

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00423 vom 18. August 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00423](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00423)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00423 du 18 août 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00423 del 18 agosto 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). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen

Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbeurteilung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

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**

Der Versicherte erhob am 13. April 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 1. März 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 24. Mai 2016 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 24. November 2016 (Urk. 12) zur Kenntnis gebracht wurde. Mit derselben Verfügung wurden die beantragte unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (vgl. Urk. 1 S. 2) bewilligt. Der Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 20. Dezember 2016 an seinen Anträgen fest (Urk. 13). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf das Einreichen einer Duplik (Urk. 15), was dem Beschwerdeführer am 11. Januar 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung (Urk. 2) gestützt auf das MEDAS-Gutachten des Y.\_\_\_\_ davon aus, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur seit Mai 2010 voll arbeitsunfähig sei. Für eine der gesundheitlichen Situation optimal angepasste Tätigkeit bestehe keine zeitliche Einschränkung. Die Einschätzung der Gutachter des Y.\_\_\_\_ stelle lediglich eine andere Beurteilung des an und für sich unveränderten medizinischen Sachverhalts dar und könne vorliegend unberücksichtigt bleiben - zumal auch unter Berücksichtigung einer Leistungsminderung im Umfang von 20 % keine erhebliche (grösser als 40 %) Erwerbseinbusse resultieren würde (S. 2 unten).

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Mai 2016 (Urk. 10) führte die Beschwerde gegen die Beschw.erin aus, aus orthopädischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand beziehungsweise das Belastungsprofil seit dem letzten materiellen Entscheid vom 28. Oktober 2011 nicht entscheidend verändert. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei weiterhin zu 100 % zumutbar (S. Ziff. 3). Das diagnostizierte depressive Geschehen sei aus rechtlicher Sicht nicht invalidisierend und müsse unberücksichtigt bleiben (S. 2 Ziff. 4). Das Beschwerdebild werde von diversen Inkonsistenzen überlagert. Selbst unter Annahme einer zumutbaren, angepassten Tätigkeit in einem Pensum von 80 % ergäbe sich bei einem Einkommensvergleich unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte geltend, entgegen der Darstellung der Beschwerdegegnerin habe sich sein Gesundheitszustand seit der letzten Verfügung massgeblich verschlechtert (S. 5 Ziff. 11). Es verbleibe kaum eine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Zudem sei ein Leidensabzug von 20-25 % angemessen (S. 5 Ziff. 13). Das Y.\_\_\_\_-Gutachten lasse eine konkrete Nennung von möglichen Arbeitstätigkeiten vollkommen vermissen (S. 5 f. Ziff. 14).

Mit Replik vom 20. Dezember 2016 (Urk. 13) führte der Beschwerdeführer zusammenfassend aus, dass er allein aus psychiatrischer Sicht in seinem Rendimento 30 % reduziert sei. Hinzu kämen die starken Einschränkungen aufgrund der Diskushernien und der Blasendysfunktion. Unter Berücksichtigung aller Diagnosen könne nicht mehr von einer verwertbaren Erwerbsfähigkeit ausgegangen werden (S. 5 Ziff. 15).

## **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob seit der letzten umfassenden materiellen Prüfung im Zusammenhang mit der anspruchsverneinenden Verfügung vom 28. Oktober 2011 (Urk. 11/78) eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist und ihm infolgedessen ein Anspruch auf eine Rente zusteht. 3. 3.1

Der Verfügung vom 28. Oktober 2011 (Urk. 11/78) lag im Wesentlichen das nachfolgende Gutachten zu Grunde. 3.2

Am 17. Juni 2011 erstatteten Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, B.\_\_\_\_,

ein orthopädisch-psychiatrisches Gutachten (Urk. 11/65/1-24). Die Gutachter nannten folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21 Ziff. 8.1): - grosse mediolateral bis lateral gelegene Diskushernie L5/S1 mit Nervenwurzelkompression S1 links sowie flachbogige bilaterale Diskusprotrusion L4/5 und Chondrosen L4 bis S1

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter die folgenden (S. 21 Ziff. 8.2): - Status nach Abriss des Musculus adductor longus und Teilruptur des Musculus adductor minimus und brevis links, März 2010 - Status nach Endgliedamputation des Mittelfingers links, 2004 - Nikotinabusus - leichte Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion, bestehend seit etwa Juli 2010, ICD-10 F43.21 - anhaltende somatoforme Schmerzstörung, bestehend seit etwa Juli 2010, ICD-10 F45.4

Die lumbalen Schmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der Lendenwirbelsäule (LWS) könnten grösstenteils auf die im MRI im November 2010 nachgewiesene

mediolateral bis lateral gelegene Diskushernie L5/S1 mit Nervenwurzelkompression S1 links sowie die flachbogige bilaterale Diskusprotrusion L4/5 und Chondrosen L4 bis S1 zurückgeführt werden. Das Ausmass der Beschwerden und der abnormen Untersuchungsbefunde der LWS sei durch diesen Befund aber nicht vollständig erklärt. Seit dem 31. Januar 2010 manifestieren sich auch therapieresistente Schmerzen in der linken Leiste, die in die linke Wade ausstrahlen und die körperliche Leistungsfähigkeit subjektiv deutlich limitieren. Der pathologische objektive Befund der linken Hüfte kontrastiert allerdings massiv mit dem unauffälligen MRI-Befund, sodass die damals zugezogene Verletzung der Adduktoren als geheilt betrachtet werden könne. Es könne ebenfalls nicht nachvollzogen werden, weshalb das linke Kniegelenk „schmerzbedingt“ kaum untersucht werden könne. Dementsprechend könne von einer Aggravation ausgegangen werden (S. 20).

