

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00121 vom 10. Juli 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00121](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00121)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00121 du 10 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00121 del 10 luglio 2017

## **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).

### **E. 1.2**

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

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

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

### **E. 1.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte am 29. Januar 2015 Beschwerde ( Urk. 1) mit den Anträgen, es seien die Verfügungen/“Vorbescheide“ der Beschwerdegegnerin vom 15. und 29. Dezember 2014 aufzuheben und es sei ihm gemäss seinen Erwägungen eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung von

Rechtsanwalt Tomas Kempf als unentgeltlichen Rechtsvertreter (S. 2).

Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 13. März 2015 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde, wovon dem Beschwerdeführer am 31. März 2015 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung vom 29. Dezember 2014 (Urk. 2) aus, aufgrund der medizinischen Beurteilung seien dem Beschwerdeführer behinderungsangepasste Tätigkeiten wie zum Beispiel leichte Fertigungsarbeiten, Qualitätskontrollen oder Sortierarbeiten zu 100 % zumutbar. Die aktuellen medizinischen Unterlagen wiesen seit dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 6. November 2012 keine schlüssig nachvollziehbare Veränderung des Gesundheitszustandes aus. Aus dem Einkommensvergleich ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 21 %, womit kein Rentenanspruch bestehe.

### **E. 2.2**

Demgegenüber lässt der Beschwerdeführer zusammengefasst vortragen (Urk. 1), das A.\_\_\_\_-Gutachten sei mangelhaft, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Allenfalls seien noch weitere Abklärungen notwendig, und es sei die Sache hierfür an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 3. 3.1

Die Ärzte des B.\_\_\_\_, wo sich der Beschwerdeführer vom 24. August bis 8. September 2011 in stationärer (rheumatologischer) Behandlung befand, nannten in ihrem Bericht vom 6. Januar 2012 (Urk. 8/13/6-10) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Verdacht auf Post-Polio-Syndrom bei Status nach Poliomyelitis im Alter von fünf Jahren mit/bei - Beinlängenverkürzung linksseitig, Muskelhypotrophie - zunehmender Krafteinbusse crural links, distal betont, seit 2005 - polytopem Schmerzsyndrom - Ausschluss einer Kompression des Myelons, der Nervenwurzel lumbal und cervical, Ausschluss einer cervicalen Myelopathie durch:

-

MRI-LWS 25.08. 2011: kein Nachweis einer Bandscheibenvorwölbung oder Diskushernie, keine foraminale oder rezessale Nervenwurzelaffektion

-

MRI-HWS 30.08.2011: abgesehen von Zeichen einer sehr diskreten

Arthrose auf Höhe C2/C3 unauffälliger Befund - Hohlfussstellung, deformiertem Calcaneus, höchstwahrscheinlich polio bedingt - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Fehlbelastung

Die Ärzte gaben an, dass sie eine orthopädische Vorstellung des Beschwerdeführers für sinnvoll erachteten mit der Fragestellung, inwieweit bezüglich der aus geprägten Hohlfussstellung mit deformiertem Kalkaneus gegebenenfalls eine operative Therapiemöglichkeit gegeben sei. In der neurologischen Konsultation habe sich zum Vorbefund von Dr. C.\_\_\_\_ (2009) kein Hinweis für eine Progredienz der Paresen ergeben.

Bezüglich der Schmerzen im linken Arm ohne radikuläre Zuordnung und ohne klinische Hinweise für fokal neurologische radikuläre Ausfälle sei zum sicheren Ausschluss einer Myelitis ein MRI der Halswirbelsäule empfohlen worden (S. 3).

Man rate insgesamt zu einer Standortbestimmung respektive zur Vorstellung in der Neurologie der D.\_\_\_\_ hinsichtlich der Verdachtsdiagnose eines Postpoliosyndroms. Dies insbesondere, weil es beim Versicherten mittelfristig um wesentliche sozial-medizinische Aspekte gehe. Den schweren körperlichen Arbeiten als Maschinenführer (Heben, Tragen und Ziehen von Lasten bis zu 500 kg) werde er insbesondere bei einer Progression der muskulären Schwäche nicht weiter nachgehen können (S. 3).

In der angestammten Tätigkeit attestierten sie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 24. August bis 2. Oktober 2011 und eine solche von 50 % vom 3. bis 23. Oktober 2011. Die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit sei zurzeit nicht beurteilbar. Der Beschwerdeführer sei zu weiteren Abklärungen an Spezialisten (Neurologie, Orthopädie) überwiesen worden. In Zukunft sei wahrscheinlich nur noch eine leichte, wechselbelastende Arbeit (zu 100 %?) möglich (S. 4). 3.2

Dr. med. E.\_\_\_\_, Chefarzt Neurologie an der D.\_\_\_\_, hielt in seinem Bericht vom 6. Februar 2012 (Urk. 8/16/1-5) dieselben Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wie die Ärzte vom B.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.1 hievor) fest

(S. 1). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Migräne, intermittierend als ophthalmische Migräne auftretend (S. 1).

Seit zirka fünf Monaten leide der Beschwerdeführer zunehmend an Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Fuss. Weiter verspüre dieser oftmals brennende Schmerzen im gesamten linken Arm, welcher – wie auch das Bein – schwächer geworden sei.

Dr. E.\_\_\_\_ gab weiter an, ab dem 8. August 2011 habe der Beschwerdeführer zu 100 % gearbeitet und vom 3. bis 23. Oktober 2011 zu 50 %. Eine weitere Arbeitsfähigkeit sei ihm nicht bekannt.

Unter dem Titel Prognose führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide an einem beginnenden Postpoliosyndrom. Dieses zeige sich bei Status nach durchgemachter Poliomyelitis anterior acuta mit zunehmender Müdigkeit, muskuloskelettalen Schmerzen, zunehmender Schwäche der betroffenen Muskelgruppen (linke obere und vor allem linke untere Extremität) sowie Kälteüberempfindlichkeit. Das Postpoliosyndrom trete meistens 20 bis 30 [Jahre] nach dem Ereignis auf, sei progressiv und beschleunige sich bei schweren körperlichen Arbeiten, wie sie der Beschwerdeführer verrichte.

