

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00447 vom 27. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00447

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00447 du 27 décembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00447 del 27 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1.1

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.2

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

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 2

IVG).

E. 2.1

Streitgegenstand bildet nicht die erstmalige Invaliditätsbemessung, sondern die erneute Ablehnung eines Rentenanspruchs nach der Neuanmeldung vom 23.

September 2013. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4) handelte es sich bei der ersten Anmeldung vom Oktober 2012 um eine Anmeldung zum Leistungsbezug (vgl. Urk. 6/4/1) und nicht lediglich um eine Anfrage in Bezug auf die Zusammenarbeit der IV-Stelle mit dem Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (vgl. Urk. 3/3). Die Anmeldung ging am 24.

Oktober 2012 und damit vor und unabhängig von der genannten Anfrage, die vom 25. Oktober 2012 datiert, ein. Zu prüfen ist daher analog einem Revisionsfall, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der anspruchsverneinenden Verfügung vom 17. Dezember 2012 bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 9. März 2015 in einem rentenbegründenden Ausmass verschlechtert hat.

Dabei stellt sich insbesondere auch die Frage, ob die Akten vollständig und ausreichend sind. 2. 2

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten des Y.____

vom 14. November 2014 - jedoch in Abweichung von dessen Gesamtbeurteilung - damit, dass dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar sei. Davon ausgehend errechnete sie

einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 29 %. 2.

E. 3

Hinsichtlich des medizinischen Sachverhalts bis zur in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 17. Dezember 2012 (Urk.

E. 8

/

E. 11

). Demnach lag einzig ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis aus dem Jahr 2005 bei den Akten, während medizinische Berichte gänzlich fehlten

(Urk. 8/11/2, vgl. Urk. 8/9). Zudem ist dem Standortgespräch, welches die IV-Stelle mit dem Beschwerdeführer am 1. November 2012 führte, zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur zu 100 % arbeitsfähig war (Urk. 8/7/5).

Gestützt darauf verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 17. Dezember 20

E. 12

einen Rentenanspruch (Urk. 8 /

E. 14

). 4. 4.1

Im Zeitpunkt der Verfügung vom 9. März 2015, mit der das Leistungsbegehren erneut abgewiesen wurde (Urk. 2), lagen der Beschwerdegegnerin im Wesentlichen die folgenden

ärztlichen Berichte und Stellungnahmen vor: 4.2 4.2.1

Im undatierten Bericht des D.____, Rheumaklinik, über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 22. April bis 9. Mai 2013 (Urk. 8/42/7-10) wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt:

1.

Zervikoradikuläres Schmerzsyndrom C7 links

2.

Bronchiektasen Unterlappen rechts

3.

Lagerungsbedingte Parese am rechten Arm nach OP 6. Juni 2003

4.

Chronische asthmatische Bronchitis

5.

Hypovitaminose D (ED 22. April 2013).

Der Beschwerdeführer leide seit etwa acht Wochen an Schmerzen im Bereich des Nackens, der linken Schulter und des linken Armes mit Sensibilitätsverminderung und Parästhesien in den Fingern I-III, entsprechend einer intraforaminalen Bandscheibenhernie C6/7 links mit Kompression der Nervenwurzel C7. Nach erfolgloser ambulanter Behandlung sei er zur stationären multimodalen Komplextherapie überwiesen worden. Die durchgeführte Physio- und Ergotherapie mit Behandlungsschwerpunkt auf Neuromobilisation, Haltungsschulung, Ausdauer- und Krafttraining in Verbindung mit einer leichten medikamentösen Schmerztherapie habe zu einer zufriedenstellenden Regredienz der Schmerzen geführt. Der Beschwerdeführer solle die Physiotherapie weiterführen; eine Arbeitsunfähigkeit nach Beendigung der Hospitalisation wurde nicht attestiert.

Die Elektrodiagnostische Untersuchung vom 7. Mai 2013 in der Klinik für Neurologie des D.____ hatte nebst einer leichten C7-Radikulopathie links keine weiteren radikulären oder peripheren Läsionen, und insbesondere kein Carpal-Tunnelsyndrom gezeigt. Das Ausmass der geklagten Beschwerden lasse sich mit der erhobenen C7-Radikulopathie nicht erklären (Urk. 8/42/11). 4.2.2

Am 17. Dezember 2013 führte das E.____ ein MRI der Halswirbelsäule und ein Arthro-MRI der linken Schulter durch, das mässige multisegmentale Degenerationen der Halswirbelsäule mit Diskopathien und neuartigen Tangierungen mit dem Hauptbefund einer kleinen bis mittelgrossen Diskushernie C6/7 mediolateral links mit Irritation der austretenden Nervenwurzel C7 links und eine leichte humeruskopfseitige Partialruptur der Supraspinatusehne ergab (Urk. 8/37). 4.2.3