Der Versicherte habe aufgrund der anhaltenden Schmerzsymptomatik und den damit einhergehenden Beeinträchtigungen leichte Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion entwickelt. Daneben fänden sich Hinweise für gewisse Symptomausweitung und es könne aus psychiatrischer Sicht eine somatoforme Schmerzstörung angenommen werden. Dabei trete der Schmerz in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Beim Probanden liessen sich vor allem psychosoziale Faktoren mit Partnerproblemen, vorübergehende Arbeitslosigkeit und finanzielle Belastungen feststellen. Er habe bisher keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung und keine Psychopharmakamedikation erhalten. Aufgrund der leichten Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion und den Hinweisen für eine somatoforme Schmerzstörung erschiene die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität und die Dauerbelastbarkeit nur gering beeinträchtigt ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angenommen werden.

Es bestünden keine Kriterien, die zu einer Unzumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung oder eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess führten (S. 20 f.).

Anlässlich der gemeinsamen orthopädisch-psychiatrischen Beurteilung am 27. Mai

2011 sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Chauffeur gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit dem 31. März 2010 im Rahmen der posttraumatischen Rehabilitation auf 0

% (Arbeitsunfähigkeit 100

%) und seit dem November 2

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Die Rentenabweisung im Jahr 2011 erfolgte im Wesentlichen gestützt auf das B.\_\_\_\_-Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.2). Die Gutachter nannten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzig eine grosse mediolateral bis lateral gelegene Diskushernie L5/S1 mit Nervenwurzelkompression S1 links sowie flachbogige bilaterale Diskusprotrusion L4/5 und Chondrosen L4 bis S1. Die Gutachter gingen von einer

65%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Chauffeur und von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus.

### **E. 6.2**

Zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers stellte die Beschwerdegegnerin - der Stellungnahme des RAD folgend (vorstehend E. 5.7) - auf das polydisziplinäre Y.\_\_\_\_-Gutachten (vorstehend E. 5.6) ab. Das Gutachten berücksichtigte die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise, wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung durch die Y.\_\_\_\_-Gutachter ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Das Gutachten erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entschneidung darauf abgestellt werden kann.

### **E. 6.3**

Was die somatischen Beschwerden betrifft, leidet der Beschwerdeführer gemäss dem Y.\_\_\_\_-Gutachten an einer neurogenen Harnblasenfunktionsstörung im Sinne einer Detrusor-Sphincter-Dyssynergie sowie an einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung links (vorstehend E. 5.6). Eine kausale Verknüpfung zwischen der Blasenfunktionsstörung und der lumbalen Rückenproblematik verneinte der neurologische Gutachter klar. Dies in Abweichung zu den Ärzten der Universitätsklinik D.\_\_\_\_. Diese diagnostizierten 2012 zunächst am ehesten eine neurogene Harnblasenfunktionsstörung bei einem lumbospondylogenen und lumboradikulären/pseudo-radikulären Schmerzsyndrom im Bereich des linken Beines (vorstehend E. 4.3). Sie hielten fest, dass klinisch-neurologisch nur wenige Befunde objektivierbar seien (vorstehend E. 4.4). Weshalb sie zum Schluss kamen, es liege eine kausale Verknüpfung zwischen der Blasenfunktionsstörung und der Rückenproblematik vor, geht aus den Berichten nicht hervor (vgl. vorstehend E. 4.3 f., E. 5.2). Evident ist, dass zwar weitere Abklärungen geplant waren, aber mangels Behandlungsabbruch des Beschwerdeführers nicht durchgeführt werden konnten (vorstehend E. 5.3).

Ohnehin sind invalidenversicherungsrechtlich nicht die Diagnosen und deren Anzahl entscheidend, sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 136 V 279 E.3.2.1 S. 281 mit Hinweis auf BGE 127 V 294).

Unbestritten und ausgewiesen ist die vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in angestammter Tätigkeit (vorstehend E. 2.1, E. 2.2). In einer angepassten Tätigkeit ging die Beschwerdegegnerin von einer vollständigen beziehungsweise höchstens 20%igen Einschränkung aus (vorstehend E. 2.1). Der Beschwerdeführer machte hingegen geltend, es liege keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr vor (vorstehend E. 2.2).