Er sei nicht mehr befähigt, die oben erwähnten schweren körperlichen Arbeiten auszuführen (S. 2 f.). In einer leidensangepassten Tätigkeit mit einer leicht bis höchstens mässiggradigen körperlichen Belastung sei er jedoch zu mindestens 80 % arbeitsfähig (S. 4). 3.3

Dr. med. F.\_\_\_\_, praktischer Arzt (FMH), vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle, hielt am 4. April 2012 (Urk. 8/24 S. 5) fest, nach versicherungsmedizinischer Einschätzung könne auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte abgestellt und aufgrund der Defizite bezüglich der bisherigen Tätigkeiten von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit dem 7. Juli 2011 ausgegangen werden. Behinderungsangepasste Tätigkeiten (leichte Tätigkeiten in wechselnd gehender, stehender und nach Möglichkeit überwiegend sitzender Position ohne repetitives Heben von Lasten über zehn Kilogramm) seien zu 90 % zumutbar.

### 3.4

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, nannte in seinem auf Zuweisung von Dr. med. G.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, erstellten Bericht vom 27. August 2012 (Urk. 8/64/11-14; neuroelektrodiagnostische Verlaufsbeurteilung vom 24. August 2012) folgende Diagnosen: - Postpolio-Syndrom bei Status nach Poliomyelitis krural links ungefähr im 5. Lj mit/bei - schleichend zunehmender Krafteinbusse krural links distal betont seit 05 neben Schmerzen und rascher Ermüdung linksbetont mit Generalisierungstendenz - myographisch stationär chronisch neurogenen Veränderungen der Kennmuskulatur L4-S1 links - zusätzlich chronischem lumbospondylogem Schmerzsyndrom links und im Verlauf auch Verdacht auf radikuläres Reiz- und sensibles Ausfallssyndrom S1 und L5 eventuell auch L4 II bei Fehlbelastung und MR-tomographisch (letzte LWS-MRI 9.7.12 K.\_\_\_\_) links-konvex Skoliose, breiten Protrusionen sämtlicher Disci, bilateralen Spondylarthrosen LWK4-S1, betont auf Höhe LWK5/S1 links und dadurch rezessaler Engerstellungen ohne sichere radikuläre Kompromittierungen neben Knochenmarksödem an der ventralen Deckplattenkante LWK3 und Verfettungszonen an den ventralen Deck- und Bodenplattenkanten multisegmental als Zeichen einer möglichen Spondylarthritits - Verdacht auf Restless Legs Syndrom (RLS) und wahrscheinlich auch Periodic Limb Movements in Sleep (PLMS) vermutlich primär - Anamnestisch und gemäss Akten Migräne ohne und mit Aura neben episodischen Spannungstypkopfschmerzen retrospektiv seit 2/09

Er führte aus, dass im Wesentlichen ein unveränderter Befund im Vergleich zu den früheren Abklärungen bei ihm, letztmals am 23. Juni 2009, resultiere (S. 1). Neben dem Postpoliosyndrom entsprechend den Angaben in der Diagnose bestehe als überlappende Zweitproblematik, wohl infolge der jahrelangen Fehl- und Überbelastung bei schwerer körperlicher Tätigkeit, insbesondere mit Lastenheben, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links, und aktuell lägen auch wiederum vermehrte Zeichen einer radikulären Mitbeteiligung S1 und L5 möglicherweise L4 links vor (S. 1). Hiefür dürften die degenerativen LWS-Veränderungen (LWK4-S1 betont auf letzterem Niveau eher links betont) verantwortlich sein, wobei sich eine gewisse rezessale Engerstellung zeige, auch wenn bildgebend keine sichere radikuläre Kompromittierung dokumentiert werden könne. Hinweise für eine weiter peripher lokalisierte Neuropathie oder zentralnervöse Beeinträchtigung lägen nicht vor.

Da das Postpoliosyndrom mit einer raschen Erschöpfbarkeit und Generalisierungstendenz der Schmerzen verbunden sei, resultiere durch regelmässig erforderliche Pausen auch eine reduzierte Belastbarkeit für leichtere Arbeiten gegenwärtig von 50 % mit eventuell potentieller Steigerung je nach Verlauf (S. 2).

### 3.5

Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, gab in seinem Bericht vom 5. Dezember 2012 (Urk. 8/79) dieselben Diagnosen wie der Neurologe Dr. E.\_\_\_\_ an (S. 1; vgl. E. 3.2 hievor). Er bescheinigte in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 30. August 2012 bis auf Weiteres, aktuell vorläufig sicher bis Ende Februar 2013. Zur Arbeitsfähigkeit in einer leistungsgerechten Tätigkeit äusserte er sich nicht (S. 2 f.). 3.6

Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, attestierte in seinem undatierten, bei der Beschwerdegegnerin am 23. Januar 2013 eingegangenen Bericht ( Urk. 8/80) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. 3.7

PD Dr. med. I.\_\_\_\_ von der Universitätsklinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des J.\_\_\_\_ führte auf Zuweisung zwecks Zweitmeinung durch Dr. H.\_\_\_\_ in seinem Sprechstundenbericht Fusschirurgie vom 19. September 2013 ( Urk. 8/140/28-29) aus, die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden seien aus orthopädischer Sicht nicht erklärlich ; eine mechanische Ursache mit Überlastung einzelner Skelettanteile oder eine Arthrose liege nicht vor. Somit seien die Beschwerden am ehesten als neuropathisch einzustufen (S. 2). 3.8

