anästhesiologie FMH, vom 25. September 2014 ( Urk. 10/217/6-7) erfüllt das rheumatologische-psychiatrische Gutachten von Dr. M.\_\_\_\_ und med. pract. N.\_\_\_\_ die Anforderungen. Es sei gestützt darauf davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in körperlich leichten bis teilweise mittelschweren, wechsel belastenden Tätigkeiten mit einer Gewichtslimite von 7,5 kg für repetitives und 20 kg für seltenes Heben und Tragen von Lasten, ohne Zwangshaltungen, voll arbeitsfähig sei. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit sei lediglich für die Zeit von Juni 2006 bis Januar 2007 im Umfang von 100 % und von April 2007 bis Oktober 2007 von 50 % anzunehmen. Eine langdauernde IV-relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei zu keinem Zeitpunkt ausgewiesen. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin begründet die angefochtene Verfügung damit, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer lediglich in der Zeit vom 1. Dezember 2006 bis zum 1. Oktober 2007 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. Aktuell sei ihm die Ausübung einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Da der Beschwerdeführer nicht länger als ein Jahr eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit erlitten habe, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Die somatoforme Schmerzstörung bewirke laut ärztlicher Einschätzung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ( Urk. 2). 4.2

Demgegenüber lässt der Beschwerdeführer geltend machen, die Beschwerdegegnerin sei zu Unrecht von der Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung ausgegangen. In Gesamtwürdigung der medizinischen Akten sei von einer zunehmenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowohl in körperlicher wie auch in psychischer Hinsicht auszugehen. Aufgrund der Zunahme der körperlichen Beschwerden sowie der sicherlich unveränderten, erheblichen psychischen Beschwerden sei von einer

vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers für jegliche Tätigkeiten auszugehen. Jedenfalls sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit derart eingeschränkt, dass diese auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar sei, sondern der Beschwerdeführer höchstens noch einen Nischenarbeitsplatz besetzen könnte. Es sei ihm deshalb ab September 2007 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1). 5. 5.1

Das interdisziplinäre psychiatrische-rheumatologische Gutachten von Dr. M. \_\_\_ und med. pract .

N. \_\_\_ vom 5. September 2014 (Urk. 10/214) beruht auf für die streitigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten verfasst. Die Gutachter haben detaillierte Befunde und hieraus begründete Diagnosen erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Das Gutachten erfüllt daher die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E.

## **E. 16**

Abs. 4 GSVG hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der ihm erlassenen Rechtspflegekosten verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. 7.2

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ist für ihre Bemühungen mit Fr. 2'300.-- (vgl. §§ 7 und 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 12. Januar 2015 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin Ursula Reger-Wyttenbach, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt und es wird ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- 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 GSVG hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Ursula Reger-Wyttenbach, Zürich, wird mit Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Reger-Wyttenbach - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
HurstBrügger

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