Der neurologische Gutachter erachtete den Beschwerdeführer aufgrund der Notwendigkeit (und dem entsprechenden Zeitaufwand) für die Selbstkatheterisierung in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Der orthopädische Gutachter stellte zwar eine Beeinträchtigung des Beschwerdeführers im Bereich des Bewegungssystems durch eine lumboschialgiforme Schmerzsymptomatik fest, leitete daraus indes keine Einschränkung in einer angepassten Tätigkeit ab (vorstehend E. 5.6). Es

liegt ansonsten keine fachärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei den Akten. So nahmen weder die Ärzte des E.\_\_\_\_ noch diejenigen der Universitätsklinik D.\_\_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht Stellung (vorstehend E. 5.2 ff.). Aufgrund des schlüssigen Y.\_\_\_\_-Gutachtens ist vorliegend aus somatischer Sicht von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten unter Berücksichtigung des von den Y.\_\_\_\_-Gutachtern formulierten Belastungsprofils auszugehen.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, eine Amputationsverletzung des mittleren Endglieddrittels sei von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden (Urk. 1 S. 4 Ziff. 8), kann ihm nicht gefolgt werden. So erstatteten die Gutachter das Gutachten in Kenntnis der Aktenlage (vgl. Urk. 11/154 S. 4 ff.) und nannten als Diagnose einen Status nach Amputation des Endglieds D3 rechte Hand am 15. Januar 2004. Der Beschwerdeführer legte zudem nicht dar, inwiefern seine Arbeitsfähigkeit durch die Amputationsverletzung beeinträchtigt sein sollte.

Der Beschwerdeführer bringt vor, er müsse stets einen Raum zur Verfügung haben, der den hygienischen Ansprüchen genüge, da permanent eine Infektionsgefahr bestehe (Urk. 1 S. 4 Ziff. 10). Indes ergibt sich dies nicht aus den Akten. So wies der neurologische Gutachter lediglich auf die Notwendigkeit hin, bei einer Arbeitstätigkeit jederzeit eine saubere Toilette aufsuchen zu können (vorstehend E. 5.6). Besondere hygienische Ansprüche erwähnte er nicht.

Auch die Schreiben von Dr. K.\_\_\_\_ (vorstehend E. 5.8, E. 5.10) vermögen zu keiner anderen Beurteilung zu führen, handelt es sich dabei doch nicht um ärztliche Berichte, welche die gesetzlichen Anforderungen gemäss E. 1.5 erfüllen und vermögen seine Vorbringen das schlüssige Y.\_\_\_\_-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Hinsichtlich allfälliger Fehler in der Anamneseerhebung durch die Y.\_\_\_\_-Gutachter brachte er (Urk. 3/2 S. 1 unten) und der Beschwerdeführer (Urk. 13 S. 4 Ziff. 9) lediglich irrelevante Punkte vor.

#### **E. 6.4**

In psychischer Hinsicht nannten die Y.\_\_\_\_-Gutachter eine depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt (vorstehend E. 5.6). Indes fallen nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich 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; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C\_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Der Beschwerdeführer ist bezüglich der Depression unbehandelt und die Y.\_\_\_\_-Gutachter empfehlen eine entsprechende medikamentöse und psychotherapeutische Therapie (vgl. vorstehend E. 5.6). Die therapeutischen Optionen sind demnach nicht ausgeschöpft.

Der Beschwerdeführer macht geltend, die Beschwerdegegnerin verkenne, dass er bereits diverse Medikamente infolge der anderen Diagnosen regelmässig verabreicht bekomme, weshalb sich die weitere Einnahme von Medikamenten zur Therapie der depressiven Störung negativ auswirken würde (Urk. 13 S. 2 Ziff. 2). Dies geht indes aus den medizinischen Akten nicht hervor.

Insgesamt sind die Behandlungsmöglichkeiten der psychischen Beeinträchtigung nicht ausgeschöpft, sodass es am Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung fehlt.

Nicht zu beanstanden ist, dass die psychiatrische Gutachterin die somatoforme Schmerzstörung als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einordnete, insbesondere aufgrund der zahlreichen Hinweise auf Symptomausweitungen (vgl. vorstehend E. 3.2, E. 4.2, E. 5.6).

### **E. 6.5**

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführer für die bisherige Tätigkeit als Chauffeur vollständig arbeitsunfähig und für körperlich leichte Tätigkeiten unter Berücksichtigung des von den Y.\_\_\_\_-Gutachtern formulierten Belastungsprofils zu 80 % arbeitsfähig ist. Ein sich auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auswirkender psychischer Gesundheitsschaden ist nicht ausgewiesen.

Im Vergleich zum B.\_\_\_\_-Gutachten von 2011, in welchem dem Beschwerdeführer für die bisherige Tätigkeit eine 65%ige und für angepasste Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert worden war, ist damit eine leichte Verschlechterung eingetreten. Zu prüfen bleibt, ob sich diese rentenrelevant auswirkt. 7. 7.1

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 ausgleichender 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).

Nach der Rechtsprechung darf ausnahmsweise von der ärztlich geschätzten Arbeitsfähigkeit ohne Weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_994/2010 vom 12. April 2011 E. 3.2.3). Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die beiden Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu ermitteln sind.