Die Ärzte der K.\_\_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 8. April 2014 (Sprechstundenbericht vom 3. April 2014; Urk. 8/140/30-31) zuhanden von Dr. G.\_\_\_\_ aus, dass die Situation weiterhin stationär sei. Der Beschwerdeführer sei weiterhin deutlich eingeschränkt, und auch der Entlastungsapparat bringe nicht die nötige Verbesserung. Sie bescheinigten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für zwei Monate vom 1. April bis 1. Juni 2014 (S. 2). 3.9

Die Experten des durch die IV-Stelle beauftragten

A.\_\_\_\_ nannten in ihrem Gutachten vom 19. August 2014 ( Urk. 8/140/2-27) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23): - Zustand nach Poliomyelitis des linken Unterschenkels im Kindesalter mit Verdacht auf Post-Polio-Syndrom - chronische Beinschmerzen unter Betonung der linken Seite

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten sie Folgendes: - Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Chronische Beschwerden an zervikaler, thorakaler und lumbaler Wirbelsäule - radiologisch alterssprechender Befund der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule (MRI 31.08.2011 und 09.07.2012) - Migräne - Anamnestisch Verdacht auf Restless-Legs-Syndrom - Diabetes mellitus Typ2 - unter medikamentöser Behandlung gut eingestellt (HbA1c 5.9 %) - Adipositas ( BMI 35 kg/m<sup>2</sup>)

Sie hielten zusammenfassend fest, der Beschwerdeführer sei in der Kindheit an Polio erkrankt, wovon noch eine Lähmung am linken Bein zurückgeblieben sei. Als Hauptbeschwerden habe er bei den Untersuchungen Schmerzen im linken Bein und im Rücken angegeben, welche sich bei Belastungen verstärkten. Anlässlich der neurologischen Untersuchung sei der Zustand nach Poliomyelitis mit Verdacht auf Postpoliosyndrom im linken Bein bestätigt worden. Es bestehe eine Schwäche der Beinmuskulatur links. Die Rückenbeschwerden könnten damit nicht erklärt werden. Hinweise für eine radikuläre Symptomatik hätten sich nicht finden lassen. Aus neurologischer Sicht seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten und solche mit andauerndem Gehen und Stehen oder Arbeiten auf Leitern und Gerüsten nicht mehr zumutbar. Eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit sei ohne Leistungseinschränkung ganztags möglich.

Bei der orthopädischen Untersuchung seien neben der erwähnten Schwäche im rechten Bein keine wesentlichen klinischen pathologischen Befunde am Bewegungsapparat gefunden worden. Es hätten deutliche Hinweise für nicht-organische Beschwerden mit fünf von fünf positiven Waddell-Zeichen bestanden. Aus orthopädischer Sicht seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für eine

körperlich leichte bis mittelschwere, wech selbelastende Tätigkeit bestehe aus orthopädischer Sicht bei ganztägigem Pen sum keine Leistungseinschränkung.

Aus allgemeininternistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähig keit.

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei eine leichte depressive Epi sode diagnostiziert worden. Es bestehe auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, welche für die subjektiven Be schwerden, die somatisch nicht ausreichend objektiviert werden könnten, ver antwortlich sei. Die depressive Symptomatik sei nicht schwer ausgeprägt. Der Beschwerdeführer sei dadurch kaum behindert. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt.

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde sowie vorlie gender Dokumente und früher attestierter Arbeitsunfähigkeiten bestehe für die bisher ausgeübte Tätigkeit seit August 2011 eine Arbeitsunfähigkeit. Defini tiv sei dies vom Neurologen Dr. E. \_\_\_ bei seiner Untersuchung vom 6. Februar 2012 bestätigt worden (S. 24).

Zusammengefasst sei der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig. Körperlich schwere Tätigkeiten und sol che, welche vorwiegend stehend und gehend ausgeübt werden müssten, wie die früheren Tätigkeiten auf dem Bau und in der Schokoladenfabrik, seien ihm in des nicht mehr zumutbar (S. 24 f.). 4. 4.1

Vorab ist Folgendes zu bemerken: Wurde ein Rentengesuch (zuvor) zufolge Nicht ablaufs der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG rechtskräftig abge lehnt, darf die Verwaltung im Hinblick auf ein neues Gesuch nicht geltend ma chen, die Invalidität habe nicht zugenommen (vgl. Meyer/Reichmuth, Recht sprechung des Bundesgerichts zum IVG, Art. 30-31, Rz 118 S. 456 mit Hinweis auf BGE 97 V 58). Die Argumentation der Beschwerdegegnerin, die aktuellen medizinischen Unterlagen würden keine schlüssig nachvollziehbare Verände rung des Gesundheitszustandes seit dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 6. No vember 2012 ausweisen ( Urk. 2 S. 3), bemängelte der Beschwerdeführer somit zu Recht (vgl. Urk. 1 S. 6).

Vorliegend ist gestützt auf die medizinischen Akten ausgewiesen und auch

unbe stritten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten schweren Tä tigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist. Strittig ist hingegen das Leistungsvermögen in einer leidensangepassten Tätigkeit. Darauf ist nachfolgend näher einzugehen. 4.2

Die A. \_\_\_ -Experten, deren Gutachten vom 19. August 2014 durch RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, gestützt wird (vgl. Urk. 8/153 S. 5), konnten anlässlich ihrer Untersu chungen für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelas tende Tätigkeiten keine gesundheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen (E. 3.9 hievor). Der