Wegen einer akuten Muskelschwäche im rechten Bein bei Verdacht auf ein radikuläres Syndrom im Bereich der Lendenwirbelsäule wurde am 28. Januar 2014 ein MRI der Lendenwirbelsäule gemacht. Es zeigten sich beginnende osteochondrotische Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule ohne abgrenzbare fokale Herniation, ohne Kompression einer austretenden Nervenwurzel oder der Cauda

equina und ohne fokale Diskushernie (Urk. 8/47/12). 4.3 4.3.1

Aus

psychiatrischer Sicht diagnostizierte die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des D.____ im Bericht vom 2. Juli 2013 aufgrund des Erstgesprächs vom 24. Mai 2013 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und diffuse Schmerzen diverser Lokalisation bei der Differentialdiagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1). Der Beschwerdeführer leide an den oberen und den unteren Extremitäten an diffusen Schmerzen wechselnder Intensität und Charakteristik bei einem Status nach politischer Haft Erfahrung in Ex-Jugoslawien. Im Querschnitt zeige sich ein ängstlich-depressives und erschöpftes Zustandsbild bei psychosozialen Belastungsfaktoren. Für die seit drei bis vier Jahren bestehenden körperlichen Beschwerden habe bisher nach neurologischer und rheumatologischer Abklärung kein ausreichendes somatisches Korrelat gefunden werden können, so dass der Verdacht auf eine Somatisierungsstörung bestehe. Der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung aufgrund der Inhaftierung in den Jahren 1988 bis 1990 habe sich hingegen nicht erhärten lassen, da die klassischen Merkmale wie Wiedererleben und Vermeidungsverhalten kaum vorhanden seien (Urk. 8/20/32-35). 4.3.2

Im von der IV-Stelle eingeholten Bericht vom 22. Oktober 2013 führte Dr. Z.____ als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige bis schwere depressive Störung (ICD-10:F32.1 und F32.2) seit mindestens neun Monaten mit der Differentialdiagnose einer aufgelagerten Angststörung und eine anhaltende somatoforme Störung (ICD-10: F45.0)

mit der seit mehreren Jahren bestehenden Differentialdiagnose einer undifferenzierten Schmerzstörung mit somatisierend aufgelagerten Elementen (ICD-10: F45.1), aber auf dem Boden echter körperlicher Schmerzen durch den Bewegungsapparat verursacht, auf. Seit der Beschwerdeführer wegen der „Bäckerlunge“ nicht mehr arbeiten könne, habe er am gesamten Bewegungsapparat anhaltende und quälende Schmerzen entwickelt, deren Folge eine massive Beeinträchtigung in sämtlichen zentralen Lebensbereichen sei. Es liege eine besonders schwere Form einer Schmerzverarbeitungsstörung mit depressiver Entwicklung vor. Der Beschwerdeführer leide massiv und erdrückend unter dieser Situation, die er trotz starker Willensanspannung und Motivation nicht ändern könne. Es bestehe für sämtliche Tätigkeitsbereiche bis auf Weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/21).

Im ergänzenden und korrigierenden Bericht vom 26. November 2013 diagnostizierte Dr. Z.____ zusätzlich eine seit 1988 bestehende posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Dazu führte er aus, der Beschwerdeführer leide an Ich-Störungen in Form von Depersonalisation und Derealisation, an Nachhallen, an nächtlichen Alpträumen und müsse ständig an die Folterzeit von 1988 denken, als er im Balkankrieg in Isolationshaft gehalten worden sei. Er sei innerlich stark unruhig und leide unter ständiger Angst (Urk. 8/33).

Im Bericht vom 9. Juni 2014 ergänzte Dr. Z.____

bei gleicher Diagnosestellung, der Beschwerdeführer sei überwacht, aber zu allen Modalitäten orientiert. Das Arbeitsgedächtnis, die Aufmerksamkeit und die exekutive Funktionen seien eingeschränkt. Formalgedanklich sei er stark auf seine Sorgen eingeeignet. Er grübele ständig und überlege sich Auswege aus seinem Leidenszustand. Er sei sehr ängstlich und seine Ängste seien hypochondrisch anmutend. Die Affektregulation sei gestört. Die Impulsivität sei leicht erhöht mit einer schwer erniedrigten

Frustrationstoleranz. Das Risikoverhalten sei allgemein erhöht. Er sei unfähig zu vertrauen und habe Angst, wieder zum Opfer zu werden. Es mache sich eine Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit breit. Er sei gereizt und habe Wutausbrüche. Zudem sei ein hohes Mass an Impulsivität und Reizbarkeit vorhanden. Um Angst abzuwehren sei er bei sozialen Anlässen teilnahmslos. Er habe das Gefühl, seine Zukunftsperspektive sei eingeschränkt und er sei sozial isoliert. Die Depressivität, die kognitiven Einbußen und das subjektive Leiden hätten zugenommen. Eine Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (Urk. 8/47/ 1-6).