Da der Beschwerdeführer in den letzten Jahren keiner geregelten Tätigkeit nachgegangen ist (Urk. 11/49, Urk. 11/85, Urk. 11/154/20), rechtfertigt es sich, der Beschwerdegegnerin folgend (Urk. 10 S. 2), sowohl für die Bemessung des Validen- als auch des Invalideneinkommens auf den Lohn als Hilfsarbeiter gemäss den Tabellenlöhnen des vom

Bundesamt für Statistik periodisch heraus gegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen (vgl. BGE 142 V 178 E.

2.5.7; BGE 139 V 592 E.

2.3, BGE 135 V 297 E.

5.2; vgl. auch Meyer/

Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). Dies blieb auch unbestritten.

Da für die Ermittlung des Validen- und des Invalideneinkommens der identische Tabellenlohn massgebend ist, resultiert unter Berücksichtigung des dem Beschwerdeführer zumutbaren Arbeitspensums von 80 % bei einem Prozentvergleich ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 20 %. 7.2

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).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C\_728/2009 E. 4.1.2).

Der Beschwerdeführer

machte geltend, es sei ein Leidensabzug von 20-25 % angemessen. Als Begründung führt er einzig aus, es verbleibe kaum eine verwertbare Arbeitsfähigkeit und es seien im Sinne eines Leidensabzuges auch die weiteren Faktoren wie Alter, Ausbildung, Sprache etc. zu berücksichtigen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 13). Allfällige, bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltenen gesundheitlichen Einschränkungen können nicht zusätzlich in die Bemessung des Leidensabzuges einfließen, weil damit ein – und derselbe Gesichtspunkt bei der Bestimmung des Invalideneinkommens doppelt angerechnet

werden würde (Urteil des Bundesgerichts 8C\_163/2015 vom 16. Juni 2015 E. 3.2.2). Die Leiden des Beschwerdeführers wurden im Rahmen der von dem neurologischen Gutachter attestierten 20%igen Arbeitsunfähigkeit integriert. Ob vorliegend für andere Faktoren ein von der Beschwerdegegnerin ange nommener leidensbedingter Abzug von 10 % gerechtfertigt ist, kann offen bleiben, da auch bei der Gewährung eines solchen von 10 % kein renten begründender Invaliditätsgrad entsteht (80 % x 90 %). Aus der äusserst knappen Begründung des Beschwerdeführers ist jedenfalls nicht ersichtlich, weshalb ein höherer Leidensabzug als 10 % gewährt werden sollte. 7.3

Zu den Vorbringen des Beschwerdeführers und von Dr. K. \_\_\_ hinsichtlich der Verwertbarkeit der Arbeitskraft (vgl. Urk. 3/2, Urk. 1 S. 5 Ziff. 14, Urk. 13 S. 4 Ziff. 10 f.) ist zu erwähnen, dass die Definition der Erwerbsunfähigkeit in Art. 7 ATSG einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt voraussetzt (vgl. E. 1. 1 ).

Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Er umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten, und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 321 E.

3b und 1985 S. 462 E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 343 E.

3.2). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind praktische mass nicht übermässige Anforderungen zu stellen; diese hat vielmehr nur so weit zu gehen, als im Einzelfall eine zuverlässige Ermittlung des Invaliditäts grades gewährleistet ist. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht darauf abzu stellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nützen könnte, wenn die verfügbaren Arbeits plätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 290 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts I 273/04 vom 29. März 2005, I 591/02 vom 5. Mai 2004, I 285/99 vom 13. März 2000 und U 176/98 vom 17. April 2000). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen vonseiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteile des Bundesgerichts 9C\_95/2007 vom 29. August 2007 E. 4.3 und 9C\_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.1, je mit Hinweisen). 8.

Nach dem Gesagten ist eine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht ausgewiesen, weshalb die Beschwerde geg nerin einen Leistungsanspruch zu Recht verneint hat. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 9 .

9.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG)

und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Die Beschwerdeführerin ist auf §

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

## **E. 010**

auf 65

% (Arbeitsunfähigkeit 35

%) festgelegt worden, da vorwiegend sitzende Tätigkeiten mit häufigem Heben und Tragen von Lasten von 5 bis 10 kg bei mediolateral bis lateral gelegener Diskushernie L5/S1 mit Nervenwurzelkompression S1 links sowie flachbogiger bilateraler Diskusprotrusion L4/5 und Chondrosen L4 bis S1 nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden könnten (S. 21 Ziff. 9.1).