Internist und Rheumatologe Dr. G. \_\_\_ seiner seits attestierte zwar im Januar 2013 eine nur 50%ige Arbeitsfähigkeit in lei densangepasster Tätigkeit, begründete dies aber nicht weiter (E. 3.6 hievor). Demgegenüber führten die A. \_\_\_ -Gutachter nachvollziehbar aus, dass angesichts der diffusen Beschwerden und geringen Befunde am übrigen Bewegungsapparat nicht auf eine nur noch 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit - wie dies Dr. G. \_\_\_ attestierte - geschlossen werden kann (S. 25). Insbesondere hielt der A. \_\_\_ -Teilgutachter Dr. med. M. \_\_\_ , Facharzt für Neurologie, fest, dass der Beschwerdeführer seit 2006 über zunehmende Schmerzen klag e , welche ursprünglich im linken Bein

begonnen hätten und von diesem nun auf die gesamte linke Körperhälfte, zum Teil auch auf das rechte Bein, Rücken, Nacken und Kopf ausbreitend geschildert worden seien. Diese Schmerzausbreitung ist gemäss dem A.\_\_\_\_-Neurologen allein durch den Zustand nach Poliomyelitis jedoch nicht erklärbar. So hat die ergänzende Bildgebung (hinsichtlich eines zusätzlichen Wirbelsäulenprozesses) im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule keine wesentlichen Befunde ergeben; namentlich liessen sich auch keine Hinweise für eine Beteiligung neuraler Strukturen finden. Nachvollziehbar schilderte er, dass aufgrund der zusätzlichen (bildgebenden) Abklärungen die beklagten Rücken- und Armschmerzen nicht Ausdruck eines Postpoliosyndroms sein könnten, sondern vielmehr - aufgrund von Diskrepanzen bei der Prüfung der groben Kraft der Oberschenkel, des Gangbildes oder dem Zeichen des Lasègue - als Symptomausweitung zu qualifizieren seien (Urk. 8/140 S. 22). Dass er somit zu einer anderen Einschätzung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit kam als Dr. E.\_\_\_\_, welcher bei seiner Beurteilung noch die Schmerzen im Arm mitberücksichtigt hatte und gestützt darauf von einer immerhin mindestens 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen war, erscheint daher plausibel.

Dem Beschwerdeführer ist insofern beizupflichten, als der A.\_\_\_\_-Neurologe nicht auf die im Jahr 2012 erfolgte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. C.\_\_\_\_ (50 % für angepasste Tätigkeiten) einging (vgl. Urk. 1 S. 7 f.). Jedoch nahm der A.\_\_\_\_-Experte Bezug auf die aus den Jahren 2006 und 2009 datierenden Berichte von Dr. C.\_\_\_\_. Ebenso nahm Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 27. August 2012 auf seinen letzten, aus dem Jahr 2009 stammenden Bericht Bezug. Diesem ist zu entnehmen, dass sich im Vergleich zu den früheren Abklärungen keine wesentlichen Veränderungen ergeben hatten, insbesondere nicht bezüglich des Postpoliosyndroms. Selbst Dr. C.\_\_\_\_ hielt dazumal fest, dass - je nach Verlauf - mit einer potentiellen Steigerung gerechnet werden könne. Dass der A.\_\_\_\_-Gutachter rund zwei Jahre später aufgrund eigener gründlicher Untersuchung zum Schluss kommt, dass aus neurologischer Sicht keine Einschränkung in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit besteht, sofern sie in einer vorwiegend sitzenden Stellung ausgeübt wird (Urk. 8/140 S. 22), vermag zu überzeugen. Die von ihm erwähnte - und somit berücksichtigte - Migräne sowie ein früherer Verdacht auf ein Restless-Legs-Syndrom haben nachvollziehbar keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22).

Der Orthopädie-Teilgutachter des A.\_\_\_\_, Dr. N.\_\_\_\_,

führte aus, dass die Feststellungen des Rheumatologen Dr. G.\_\_\_\_ auf eine Spondylarthritis hin deuteten, ohne dass dieser die Erkrankung hätte beweisen können. In mehreren, zum Teil undatierten Schreiben hielt der Rheumatologe sodann eine halbtägige Arbeitsfähigkeit für angepasste Verrichtungen fest. Dieser Einschätzung konnte der Orthopäde Dr. N.\_\_\_\_ vom A.\_\_\_\_ aufgrund der Ergebnisse seiner Untersuchung nicht folgen. So gab er einleuchtend an, dass die äusserst diffusen anamnестischen Angaben und klinischen Befunde ganz klar an ein nichtorganisches Geschehen denken liessen, sodass eine derart hochgradige Arbeitsunfähigkeit selbst für Verweistätigkeiten aus rein rheumatologischer oder orthopädischer Sicht keinesfalls begründet werden könne (Urk. 8/140 S. 19). Der Beschwerdeführer habe gemäss dem orthopädischen A.\_\_\_\_-Gutachter

anlässlich der Untersuchung ein äusserst wechselhaftes, keinesfalls reproduzierbares Hinken, einmal der linken, dann wieder der rechten Seite demonstriert. Bei m Treppensteigen habe er ausgerechnet die vermeintlich weniger betroffene rechte untere Extremität voran gestellt. Die Untersuchung der Wirbelsäule habe eine deutlich bis massiv

eingeschränkte Beweglichkeit gezeigt, doch habe der initial vermehrte Finger-Boden-Abstand später durch eine weitgehend freie Auslenkung im Langsitz relativiert werden können. Auch die bei der expliziten Prüfung eingeschränkte Kopffrotation habe sich unter Ablenkung nicht bestätigen lassen. An den oberen und unteren Extremitäten habe gleichfalls eine freie Beweglichkeit mit Ausnahme der Schultern oberhalb der Horizontalen vor gelegen, wobei der Beschwerdeführer eine eindrucksvolle Gegenspannung präsentiert habe. Auch habe er seine Beschwerden pauschalisierend und undifferenziert geschildert, wobei trotz wiederholtem Nachfragen viele Einzelheiten (u.a. betreffend Benutzung der orthopädischen Hilfsmittel) nicht hätten geklärt werden können. Er

habe zervikal und lumbal, vor allem aber an der unteren und oberen Extremität äusserst diffuse, anatomisch kaum zuordenbare Druckdolenz an gegeben. Während die Prüfung der Hüft- und Kniegelenke in Rückenlage infolge massiver Gegenspannung deutlichen Einschränkungen unterlegen sei,

sei die Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen völlig problemlos gelungen. Lumbalgien seien nicht mehr angegeben worden. Auf radiologischer Ebene hätten unauffällige Verhältnisse an zervikaler und lumbaler Wirbelsäule sowie an der linken Schulter bestanden (S. 17).