4.4

Im polydisziplinären Gutachten des

Y. ___ vom 14. November 2014, welches Fachgutachten der Psychiatrie, der Orthopädie/Traumatologie, der Neurologie und der Inneren Medizin umfasst, wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 8/62/13): 1. Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) 2. Bandscheibenvorfall C6/7 links mit Zervikobrachialgie links, C7-Schmerzsymptomatik mit Kraftminderung der linken Hand bei Wurzelläsion C7 links 3. Supraspinatussehnen-Teilruptur links mit Impingementsymptomatik und schmerzhafter Bewegungseinschränkung 4. Bronchiektasien des rechten Oberlappens 5. Mehlstauballergie.

Der psychiatrische Teilgutachter

führte aus, der Beschwerdeführer habe nach dem Verlust der Arbeitsstelle eine depressive Episode entwickelt, die zurzeit mittelgradigen Ausmasses sei. Die Voraussetzungen für eine schwere Depression seien nicht erfüllt, die Symptomatik tendiere eher zu einer leichten Depression. Die in den Akten mehrfach erwähnte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung habe sich nicht erhärten lassen. Die zahlreichen körperbezogenen Beschwerden, die somatisch nicht erklärbar seien, würden die Annahme einer somatoformen Störung, insbesondere einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer undifferenzierten Somatisierungsstörung begründen. Diese wirke sich indes nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, da es an einer ausreichend schweren psychischen Komorbidität fehle und auch die weiteren sogenannten Foerster-Kriterien nicht erfüllt seien. Einzig die mittelschwere Depression wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus, so dass eine 70%ige Arbeitsfähigkeit resultiere (Urk. 8/62/9-11).

Der orthopädische Teilgutachter attestierte dem Beschwerdeführer wegen des Bandscheibenvorfalles C6/7 und der dadurch bewirkten Einschränkungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Lieferant. Eine angepasste Tätigkeit, die der Minderbelastbarkeit des linken Armes Rechnung trage, sei hingegen zu 100 % möglich (Urk. 8/62/11).

Aus neurologischer Sicht wurden wegen der motorischen Wurzelläsion C7 links armbelastende Tätigkeiten als nicht mehr zumutbar erachtet, während für angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestehe (Urk. 8/62/12).

Der internistische Teilgutachter

führte aus, die zunehmende Anstrengungsdispnoe sei durch die Unterlappenresektion an der rechten Lunge und die leichten Bronchiektasien erklärt. Eine Ventilationsstörung sei nicht festgestellt worden. Die Tätigkeit als Lieferant - ausser in einer Bäckerei - sei dem Beschwerdeführer aus internistischer Sicht zu 80 % zumutbar, eine angepasste Tätigkeit zu 100 % (Urk. 8/62/12).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Aus polydisziplinärer Sicht sei er nur noch in der Lage, leichte, wechselbelastende Tätigkeiten unter Einsatz beider Hände und ohne Überkopfarbeiten, ohne besonderen Zeitdruck und ohne besondere Anforderungen an die Verantwortungsfähigkeit und an die Team- und Konfliktfähigkeit während 4, 5 Stunden täglich ohne weitere Minderung der Leistungsfähigkeit auszuüben, so dass eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % für adaptierte Tätigkeiten resultiere (Urk. 8/62/15). 4.5

Am 19. November 2014 reichte Dr. Z. ___ der IV-Stelle unter Beilage eines Berichts des E. ___ über eine Computertomographie des Thorax vom 13. November 2014 einen Verlaufsbericht ein (Urk. 8/63 und 8/64). Während im Bericht über die Computertomographie stationäre Bronchiektasen beschrieben wurden, hielt Dr. Z. ___ - wie schon in seiner Stellungnahme vom 9. Juni 2014 (Urk. 8/47) - eine Zunahme der Depressivität, der kognitiven Einschränkungen und - trotz adäquater Therapie - des subjektiven Leidens fest und attestierte weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

Am 13. Februar 2015 reichte Dr. Z. ___

der IV-Stelle einen weiteren Bericht ein, in dem er im Wesentlichen ausführte, unter Einbezug der neusten Befunde habe die Diagnose einer schweren und chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung verifiziert werden können.

Der Beschwerdeführer seit weiterhin vollständig arbeitsunfähig (Urk. 8/70).