Körperlich leichte Tätigkeiten, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden können, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen eingenommen und Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten und die nicht mit häufigem Laufen verbunden seien, können gesamthaft seit jeher bei voller Stundenpräsenz vollumfänglich (Arbeitsunfähigkeit 0

%) zugemutet werden (S. 22 Ziff. 9.2) . 3.3

Mit Verfügung vom 28. Oktober 2011 (Urk. 11/78) hielt die Beschwerdegegnerin gestützt auf das B.\_\_\_\_-Gutachten fest, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Unter Gewährung eines leidensbedingten Abzuges von 15 % errechnete sie einen Invaliditätsgrad von 15 % (S. 2). 4. 4.1

Der Verfügung vom 27. März 2013 (Urk. 11/104), mit welcher die Beschwerdegegnerin nicht auf ein erneutes Gesuch des Beschwerdeführers eingetreten ist, lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde (vgl. Urk. 11/92, Urk. 11/103): 4.2

Die Ärzte der Rehaklinik C.\_\_\_\_ berichteten am 21. September

2012 (Urk. 11/91/1-3) über einen Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 11. bis 18. September 2012, und nannten die folgenden, hier gekürzt angeführten, Diagnosen (S. 1) : - lumbospondylogenes und lumboradikuläres Schmerzsyndrom linkes Bein (Erstdiagnose 31. Oktober 2010) - Unfall vom 30. April 2010: Beim Fussballspielen Auftreten von Schmerzen medial in der linken Leiste - Status nach Amputation Endgelenk Digitus ( Dig. ) III Hand rechts (etwa 2008)

Seit Jahresanfang leide der Beschwerdeführer unter progredienten Rückenschmerzen, welche zunehmend in das linke Bein beziehungsweise den Fuss ausstrahlten. Trotz mehrerer Behandlungsmethoden habe in diesem Jahr keine Schmerzlinderung erreicht

werden können. Beim Heben von Gewichten sei es zu rezidivierenden spontanen Blasenentleerungen gekommen, weshalb die Therapie abgebrochen werden müsse (S. 2). Gesamthaft betrachtet könne man aufgrund der gestellten Diagnosen sowie den klinischen und radiologischen Befunden die Beschwerden des fraglich motivierten und leistungsfähigen Patienten zwar teils in ihrer Lokalisation, jedoch nicht in ihrer Intensität gänzlich erklären. Die arbeitsrelevanten Probleme seien die Beschwerden in der Wirbelsäule, wobei die Beschwerden durch eine mässige Symptomausweitung funktionell überlagert würden. Der Beschwerdeführer sei aus medizinisch-theoretischer Sicht aktuell für schwere Arbeiten sowie für Arbeiten in längerdauernd vor geneigten Körperpositionen eingeschränkt. Durch intensive Therapien könne eine Schmerzreduktion und Belastungssteigerung erreicht werden, sodass weiterführende ambulante Therapien indiziert seien (S. 3 Mitte). 4. 3

Die Ärzte des Zentrums für Paraplegie, Universitätsklinik D.\_\_\_\_, berichteten am 4. Dezember 2012 (Urk. 11/95/1-3 = Urk. 11/99/4-6 = Urk. 11/105/1-3) über eine ambulante Behandlung des Beschwerdeführers vom 10. Oktober 2012, und nannten die folgenden, hier gekürzt angeführten, Diagnosen (S. 1): - am ehesten neurogene Harnblasenfunktionsstörung bei Diagnose 2 - lumbospondylogenes und lumboradikuläres/pseudo-radikuläres Schmerzsyndrom im Bereich des linken Beines (Erstdiagnose Oktober 2010) - Status nach unfallbedingtem Abriss der Musculus adductor longus - Sehne am Ramus ossis pubis und Teilruptur des Musculus adductor minimus und des Musculus adductor brevis links April 2010 - Status nach Amputation des Endgelenks des Dig. III der rechten Hand zirka 2008 - chronischer Nikotinabusus (zirka 25 py)

Hinsichtlich der beim Beschwerdeführer bestehenden unklaren Harnblasenfunktionsstörung sei aus neuro-urologischer Sicht eine erweiterte Diagnostik indiziert. Der Beschwerdeführer werde daher zur Durchführung einer Video-Urodynamic sowie einer urethrozystoskopischen/zytologischen Untersuchung direkt aufgeboten. Ferner werde eine ergänzende neurologische/neurophysiologische Abklärung veranlasst (S. 3). 4.4

Die Ärzte des Zentrums für Paraplegie, Universitätsklinik D.\_\_\_\_, nannten mit Bericht vom 24. Dezember 2012 (Urk. 11/99/1-3 = Urk. 11/105/4-6) dieselben Diagnosen wie mit Bericht vom 4. Dezember 2012 (vorstehend E. 4.3) und führten aus, die Konsultation sei zur neurologischen Mitbeurteilung bei Verdacht auf neurogene Blasenstörung erfolgt. Klinisch-neurologisch seien nur wenige Befunde objektivierbar. In Zusammenschau der Befunde sei neben der vorbekannten radikulären Reizung L5 linksseitig eine Affektion des Nervus pudendus möglich. Anhalte auf weitere, ausgeprägte neurologische Störungen fänden sich in der heutigen Untersuchung nicht (S. 3). 4.5

Mit Verfügung vom 27. März 2013 (Urk. 11/104) führte die Beschwerdegegnerin aus, der Beschwerdeführer habe eine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung nicht dargelegt (S. 1). 5. 5.1

Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 1. März 2016 (Urk. 2) lagen im Wesentlichen die folgenden Arztberichte vor: 5.2