Wenn der begutachtende Orthopäde des A.\_\_\_\_ zum Schluss gelangte, dass überwiegend an eine nicht-organische Bes chwerdekomponente zu denken sei und er aus orthopädischer Sicht für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung (ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 15 kg) eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestierte (S. 18), erscheint dies plausibel. Bekräftigt wird dies auch durch die Tatsache, dass die anamnestisch am Morgen des Untersuchungstags eingenommenen Schmerzmittel im Serum nicht nachweisbar waren (S. 17) und die orthopädischen Schuhe samt linksseitiger Unterschenkelorthese nur äusserst geringe Gebrauchsspuren aufwiesen beziehungsweise der Beschwerdeführer auch andere Schuhe einsetzte (S. 15).

Ebenso hielt der A.\_\_\_\_-Teilgutachter Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, nachvollziehbar fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. So ist eine leichte depressive Episode grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (so etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1 mit weiteren Hinweisen). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass sich der Beschwerdeführer zwar in (regelmässiger) ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befindet (vgl. Urk. 1 S. 5) – bei einem Intervall von zwei bis drei Monaten ist jedoch nicht von einem erheblichen Leidensdruck beziehungsweise Bedürfnis auszugehen. Angesichts des Umstands, dass der Beschwerdeführer mindestens zweimal wöchentlich während einer halben Stunde Spazieren geht, ab und zu kocht, einkauft, Auto fährt – unter anderem seine in St. Gallen und Solothurn lebenden Schwestern besucht –, liest und TV schaut (Urk. 8/140/2-27 S. 14), ist aus psychiatrischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer Beeinträchtigung mit der Folge einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen.

Die A.\_\_\_\_-Gutachter hatten es zwar unterlassen, Berichte der behandelnden Dr. med. O.\_\_\_\_ von der P.\_\_\_\_ beizuziehen, bei welcher der Beschwerdeführer seit ungefähr 2012 in

Behandlung ist (vgl. Urk. 1 S. 8 Ziff. 5). Mit Blick auf den Alltag des Beschwerdeführers sind jedoch keine Hinweise ersichtlich, die auf eine invalidisierende psychische Einschränkung hinweisen würden. So geht der Beschwerdeführer wie bereits erwähnt regelmässig spazieren, kleine Sachen einkaufen, hat gute Kollegen, mit denen er Kaffee trinken geht, und fährt Auto (Urk. 8/140

S. 10 f. und 13). Zudem versucht er, ein wenig zu kochen, liest, schaut TV und geht jeweils in St. Gallen und Solothurn auf Besuch (S. 14). Auf grund des unter den Referenzwerten liegenden Medikamentenspiegels (S. 13) ist ausserdem davon auszugehen, dass er die im A.\_\_\_\_-Gutachten aufgeführten anti depressiven Medikamente „Cymbalta“ und „Trittico“ (S. 9) nicht regelmässig einnimmt. Dass dem A.\_\_\_\_-Psychiater die medizinischen Unterlagen von Dr. O.\_\_\_\_ nicht zur Verfügung standen und er lediglich gestützt auf seine eigene Untersuchung eine Beurteilung abgab ( vgl. Urk. 1 S. 8 Ziff. 5 ) , ändert nichts. Auch dass die Abklärung

gemäss Beschwerdeführer „lediglich“ ( Urk. 1 S. 8 Ziff. 5) dreiviertel Stunden dauerte, ist nicht entscheidend . Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgebend ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

Zum weiteren Einwand des Beschwerdeführers , die A.\_\_\_\_ -Gutachter hätten die für ein Postpoliosyndrom typischen (übrigen), nicht bloss auf das ursprünglich hauptsächlich betroffene linke Bein bezogenen, Merkmale (wie Fatigue, Muskel- und Gelenkschmerzen, Muskelschwächen) nicht berücksichtigt (Urk. 1 S. 6 Ziff. 4) , ist Folgendes zu bemerken: Gemäss den Schilderungen des Beschwerdeführers sind die Schmerzen ( Muskel- oder Gelenkschmerzen) das Hauptproblem ( Urk. 8/140 S. 20). Zu den über das ursprünglich betroffene linke Bein hinausgehenden Schmerzen nahm der A.\_\_\_\_ -Neurologe eingehend Stellung (und schloss einen Zusammenhang mit dem Postpoliosyndrom aus). Weiter ist weder

von einer allgemeinen Müdigkeit oder Schwäche noch von Konzentrationsstörungen die Rede. So konnte sich der Beschwerdeführer auch während des Untersuchungsgesprächs mit dem A.\_\_\_\_ -Psychiater gut konzentrieren und dessen Ausführungen folgen (S. 11 und 12 f.). Zwar gab der Beschwerdeführer gegenüber dem orthopädischen A.\_\_\_\_ -Gutachter an, dass er nach einer Gehstrecke von maximal 500 Metern unbedingt eine Pause benötigen und sitzen müsse. Insbesondere fielen ihm dann die Augen wie Vorhänge zu, sodass ihm schwarz werde ( Urk. 8/140 S. 10 und 3). Diese Müdigkeit machte er aber nur im Zusammenhang mit dem Spazieren geltend. Jedenfalls liegen keine Hinweise dafür vor, dass er beispielsweise plötzlich während des Sitzens müde oder schwach wird oder Konzentrationschwierigkeiten hat. Zudem kann der Beschwerdeführer offenbar in der 200 Meter entfernten Migros problemlos zu Fuss einkaufen (S. 10 f.) und hat offenbar auch keine Mühe, das Einge kaufte selber nach Hause zu tragen. Auch wenn ein Postpoliosyndrom durchaus die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Begleiterscheinungen zur Folge haben kann, ist dies

nicht zwingend. Da vorliegend keine entsprechenden Anzeichen vorlagen , konnten die A.\_\_\_\_ -Gutachter nichts dergleichen berücksichtigen . 4.3