5. 5.1

Unbestritten und aufgrund der Akten ausgewiesen ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letztmaligen Beurteilung

im Jahr 2012 verändert hat. Damit stellt sich die Frage nach den Auswirkungen des veränderten Gesundheitszustands auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit.

Dies ist aus somatischer und danach aus psychiatrischer Sicht zu prüfen. Strittig ist dabei insbesondere, ob auf das Gutachten des Y. ___

vom 14. November 2014 (Urk. 8/62) abgestellt werden kann und ob die Beschwerdegegnerin von der im Gutachten unter „Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten nach Konsens vom 10. November 2014“ (vgl. Urk. 8/62/14-16) festgehaltenen Arbeitsfähigkeit von 50 % abweichen durfte, oder ob weitere medizinische Abklärungen erforderlich sind. 5.2 5.2.1

In somatischer Hinsicht erfüllen das internistische, das neurologische und das orthopädische Teilgutachten als solche grundsätzlich die vom Bundesgericht aufgestellten Kriterien an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (BGE 125 V 351 E).

3a). Zur Rüge des Beschwerdeführers, es fehle an fremdanamnestischen Angaben zum somatischen Gesundheitszustand (Urk. 1 S. 6, Urk. 14 S. 5), ist festzuhalten, dass bereits die IV-Stelle vergeblich versucht hatte, vom Hausarzt Dr. B. ___ Berichte einholen und diesen mehrmals

schriftlich und telefonisch auf forderte, die verlangten Arztberichte einzureichen (Urk. 8/43-46, Urk. 8/76/1). Dass daraufhin der internistische Gutachter

nicht nochmals ver suchte , diese Unterlagen einzufordern, ist nicht zu beanstanden.
Ebenfalls nicht dem Gutachter anzulasten ist, dass vom Pneumologen

Dr. C.____ nur Unterla gen aus dem Jahr 2008 erhältlich waren. Demgegenüber konnte er vom D.____ aktuelle pneumologische Berichte vom 16. Juli und vom 21. Oktober 2014 bei ziehen (Urk. 8/62/56) .

D as internistische Gutachten ist daher vollständig und es mangelt nicht an nicht eingeholten Fremdanamnesen. Im Übrigen ist auf die Stellungnahme der IV-Stelle vom 12. März 2015 zu ver weisen, in der sie festhielt, dass auch der Beschwerdeführer den versprochenen Bericht von Dr. C.____ , welchen er telefonisch angekündigt hatte , nie ein reicht e (Urk. 8/60, Urk. 8/61, Urk. 8/76) .

Dem Vorhalt des Beschwerdeführers, die Gutachter hätten auf eigene zusätzliche und somit auch auf bildgebende Abklärungen verzichtet (Urk. 1 S. 7), ist entge genzuhalten, dass aus dem Gutachten schlüssig hervorgeht, dass aktuelle bild gebende Abklärungen beigezogen wurden und in die Beurteilung einfließen (Urk. 8/62/4-9, Urk. 8/62/33-34, Urk. 8/62/41, Urk. 8/62/47, Urk. 8/62/55-56, vgl. Urk. 8/62/60-79). Somit waren eigene bildgebende Untersuchungen nicht angezeigt. Aus dem Gutachten de s

Y.____

ergibt sich zwar nicht, ob die Gut achter – wie der Beschwerdeführer geltend macht (Urk. 1 S. 7)

– die bildgeben den Akten einsahen oder ob sie sich auf deren schriftliche Befunde beschränk ten. Da sich die Gutachter vertieft mit den Befunden auseinandersetzen, gegen die Ärzte, welche die schriftlichen Befunde erhoben, keine Ausstandsgründe vorliegen , und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass jene Ärzte, die die Befunde erhoben hatten, un korrekte Diagnosen stellten, ist

nichts dagegen ein zuwenden , wenn die Gutachter lediglich auf die schriftlichen Befunde abstell ten. Durch die übrigen medizinischen Akten wird der somatische Gesundheits zustand überdies bestätigt . Auch der Bericht von Dr. A.____ vom 1 9. Juni 2016 (Urk. 28), soweit seine Aussagen den hier zu beurteilenden Zeitraum betreffen, stimmt mit den Befunden und Schlussfolgerungen der somatischen Teilgutach ter überein. Es kann deshalb vollumfänglich auf das Gutachten, soweit es den soma tischen Gesundheitszustand betri fft, abgestellt werden. 5.2.2

Hinsichtlich des psychische n Beschwerdebild es ist entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 6 f. , Urk. 13 S. 6 f. , Urk. 14 S. 5) nicht zu beanstanden, dass das Gutachten des

Y.____

keine fremdanamnestischen Aus führungen enthält, da den psychiatrischen Experten bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zukommt und das Ein holen fremdanamnestischer Angaben nicht zwingend notwendig ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/ 2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3 und 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2, vgl. dazu auch die von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie herausgegebenen Qualitätsleitlinien für psy chiatrische Gutachter in der Eidgenössischen Invalidenversicherung vo m Feb ruar 2012) .