Die Ärzte des Zentrums für Paraplegie, Universitätsklinik D.\_\_\_\_, nannten mit Bericht vom 11. Juli 2013 (Urk. 11/117) folgende, hier gekürzt angeführten, Diagnosen (S. 1): - neurogene Harnblasenfunktionsstörung bei Diagnose 2 - lumbospondylogenes und lumboradikuläres/pseudo-radikuläres Schmerzsyndrom im Bereich des linken Beines (Erstdiagnose Oktober 2010) - Status nach unfallbedingtem Abriss der Musculus adductor

longus -Sehne am Ramus ossis pubis sowie Teilruptur des Musculus adductor minimus und des Musculus adductor brevis links April 2010 - Status nach Amputation des Endgelenks des Dig. III der rechten Hand zirka 2008 - chronischer Nikotinabusus (zirka 25 py) - Status nach Zirkumzision in der Kindheit

Beim Beschwerdeführer liege eine bis dato therapierefraktäre neurogene Harnblasenfunktionsstörung vor. Bei persistierender Drangsymptomatik mit Drang inkontinenz trotz antimuskarinergener Therapie sowie relevanten Restharmen mit Notwendigkeit des intermittierenden Selbstkatheterismus sei mit dem Beschwerdeführer als weitere Therapie-Option die sakralen Neuromodulation besprochen worden (S. 2 unten). 5.3

Die Ärzte des Zentrums für Paraplegie, Universitätsklinik D.\_\_\_\_, nannten mit Bericht vom 16. September 2013 (Urk. 11/142/7-9) dieselben Diagnosen wie mit Bericht vom 11. Juli 2013 (vorstehend E. 5.2). Der Beschwerdeführer habe sich zur video-urodynamischen Untersuchung zur Festlegung des weiteren Prozedere vorgestellt. Wegen technischer Probleme mit dem Urodynamik-Gerät sei es zu unvorhergesehener Wartezeit gekommen, sodass der Beschwerdeführer letztlich jegliche weitere Untersuchungen und Behandlungen in der Uniklinik D.\_\_\_\_ abgelehnt habe und die vorgesehene Urodynamik nicht durchgeführt worden sei. Es werde dringend eine neuro-urologische Standortbestimmung und in Abhängigkeit dieser Befunde die Einleitung einer entsprechenden Therapie empfohlen (S. 2). 5.4

Die Ärzte des E.\_\_\_\_ berichteten am 3. Dezember 2013 (Urk. 11/132/1-2 = Urk. 11/135/1-2 = Urk. 11/142/1-2) über eine ambulante Behandlung des Beschwerdeführers vom 29. November 2013, und nannten die folgenden Diagnosen (S. 1): - spondylogenes Schmerzsyndrom mit Diskusprotrusion - neurogene Detrusorüberaktivität - periproktitischer Abszess rechts

Es liege eine erhebliche neurogene Blasenfunktionsstörung mit Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie vor. Trotz intensiver medikamentöser Behandlung sei keine vollständige Ausschaltung der Blasenplastik möglich. Eine Steigerung der medikamentösen Behandlung könne wegen der bekannten Nebenwirkung nicht toleriert werden. Das Problem der Harninkontinenz (Reflex- und Belastungs inkontinenz) könne sonst nur operativ beseitigt werden, hier könnte lediglich eine Harnblasenaugmentation mit lebenslangem intermittierendem Selbstkatheterismus erfolgreich werden. Aktuell liege beim Beschwerdeführer zwar der Wunsch nach Harninkontinenz (richtig: Harnkontinenz) vor, jedoch seien ihm die vorgeschlagenen Behandlungsverfahren zu invasiv. Deshalb sollte auf eine ausreichende Versorgung mit Harninkontinenzmaterial geachtet werden (S. 2). 5.5

F.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, E.\_\_\_\_ berichtete am 30. Dezember

2013 (Urk. 11/132/3-6 = Urk. 11/135/3-6 = Urk. 11/142/3-6) über eine ambulante Behandlung des Beschwerdeführers vom 29. November 2013, und nannte die folgenden, hier gekürzt angeführten, Diagnosen: - lumbospondylogenes und lumboradikuläres/pseudoradikuläres Schmerzsyndrom links bei paramedian mediolateraler Diskushernie L5/S1 links mit Wurzelkompression S1, Diskusprotrusion L4/5 mit leichter Spinalkanalstenose (MR-LWS Mai 2012) - Status nach unfallbedingtem Abriss der Musculus adductor longus -Sehne am Ramus ossis pubis und Teilruptur des Musculus adductor minimus und des Musculus adductor brevis links April 2010

Zusammenfassend bestehe beim Patienten eine stark reduzierte funktionelle lumbale Stabilität und reduzierte Aktivität der Beckenbodenmuskulatur. Zur Verbesserung der lumbalen Stabilität, Reinnervationstraining der Beckenboden muskulatur und zur Erarbeitung eines adäquaten Umgangs mit den vorhan de nen Schmerzen werde die Aufnahme einer ambulanten Physiotherapie bei spezialisierten Therapeuten für Beckenbodentherapie empfohlen. Die ständig vor han denen messerstichartigen Schmerzen im tieflumbalen Bereich seien unter aktueller Medikation weitgehend kompensiert. Daher könne die Medikation beibehalten werden. Andererseits bestehe bei ihm eine erhebliche neurogene Blasen funktionsstörung mit Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie trotz intensiver medi kamentöser Behandlung (S. 2). 5.6