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich die Experten im A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 19. August 2014 umfassend zu den Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

äusser te n. Das Gutachten basiert auf eingehenden Untersuchungen, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (Urk. 8/140 S. 7 ff.) und erging in Kenntnis der medizinischen Vorakten beziehungsweise es erfolgte eine kritische Auseinandersetzung damit (S. 3 ff.). Die Gutachter legten anhand der von ihnen erhobenen Befunde in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dar, dass beim Beschwerdeführer keine gesundheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit besteht. Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1. 3 hie vor). 4.4

#### 4.4.1

Nebst den vorerwähnten Leiden wurde beim Beschwerdeführer

überdies eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert (zum Umstand, dass diese allerdings nicht hinreichend von der „anhaltenden somatoformen Schmerzstörung“ [F45.40 in der ICD-10-GM] abgrenzbar erscheint beziehungsweise in der ICD-10 Klassifikation nicht vorkommt, siehe Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling/Mombour/O.\_\_\_\_ [Hrsg.], 9. Aufl. 2014, Ziff. 45.4 S. 233 Fussnote 1; vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts 9C\_168/2015 vom 13. April 2016 E. 3.2).

Der psychiatrische A.\_\_\_\_ - Gutachter mass der chronischen Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bei, da er anlässlich seiner fachärztlichen Exploration keine wesentlichen Einschränkungen erkennen konnte (Urk. 8/140 S. 12). Damit bestehen gewichtige Indizien, dass der für eine invalidisierende Gesundheitsschädigung erforderliche Schweregrad nicht erreicht wird. Die juristische Anspruchsprüfung ist gleichwohl in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders; insoweit ist die medizinische Schätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit rechtlich nicht verbindlich. Eine Indikatorenprüfung fällt auch dann nicht automatisch und unbesehen der konkreten Umstände ausser Betracht, wenn nach ärztlicher Beurteilung ein Leiden die Arbeitsfähigkeit nicht in relevanter Weise beeinträchtigt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.1; a.M. wohl Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter 11. Juli 2016, S. 20 ff.). 4.4. 2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss.

Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Verordnungs Vollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird in BGE 141 V 281 durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch in des nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender soma

toformer Schmerzstörung und

vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. 4.4.3

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3). 4.4.4 Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren ihren Beweiswert nicht. Es ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen gutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309). 4.5 4.5.1 Eine Prüfung anhand der rechtserheblichen Indikatoren (zur Indikatorenprüfung bei einer psychischen Störung nach ICD-10 F45.41 vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_59/2016 vom 19. Februar 2016 E. 2.2.1; ferner BGE 142 V 106

E. 4.2 und 4.4) ergibt Folgendes: Bei den psychiatrisch beschriebenen Symptomen der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F.45.41) fehlt aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht (im Unterschied zu einer somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 F45.40, bei welcher ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund steht) ein Bezug zum diagnoseinhärenten Schweregrad eines psychischen Leidens (so BGE 142 V 106 E. 4.2 und 4.4). Allerdings setzt die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren voraus, dass der Schmerz „in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen im sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen“ hervorruft (vgl. Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, a.a.O., S. 20 ff., „Diagnoseinhärenter Schweregrad“). 4.5.2 Bezüglich des Indikators „Behandlungserfolg und -resistenz“ ist den Akten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer etwa jeden Monat den Hausarzt konsultiert, alle zwei bis drei Monate den Rheumatologen Dr. G. \_\_\_ und einen Psychiater sowie in dreimonatigen Intervallen die K. \_\_\_ aufsucht (Urk. 8/140 S. 14). In psychiatrischer Behandlung steht er seit ungefähr dem Jahr 2012 (Urk. 8/140 S. 9). Gemäss dem psychiatrischen A. \_\_\_-Teilgutachter erhielt der Beschwerdeführer eine antidepressive Medikation verschrieben; den noch waren die Medikamentenspiegel unter

den Referenzwerten, was klar gegen eine regelmässige Einnahme - und das Vorliegen einer Notwendigkeit - spricht. Vorgeschlagen wurde die Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, welche bei einer Verschlechterung der Depression zu intensivieren wäre. Weiter wurden tagesstrukturierende Massnahmen als hilfreich erachtet. Ein spezielles Augenmerk sollte zudem auf die regelmässige Einnahme der antidepressiven Medikation geworfen werden. Berufliche Massnahmen erachtete der A.\_\_\_\_-Teilgutachter aufgrund der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung des Beschwerdeführers als nicht sinnvoll ( Urk. 8/140 S. 13). Vor diesem Hintergrund lässt sich grundsätzlich nicht auf eine invalidisierende, schwere psychische Störung, welche therapeutisch nicht mehr angebar wäre, schliessen. 4.5.3

Bei der Beurteilung der Komorbiditäten ist rechtsprechungsgemäss neu eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen vorzunehmen. Neben der somatoformen Schmerzstörung leidet der Beschwerdeführer insbesondere an einem Zustand nach Poliomyelitis des linken Unterschenkels im Kindesalter mit Verdacht auf ein Postpoliosyndrom sowie an chronischen Beinschmerzen unter Betonung der linken Seite, welche jedoch gemäss den Gutachtern – wie bereits ausgeführt – keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit haben. 4.5.4 Der in Serbien geborene, seit 1990 verheiratete Beschwerdeführer hat fünf Kinder und lebt mit seiner Ehefrau und den beiden 16- und 20-jährigen Töchtern sowie dem 12-jährigen Sohn in einer Viereinhalb-Zimmer-Wohnung ;

die beiden 22- und 23-jährigen Töchter sind bereits ausgezogen; die ältere Tochter lebt aber in der Nähe. Der Beschwerdeführer versucht, regelmässige Spaziergänge zu gehen, wobei längere Strecken von mehr als 500 Metern

nicht möglich sind. Kleine Sachen geht er aber selber einkaufen ( Urk. 8/140 S. 7 und S. 10). Der Beschwerdeführer erfährt viel Hilfe; auch von den Kindern (S. 10). Zudem hat er gute Kollegen, mit denen er manchmal Kaffee trinkt. In seine Heimat (Serbien) reist er deshalb nicht mehr, weil er dort keine Familienangehörigen mehr hat (S. 11). Unter den gegebenen Umständen ist den A.\_\_\_\_-Gutachtern beizupflichten, dass zwar ein gewisser sozialer Rückzug besteht, der aber nicht schwer und in allen Bereichen des Lebens ausgeprägt ist (S. 12).