Zur Kritik des Beschwerdeführers, der psychiatrische Gutachter habe keine Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater genommen (Urk. 1 S. 7 , Urk. 14 S. 5) , ist festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter alle Vorakten

der behandelnden Ärzte bei seinen Befunden berücksichtigte und begründete , wes halb er davon abwich (Urk. 8/62/31) . Der b ehandelnde Psychiater Dr. Z.____ hatte in sämtlichen Berichten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und ausgeführt, weshalb er zu diesem Schluss gekommen war. Som i t kannte der Gutachter die Auffassung von Dr. Z.____ und sah sich nicht mehr z u einer mündlichen Rücksprache mit ihm veranlasst , was nicht zu beanstanden ist .

Soweit der Beschwerdeführer die Explorationsdauer von 90 Minuten für die psychiatrische Teilbegutachtung rügt, ist erneut auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach es keine verbindliche Mindestdauer für eine psychiatrische Exploration gibt, sondern lediglich verlangt wird, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteil des Bundesgerichts 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2). Die Exploration ist inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig und erscheint aufgrund der zu beurteilenden Psychopathologie als angemessen , so dass nichts gegen das psy chiatrische Teilgutachten einzuwenden ist.

5.2.3

Schliesslich vermögen auch die Ausführungen von Dr. Z.____ in seiner Stellungnahme vom 13. April 2015 keine ernsthaften Zweifel am Gutachten zu we cken. A uf einzelne Vorbringen, wie die fehlende Fremdanamnese oder die zeitli che Dauer der Begutachtung , ist bereits in den oben stehenden Erwägungen eingegangen worden .

D ie weiteren Vorwürfe , soweit sie ausreichend substantzi iert

worden sind, betreffen das Vorgehen des psychiatrischen Teilgutachters bei der Begutachtung und bei der Diagnosestellung. Es bestehen indes keine Anhaltspunkte dafür, dass das psychiatrische Teilgutachten nicht mit der erforderlichen Sorgfalt erstellt worden wäre. Es ist primär Sache des Gutachters und nicht des behandelnden Arztes zu beurteilen, welche Angaben, Informationen und Selbsttests er zur zuverlässigen Diagnosestellung benötigt. Wenn sich der Gutachter bei der Diagnosestellung sodann auf die Abkürzung „F32.1“ beschränkte, so ist hinreichend klar, dass damit ICD-10: F32.1 gemeint war , so dass auch darin kein ernstzunehmender Mangel erblickt werden kann. 5.2.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Gutachten des Y.____ vom 14. November 2014 keine Mängel auf weist , die den Schluss nahelegten, es könne nicht darauf abgestellt werden. Sodann beleuchtet es den Gesundheits zustand des Beschwerdeführers und die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit umfassend, so dass keine weiteren medizinischen Abklärungen erforderlich sind. 5.3

5.3.1

Bei der Beantwortung der Frage, ob die gestellten Diagnosen eine Invalidität begründen, gilt es zu berücksichtigen, dass der Arztperson bei der Folgenab schätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeits fähigkeit keine abschliessende

Beurteilungskompetenz zukommt. Die Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, ist eine Rechtsfrage und obliegt damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden. Es ist folglich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar, einem Gutachten vollen Beweiswert zuzuerkennen, jedoch von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung sozial versicherungsrechtlicher Aspekte abzuweichen (BGE 140 V 193 E. 3.1 f., 132 V 393 E. 3.1 f., 130 V 352 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.1).

Aus psychiatrischer Sicht lagen gemäss dem psychiatrischen Gutachten die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) und einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) vor. Dabei attestierte der psychiatrische Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % wegen der mittelgradigen depressiven Episode (Urk. 8/62/31). Der undifferenzierten Somatisierungsstörung mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung sprach er keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (vgl. Urk. 8/62/30-31) . 5.3.2

Zwar wurde die Frage, ob sich die somatoforme Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, von der damals gültig gewesenen

bundesgerichtlichen

Rechtsprechung ausgehend

gestützt auf die Überwindbarkeitsvermutung und nach den so genannten Foerster-Kriterien beurteilt.