Am 25. März 2015 erstatteten die Ärzte des Y.\_\_\_\_ ihr polydisziplinäres Gut ach ten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädi e,

Neurologie und Psychiatrie (Urk. 11/154/1-56) und nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfäh igkeit (S. 51 Ziff. 7): - neurogene Harnblasenfunktionsstörung im Sinne einer Detrusor-Sphincter-Dyssynergie laut Angabe, Ursache unklar - Selbstkatheterismus und Entleerung per urethram - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrah lung links - Status nach radikulärer Reiz- und mögliche persistierende sensible Ausfallssymptomatik der Wurzel S1 links bei: - Diskushernie L5/S1 links bei eng angelegtem lumbalem Spinalkanal und Diskusprotrusion L4/5 (MRI Mai 2013) - geringgradige Osteochondrose und Spondylarthrose bei L4/5/S1 (Rx vom 4. Februar 2015) - depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt

Zudem nannten sie die folgenden Di agnos e n ohne Auswirkung auf die Ar beits fähigkeit (S. 51 f. Ziff. 8): - somatoforme Schmerzstörung - chronisches Cervicalsyndrom bei: - Tendomyosen und muskulärer Dysbalance - geringer Osteochondrose und Unkovertebralarthrose C4/5 (Rx vom 4. Februar 2015) - Adduktorentendomyose am linken Hüftgelenk - Status nach unfallbedingtem Abriss der M usculus adductor longus-Sehne am Ramus ossis pubis, Teilruptur des M usculus adductor mini mus et brevis links April 2010 - Status nach Amputation des Endglieds D3 rechte Hand am 15. Januar 2004 - Status nach dreifachen Revisionsoperationen - persistierende Hyperpathie - c hronischer Nikotinabusus (30 py) - Status nach Operation eines Perianalabszesses 2013 - Status nach Tonsillektomie mit zirka

#### **E. 10**

% ein Inva liditätsgrad von 28 % (S. 2 Ziff. 5).

#### **E. 14**

Jahren

Der orthopädische Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , führte aus, zusammen fassend sei der Beschwerdeführer im Bereich des Bewegungssystems durch eine lumboischialgiforme Schmerzsymptomatik beeinträchtigt. Im MRI der Lenden wirbel säule stellten sich Discopathien bei L4/5/S1 dar mit Recessusstenosen und Zentralkanalstenosen, eine Kompression der Wurzel S1 links sowie Verlagerung der Wurzel S2 links. Die Funktion der LWS sei als gut einzustufen, die Belast barkeit der LWS sei relevant vermindert. Den sonstigen Funktionsstörungen auf orthopädischem Fachgebiet, so der Halswirbelsäule, der Leistensymptomatik und dem Status nach Fingerteilamputation D3 rechts - sei keine

wesentliche Leistungsmindernde Bedeutung zuzubemessen. Es bestehe der Eindruck einer fortgeschrittenen Schmerzchronifizierung und Selbstlimitierung (S. 31 f. Ziff. 4.2.5). Der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im B.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. Mai 2011 (vgl. vorstehend E. 3.2) werde aus orthopädischer Sicht auch entsprechend dem heutigen Status zugestimmt (S. 32 Ziff. 4.2.6).

Der neurologische Gutachter Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte aus, das klinische Bild sei nicht konsistent. Es bestünden klare Hinweise auf eine Symptomausweitung, wie sie auch schon zum Beispiel im Gutachten vom 7. Juni 2011 festgehalten worden seien (S. 41 Ziff. 4.3.5). Eine kausale Verknüpfung zwischen der Blasenfunktionsstörung und der lumbalen Rückenproblematik sei nicht nachvollziehbar (S. 41 Ziff. 4.3.6). Dem Beschwerdeführer seien körperlich schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten prinzipiell nicht mehr zumutbar. Auch müsse es ihm bei einer Arbeitstätigkeit möglich sein, jederzeit eine saubere Toilette aufsuchen zu können, um nötigenfalls einen Selbstkatheterismus durchzuführen. Für eine körperlich leichte Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne Zwangshaltungen und mit der Möglichkeit von Positionswechseln (sowie des Aufsuchens einer Toilette) bestehe keine zeitliche Limitierung, jedoch eine Rendementverminderung von 20 %. Siehe auch das orthopädische Teilgutachten (S. 42 Ziff. 4.3.8).

Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte aus, die Schmerzsymptomatik sei durch die objektivierbaren Befunde nicht ausreichend erklärbar, sodass von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden könne. Bei der aktuellen Exploration habe der Beschwerdeführer zudem das Bild einer depressiven Reaktion gezeigt, die gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt sei. Es bestünden kognitive Einbussen, Sterbewünsche, sozialer Rückzug, Schuld- und Insuffizienzgefühle und eine subjektiv erlebte Hoffnungslosigkeit. Der Beschwerdeführer fühle sich als Last seiner Familie. Die aktuelle Lebenssituation sei ungünstig. Er sei von seiner Ehefrau geschieden und lebe gleichwohl mit ihr zusammen. Beziehungsweise sei von ihrer Hilfe abhängig. Es bestünden Schulden in unbekannter Höhe. Zudem scheine die Situation der Tochter für ihn belastend zu sein (S. 48 unten).