Letztlich darf von einem sich potentiell günstig auf die Ressourcen auswirkenden funktionierenden sozialen Umfeld ausgegangen werden. 4.5.5 Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist vorzuschicken, dass der Beschwerdeführer, als er im Jahre 1987 mit seinem Vater in die Schweiz kam, zunächst als Hilfsarbeiter auf dem Bau und ab dem Jahr 1989 als Maschinenführer bei der Y.\_\_\_\_ arbeitete. Im August 2011 wurde er eigenen Angaben zufolge für diese Tätigkeit arbeitsunfähig; eine Wiederaufnahme der Arbeit oder eine angepasste Tätigkeit waren nicht möglich ( Urk. 8/140 S. 7). Die

A.\_\_\_\_-Gutachter

sprechen von einer deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ( Urk. 8/140 S. 13). Der Beschwerdeführer hat kaum eigene Interessen. So verfügt er über ein eher niedriges Aktivitätsniveau - den Akten sind indes keine Angaben zu entnehmen, wonach dieses früher höher gewesen wäre. 4.5.6 Bei gesamthafter Betrachtung der

massgeblichen Indikatoren ist nach dem Gesagten eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Invalidität führen könnte, nicht ausgewiesen. 4.6

#### 4.6.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, sein Gesundheitszustand habe sich im Laufe des Sommers 2014 derart verschlechtert, dass das A.\_\_\_\_-Gutachten im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids nicht mehr aktuell gewesen sei (vgl. Urk. 1 S. 9). Dabei ist nicht nachvollziehbar, weshalb er dies nicht bereits anlässlich seines Einwandes vom 2. Dezember 2014 (Urk. 8/152) vorbrachte. Darin erwähnte er eine Verschlechterung in psychischer Hinsicht mit keinem Wort. Unter Ziff. 6 führte er gar aus, er und seine behandelnde Psychiaterin Dr. O.\_\_\_\_ seien auf die Problematik (fehlende Motivation in Bezug auf berufliche Massnahmen) aufmerksam gemacht worden, und er habe sich dazu bereit erklärt, entsprechende Bemühungen zu unterstützen (S. 3).

Bei dieser Sachlage ist nicht ersichtlich, inwiefern weitere Abklärungen in psychischer Hinsicht – wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht (Urk. 1 S. 9) – neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falls entscheidende Erkenntnisse liefern könnten, sodass darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 162 E. 1d). 4.6.2

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass lediglich die Verhältnisse bis zum Verfügungserlass vom 29. Dezember 2014 zu berücksichtigen sind. Allfällige im Zuge der Hospitalisation in der P.\_\_\_\_ (ab dem 13. Januar 2015) eingetretene Veränderungen (vgl. Urk. 1 S. 5 und Urk. 3/7-8) wären im Rahmen einer Neuanneldung zu prüfen (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b). 4.7

Nach dem Gesagten ist - gestützt auf das A.\_\_\_\_-Gutachten und in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist. 5. 5.1

Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der angenommenen Einschränkungen vorzunehmen.

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 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). 5.2

#### 5.2.1

Der Beschwerdeführer beanstandet zu Recht, dass das Valideneinkommen nicht der Nominallohnentwicklung angepasst worden war (Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 7).

Der Nominallohnindex für Männer gemäss Tabelle T 39 des Bundesamtes für Statistik ( BFS )

beträgt für das Jahr 2007 2047, für 200

## E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## E. 8

2'546.43 ([ Fr. 80'875 . - - : 2092 x 2220 ] + [ Fr. 89'810 . - - : 2136 x 2220 ] + [ Fr. 79'032 . - - : 2151 x 2220 ] + [ Fr. 79'903 . - - : 2171 x 2220 ] + [ Fr. 69'522 . - - : 2188 x 2220 ] : 5). 5.2.2

Nach der Rechtsprechung kann ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung der Lohnstrukturerhebung ( LSE ) 2012 (im Oktober 2014) bei der Bemessung des Invalideneinkommens auf die LSE-Tabellenwerte 2012 zurückgegriffen werden ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2 e contrario ). Der LSE 2012 kommt für alle Fälle erstmaliger Invaliditätsbemessung und auf Neuanschreibung hin nach vorangegangener rechtskräftiger Ablehnung oder nach Aufhebung der Invalidenrente sowie auch grundsätzlich im Revisionsverfahren (mit Entstehung des potentiellen oder Veränderung des laufenden Rentenanspruches im Jahr 2012 oder später) Beweiseignung zu (BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und vorerwähntes Urteil des Bundesgerichts 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2). Für die Invaliditätsbemessung sind indes nach der Rechtsprechung zumindest bis auf Weiteres nur die unter anderem nach dem Kompetenzniveau differenzierten TA1-Tabellen der LSE

2012 zu verwenden, nicht hingegen die TA1\_b-Tabellen, welche sich in einer erheblich weitergehenden Masse inkongruent zu den bisherigen statistischen Entscheidungsgrundlagen erweisen (BGE 142 V 178 E. 2.5.7). Dabei entspricht das Anforderungsniveau 4 der LSE 2010 dem Kompetenzniveau 1 der LSE

2012 ( vgl. IV-Rundschreiben Nr. 328 des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 22. Oktober 2014). 5.2.3

In Bezug auf die zumutbaren Erwerbstätigkeiten sind die Erwerbsaussichten zu berücksichtigen, die dem Beschwerdeführer aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen noch offen stehen. Davon ausgehend, dass gemäss medizinischer Beurteilung in einer Verweistätigkeit die Restarbeitsfähigkeit 100 % beträgt (E. 4.7 hier), muss er sich – nachdem er keine an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat - ein zumutbarerweise erzielbares Einkommen anrechnen lassen, weshalb

die Tabellenlöhne heranzuziehen sind (BGE 139 V 592 E. 2.3 ).