Das Bundesgericht hat diese Rechtsprechung mit Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) geändert und das bisherige Regel-/ Ausnahmemodell durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits soll das

tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen beurteilt werden (BGE 141 V 281 E. 3.6). Betont wird, dass die Aufgabe der Überwindbarkeitsvermutung an den Regeln betreffend die Zumutbarkeit nichts ändert, namentlich nicht am Erfordernis einer objektivierten Beurteilungsgrundlage. Nach Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG liegt eine Erwerbsunfähigkeit nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und Limitierungen, wie sie gerichtsnotorisch ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden – wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet –, sind auch künftig nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigungen anzuerkennen (BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard

eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr 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 (BGE 137 V 210 E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten

Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen gut achten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8). 5.3.3

Die beim Beschwerdeführer objektivierten somatischen Befunde betreffen den Bandscheibenvorfall in der Halswirbelsäule C6/7 und die Teilruptur der Supraspinatussehene links, die je zu schmerzhaften Bewegungseinschränkungen und zur Kraftminderung im linken Arm und in der linken Hand führen, sowie die Bronchiektasie im Oberlappen der rechten Lunge, die eine zunehmende Anstrengungsdispnoe bewirkt. Im Hinblick auf eine angepasste Tätigkeit wirkt sich einzig die Wurzelläsion C7 einschränkend aus und zwar im Umfang von 20

%. Aus somatischer Sicht kann daher nur beschränkt von einem erheblichen Gesundheitsschaden gesprochen werden.

Zur posttraumatischen Belastungsstörung, welche sowohl Dr. Z.____

(Urk. 8/47 , Urk. 8/ 63 , Urk. 8/70) als auch die F.____ im

Austrittsbericht vom 10. September 2015 (Urk. 22/3) diagnostizierte n , begründete der psychiatrische Teilgutachter des Y.____

nachvollziehbar, dass er mangels ausreichend schwerer Symptome, katastrophisierender Reaktionen, sich andrängender unabwendbarer Intrusionen und eines ausgeprägten Vermeidungsverhaltens die Diagnose nicht bestätigen könne (Urk. 8/62/30). Zum gleichen Schluss waren schon die Ärzte der Psychiatrischen Klinik des D.____ im Bericht vom 2. Juli 2013 gekommen (Urk. 8/20/32-35), da es auch damals an den klassischen Merkmalen wie Wiedererleben und Vermeidungsverhalten fehlte. Im Übrigen fällt die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.2)

unter die Rechtsprechung zu den psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 141 V 281

), so dass das in dieser Erwägung Gesagte auch für die Massgeblichkeit einer posttraumatischen Belastungsstörung - sollte eine solche dennoch vorliegen - gilt.

Die ebenfalls diagnostizierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F.32.1) fällt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts nur dann als invalidisierende Krankheit in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahr scheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3, 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Der Beschwerdeführer steht seit Juli 2013 bei Dr. Z.____ in psychiatrischer Behandlung. Die Sitzungen finden etwa wöchentlich statt (Urk. 22/1 und 8/62/21). Die Behandlungen waren zuerst psychiatrisch-psychotherapeutisch und dann psychoanalytisch ausgerichtet (Urk. 22/1). Eine intensive psychopharmakologische Behandlung, insbesondere gegen die

Depression, fand nicht statt. Dem Beschwerdeführer wurde einzig gegen die Schlafstörungen Zolpidem verabreicht (Urk. 22/1 und 8/62/24). Den Ausführungen von Dr. Z.____ in seiner Stellungnahme vom 16. November 2015 (Urk. 22/1) ist insoweit zuzustimmen, als der Therapieansatz, die Frequenz der Sitzungen, die Methode und die Ausrichtung der Therapie und die Abgabe von Medikamenten Sache des behandelnden Psychiaters sind. Beansprucht eine versicherte Person jedoch wegen ihres depressiven Leidens Leistungen der Invalidenversicherung, so kommt eine Leistungspflicht von vornherein erst in Betracht, wenn eine Therapieresistenz ausgewiesen ist, wozu auch eine gescheiterte pharmakologische Behandlung gehört. Dass eine antidepressive Behandlung beim Beschwerdeführer nicht aussichtslos ist, zeigt der Umstand, dass die leitliniengemässe Anpassung der antidepressiven Medikation mit Paroxetin während des Aufenthalts des Beschwerdeführers in der F.____ vom 18. August bis zum 7. September 2015 zu einer deutlichen Besserung des depressiven Erlebens führte und die Fortführung dieser Medikation empfohlen wurde (Austrittsbericht vom 10. September 2015; Urk. 22/3). Bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung kann daher nicht von einer therapieresistenten depressiven Erkrankung gesprochen werden, die Leistungen der Invalidenversicherung auszulösen vermöchte.

Damit fehlt es an massgeblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die die Ressourcen des Beschwerdeführers namhaft einschränken.