Gemäss LSE 2012 belief sich der Zentralwert Tabelle TA1 für Männer mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) auf Fr. 5'210.--. Aufgerechnet auf ein Jahreseinkommen und unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, herausgegeben vom BFS T.03.02.03.01.04.01) resultiert ein Einkommen von Fr. 65'177.10 respektive

nominallohnbereinigt für das Jahr 2014 (2188 [2012], 2220 [2014]; BSF, Tabelle T39) ein solches von Fr. 66'130.32 (Fr. 5'210.-- x 12 / 40 x 41.7 / 2188 x 2220).

Aus dem Vergleich des Valideneinkommens 2014 von

Fr. 82'546.43 mit dem Invalideneinkommen 2014 von Fr. 66'130.32 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr.

16'416.

## E. 11

beziehungsweise ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 20 % (19.88 %).  
5.2.4

Berücksichtigte man zu Gunsten des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 9 f. Ziff. 7) die Einkommen der Jahre 2007 bis 2011, so resultierte nominallohnbereinigt ein hypothetisches Valideneinkommen für 2014 von Fr. 88'428.65 ([ Fr. 92'161.-- : 2047 x 2220 ] + [ Fr. 80'875.-- : 2092 x 2220 ] + [ Fr. 89'810.-- : 2136 x 2220 ] + [ Fr. 79'032.-- : 2151 x 2220 ] + [ Fr. 79'903.-- : 2171 x 2220 ] : 5). Bei einem Invalideneinkommen für das Jahr 2014 in der Höhe von Fr. 66'130.32 (vgl. oben) ergäbe sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'298.33 (= Fr. 88'428.65 - Fr. 66'130.32) und somit ein Invaliditätsgrad von 25.21 %.

Selbst wenn man also zu Gunsten des Beschwerdeführers auf die Einkommen gemäss IK-Auszug 2007 bis 2011 statt auf diejenigen der Jahre 2008 bis 2012 abstellen würde (vgl. Urk. 1 S. 9 f.), resultierte ein nach wie vor rentenausschliessender Invaliditätsgrad von weniger als 40 %. 5.3 5.3.1

Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, unter Berücksichtigung der multip len Beschwerden sowie der nur noch in Teilzeit möglichen Tätigkeit rechtfertige sich beim Invalideneinkommen ein Leidensabzug im maximalen Umfang von 25 % (Urk. 1 S. 10).  
5.3.2

Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75

soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ( BGE 134 V 64

E. 4.2.1) nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (vgl. E. 1.7 hievore, vgl. dazu auch BGE 135 V 297

E. 5.2). Mit Bezug auf den behinderungs- bzw. leidensbedingten Abzug im Besonderen ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt. Dadurch wird in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt, die unter Berücksichtigung der Fähigkeiten sowie der Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Gegenstand des Abzugs vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75

bildende Frage, ob mit Bezug auf konkret in Betracht fallende Tätigkeiten auf grund der Einschränkungen, die personen- oder arbeitsplatzbezogen sein können, verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände anerkannt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_848/2014 vom 29. April 2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen). 5.3.3

Die vom Beschwerdeführer ins Feld geführten Gründe rechtfertigen einen entsprechenden Abzug nicht: Gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen im A.\_\_\_\_-Gutachten sind dem Beschwerdeführer leichte Tätigkeiten in wechselnd gehender, stehender und nach Möglichkeit überwiegend sitzender Position ohne repetitives Heben von Lasten über zehn Kilogramm zumutbar. Der Umstand, dass eine versicherte Person gemäss den medizinischen Angaben auf eine in Wechselhaltung ausführbare Tätigkeit angewiesen ist und ihre Einsatzmöglichkeiten daher begrenzt sind, ist nicht abzugsrelevant (vgl. statt vieler Urteile des Bundesgerichts 8C\_599/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 5.2.4 sowie 8C\_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8). Die durch die Beschwerden eingeschränkte Leistungsfähigkeit wurde

bereits bei der Umschreibung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Ein Abzug von Tabellenlohn ist demnach nicht vorzunehmen und die Gewährung eines maximalen ausgeschlossen. 6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen ist. Sollte sich inskünftig hinsichtlich des Zustandes nach Poliomyelitis eine erhebliche Verschlechterung ergeben, wäre dies im Rahmen einer Neuanmeldung geltend zu machen (vgl. auch E. 4.6.1 hievore). 7. 7.1

Der Beschwerdeführer hat in seiner Beschwerdeschrift unter Beilage eines Berechnungsblattes der Sozialbehörde Pfäffikon (Bedarf nach SKOS, monatlich) ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt Tomas Kempf gestellt (Urk. 1 S. 2 und S. 11, Urk. 3/9 und Urk. 4). Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und zur unentgeltlichen Rechtsvertretung gemäss § 16 Abs. 1 und Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind erfüllt. Antrags gemäss ist Rechtsanwalt Tomas Kempf als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen. 7.2

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

Mit Honorarnote vom 6. Dezember 2016 (Urk. 13) machte der mit heutigem Beschluss bestellte unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von 7 Stunden 51 Minuten und Barauslagen im Betrag von Fr. 32.50 geltend, was angemessen erscheint. Daraus resultiert eine Entschädigung von insgesamt Fr. 1'900.25 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer), weshalb Rechtsanwalt Tomas Kempf in diesem Umfang aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 29. Januar 2015 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihm Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt sodann :  
1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster, wird mit Fr. 1'900.25 (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 Tomas Kempf -  
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 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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