Dem Komplex der Persönlichkeit kommt keine entscheidungswesentliche Bedeutung zu (vgl. BGE 141 V 281 E.4.3.2), da sich diesbezüglich keine Besonderheiten zeigten, die auf eine Einschränkung der Ressourcen schliessen

liessen (vgl. Urk. 8/62/29). Das Gleiche gilt für den Bereich des sozialen Kontexts. Der Beschwerdeführer erfährt von seiner Familie weder besondere Unterstützung und Zuwendung, die ihn in seinem Kranksein bestätigen, noch liegen negative soziale Umstände vor, die Ressourcen binden.

Eine massgebliche Einschränkung in anderen Lebensbereichen kann nicht eruiriert werden. Die soziale Distanz und Anonymität in der Nachbarschaft liegt an der Struktur des Zusammenlebens und ist unabhängig vom Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Das gilt auch für den Umstand, dass er den Kulturverein nicht mehr besucht; als Begründung hierfür gab er die kommerzielle Ausrichtung des Vereins an. Daneben pflegt der Beschwerdeführer gute Kontakte zu den in der Schweiz und in Deutschland wohnenden Geschwistern und kann auf einige „wirklich verlässliche Freunde“ zählen (Urk. 8/62/23).

Angesichts der sehr unterschiedlichen ärztlichen Beurteilungen der krankheitsbedingten Auswirkungen und der durchwegs durch Dr. Z.____ attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit ohne den geringsten Versuch einer Wiedereingliederung lässt sich auch ein behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesener Leidensdruck nicht bejahen. Damit ist eine invalidenversicherungsrechtlich entscheidende Auswirkung der somatoformen Schmerzstörung auch unter dem Blickwinkel der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu verneinen. 5.3.4

Wie oben in Erwägung 5.3.3 ausgeführt, kommt einer mittelgradigen depressiven Episode nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nur dann invalidisierende Wirkung zu, wenn sie sich trotz konsequenter und optimaler Behandlung als therapieresistent erweist, was im vorliegenden Fall nicht zutrifft. Damit ist der im psychiatrischen Teilgutachten des Y.____

bescheinigten Arbeitsunfähigkeit von 30 % wegen des depressiven Leidens (Urk. 8/62/31) der Boden entzogen.

Zusammenfassend kann deshalb auf die

im Y. ___ - Gutachten unter „Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten nach Konsens vom 10. November 2014“ attestierte Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit von 50 % (Urk. 8/62/16)

nicht abgestellt werden. Diese Arbeitsunfähigkeit setzt sich unter Bezugnahme auf die einzelnen Gutachten aus der 30%igen

Einschränkung aus psychiatrischer Sicht und aus der 20%igen Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer Sicht zusammen, denn die anderen beiden Gutachter, der Internist und der Orthopäde, attestierten für eine leichte leidensadaptierte Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als fünf Kilogramm weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/62/14).

Somit ist bei der Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich die 20%ige Arbeitsfähigkeitseinschränkung aus neurologischer Sicht zu berücksichtigen (vgl. Urk. 8/62/14). Gemäss dem Belastungs- und Ressourcenprofil im polydisziplinären Konsens kann der Beschwerdeführer leichte körperliche Arbeiten durchschnittlicher geistiger Art mit durchschnittlichen Verantwortungsbereichen ausüben. Zu vermeiden seien Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck und unter Nachtarbeitsbedingungen. Zu vermeiden seien zudem Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit, sowie Arbeiten in ungünstiger Haltung und mit besonderer Belastung des linken Arms und Tätigkeiten mit Staub-, Kälte- und Nässeexposition sowie Tätigkeiten mit Exposition gegenüber Getreide. Es sei auf eine lufthygienisch optimale Umgebung zu achten (Urk. 8/62/15).

Dieses Belastungsprofil ist

aufgrund der Diagnosen und Einschränkungen, wie sie sich aus den Fachgutachten der Neurologie, der Orthopädie und der Inneren Medizin ergeben, nachvollziehbar und es ist darauf abzustellen. Insgesamt ist von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen.

Eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit, wie sie der Beschwerdeführer beantragen lässt, ist angesichts der präzisen Umschreibung, welche Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit zu stellen sind, nicht erforderlich. 6. 6.1

Es bleibt zu prüfen, wie sich die 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 6.2

Die IV-Stelle ermittelte das Valideneinkommen basierend auf dem Einkommen des Beschwerdeführers als Brotlieferant von Fr. 71'654.--, welches sie dem IK Auszug für das Jahr 2010 und dem

Fragebogen der Unia Arbeitslosenkasse entnahm (vgl.

Urk. 8/27/3, Urk. 8/38/1).

Diesen Lohn passte sie der Nominallohnentwicklung für das Jahr 2014 an und ermittelte ein massgebliches

Valideneinkommen von Fr. 74'121.35. Dieser Vorgehensweise ist zu folgen. 6.3.6.3.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

Zur Festsetzung des Invalideneinkommens ist – in Übereinstimmung mit der IV-Stelle (vgl. Urk. 2 S. 2) – auf die Tabelle TA1, S. 34-35 der Lohnstrukturerhebung

2012 abzustellen. Der standardisierte Monatslohn (Vollzeitäquivalent basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden) für einfache Tätigkeiten körperlicher und handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) für Männer betrug Fr. 5'210.-- (Total Ziff. 5-96). Dieser Betrag ist auf die im Jahr 2014 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden hochzurechnen (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total 2014; abrufbar im Internet) sowie an die Nominallohnentwicklung anzupassen (BFS, Schweizerischer Lohnindex nach Branche [Basis 2010 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Männer [T1.1.10], Total, Ziff. 5-96; 2012 : 101.7; 2014 : 103.2). Daraus resultiert bei einem 8%igen Pensum ein jährliches Bruttoeinkommen von Fr. 52'911.-- (Fr. 5'210.-- x 12 : 40 x 41.7 : 101.7 x 103.2 : 10 x 8). 6.3.2

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 verwerten 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).

Die IV-Stelle gewährte keinen leidensbedingten Abzug.

Aufgrund der Teilarbeitsfähigkeit rechtfertigt sich jedoch ein leidensbedingter Abzug von 5%. Damit ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass bei Männern statistisch gesehen

Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014, E. 3.1.2). Weitere Faktoren, die zu einem Abzug führen könnten, sind nicht ersichtlich.

Unter Berücksichtigung des leidensbedingten Abzugs von 5 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 50'265.-- (Fr. 52'911.-- : 100 x 95). 6.4

Eine Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen ergibt einen Invaliditätsgrad von gerundet 32 % (Fr. 23'856.35 [Fr. 74'121.35

– Fr. 50'265.--] : Fr. 74'121.35 x 100), welcher keinen Anspruch auf eine Rente begründet.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig. Die Beschwerde ist abzuweisen. 7.1

Der Beschwerdeführer beantragt die Vergütung der Kosten für die Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 13. April 2015 (Urk. 14) zum Y.____-Gutachten (Urk. 13).

Die Kosten eines von der versicherten Person veranlassten Gutachtens

sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Versicherungsträger insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden

Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_411/2012 vom 27. Dezember 2012 mit Hinweis auf RKUV 2004 Nr. U 503 S. 186).

Dies ist vorliegend nicht der Fall. Die Stellungnahme von Dr.

Z.____

ist

weder unerlässlich für die Beurteilung des Anspruchs des Beschwerdeführers noch ist der IV-Stelle eine Verletzung ihrer Untersuchungspflicht vorzuwerfen. Eine Vergütung der Kosten für die Stellungnahme von Dr. Z.____ fällt somit ausser Betracht.

7.2

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen der gesetzlichen Vorgabe (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) auf Fr. 800.-- anzusetzen. Die Kosten sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.3

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin, Rechtsanwältin Oskar Müller, Zürich,

machte mit der Honorarnote vom 25. August 2016 einen Zeitaufwand von 24,86 Stunden und Barauslagen von Fr. 296.80 geltend, was bei einem Stundenansatz von Fr.

250.-- zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer den Betrag von Fr.

7'032.75 ergibt

(Urk.

34).

Hierzu ist festzuhalten, dass der gerichtübliche Stundenansatz seit dem Jahr 2015 Fr. 220.-- beträgt und der geltend gemachte zeitliche Aufwand dem Schwierigkeitsgrad des vorliegenden Falls nicht angemessen ist, da sich keine schwierigen juristischen Fragen stellen. Insbesondere der geltend gemachte Aufwand für die drei Rechtschriften von gesamthaft mehr als 15,5 Stunden ist zu hoch. Angemessen erscheint ein Aufwand von 3 Stunden für jede Rechtschrift. Auch der Aufwand für den Kontakt mit Dr. Z. ___ von 2,83 Stunden war in Anbetracht dessen, dass Dr. Z. ___ als behandelnder Arzt keine unabhängige Meinung vertrat, weitgehend nicht notwendig; hier rechtfertigt sich ein Aufwand von rund einer Stunde.

Da nach § 8 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht nur der notwendige Aufwand vergütet wird, ist die Entschädigung im Rahmen des gerichtlichen Ermessens in Anlehnung an in vergleichbaren Fällen zugesprochene Entschädigungen auf Fr. 4'000.-- festzusetzen (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer von 8 %). In diesem Umfang ist der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Der Beschwerdeführer ist darauf hinzuweisen, dass er diesbezüglich laut § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden

dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Oskar Müller, Zürich, wird mit Fr. 4'000.-- (inkl. Barauslagen und MwSt.) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Oskar Müller -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

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