Anlässlich einer Konsenskonferenz beurteilten die Gutachter das klinische Bild insgesamt als nicht konsistent. Auf Hinweise in Richtung einer Symptomausweitung sei auch schon im orthopädisch-psychiatrischen Vorgutachten vom 7. Juni 2011 hingewiesen worden. Erwähnenswert nebst den oben schon aufgeführten Inkongruenzen bei der Statusprüfung, sei, dass der Explorand offenbar in der Lage sei, trotz massiver Kreuz- und Beinschmerzen Auto zu fahren, erwähnenswert seien auch deutliche Arbeitsspuren an den Händen. Bezüglich der Blasenfunktion respektive deren Behandlung müssten sie sich auf die Angaben des Exploranden abstützen. Es

falle aber auf, dass er einfache Massnahmen wie zum Beispiel ein Kondom- Urinal respektive Nachtwindeln nicht benutze. Der Explorand habe ihnen gegenüber angegeben, jede Nacht zweimal die Bettwäsche zu wechseln (?). Auf psychischem Gebiet diagnostizierten sie eine depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt. Der Explorand sei diesbezüglich unbehandelt (S. 53 Mitte).

Die Gutachter beurteilten den Beschwerdeführer

für die bisherige Tätigkeit als Chauffeur mit häufigem Sitzen und in der Regel mit der Notwendigkeit auch körperlicher Tätigkeiten beim Aus- und Einladen als nicht mehr

arbeitsfähig. Diese Einschätzung gelte abgestützt auf die Aktenlage seit Mai 2010, das heisst seit dem Abriss der Adduktorensehne, wobei die Arbeitsunfähigkeit dann nahtlos in die lumboradikuläre Problematik

übergegangen sei (S. 54 Ziff. 10).

In einer körperlich leichten Tätigkeit, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne Zwangshaltungen und ohne das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, besteht keine zeitliche Einschränkung. Wegen der Notwendigkeit (und dem entsprechenden Zeitaufwand) für Selbstkatheterisierung und - zumindest aktuell - wegen des depressiven Leidens beurteilt man sie dabei das Rendement als um 30 % reduziert. Bei einer Arbeitstätigkeit müsse es dem Beschwerdeführer auch möglich sein, eine saubere Toilette aufzusuchen, um den Selbstkatheterismus durchzuführen. Eine angepasste Tätigkeit sei spätestens ab dem orthopädisch-psychiatrischen Gutachten von Juni 2011 wieder möglich. Ob nachfolgend wegen der Blasenproblematik die Arbeitsfähigkeit vorübergehend stärker eingeschränkt gewesen sei, könne nicht zuverlässig beurteilt werden, eher nein; in den entsprechenden Berichten

sei zu dieser Problematik jeweils nicht Stellung bezogen worden (S. 54 Ziff. 11).

Bezüglich der Blasenfunktion gebe es die Möglichkeit des Tragens von Kondom- Urinalen. Auch eine suprapubische Ableitung sei denkbar. Von invasiveren Massnahmen werde abgeraten. Bezüglich der Rückenproblematik würden aktive Übungen zur Kräftigung der Muskulatur empfohlen. Den Einsatz von Opiaten werde als ungünstig beurteilt, sinnvoller sei ein Wechsel auf ein schmerzdisziplinierend respektive schmerz modulierend wirkendes Antidepressivum. Psychiatrisch sei der Beschwerdeführer nicht behandelt, diesbezüglich sei eine entsprechende Therapie medikamentös und psychotherapeutisch zu empfehlen (S. 54 f. Ziff. 12). 5.7

Dr. med. J. \_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 7. April 2015 (Urk. 11/161/2-4) aus, auf das umfangreiche Gutachten des Y. \_\_\_\_, sei abzustellen (S. 3). 5.8

Dr. med. K. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, führte mit Schreiben vom 24. Juli 2015 (Urk. 3/2) aus, er vermute, dass viele Passagen des Gutachtens allein durch die „copy and paste“-Taste „geschrieben“ worden seien (S. 1). Zudem gebe es eine Arbeitsstelle, wie sie von den Gutachtern vorgeschlagen werde, nicht. Der Beschwerdeführer sei redlich bemüht, eine Arbeit zu suchen und habe auch vorübergehend eine solche als Fahrer in einem Unternehmen eines Bekannten gefunden. Dies sei jedoch zuletzt daran gescheitert, dass sich Kunden beim Arbeitgeber über den Uringeruch des Beschwerdeführers beschwert hätten (S. 2). 5.9

Dr. med. L. \_\_\_\_, praktische Ärztin, RAD, führte mit Stellungnahme vom 2. Februar 2016 (Urk. 11/161/6) aus, es werde empfohlen, bei Vorliegen einer ganztags umsetzbaren Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten von einer durch die Selbstkatheterisierung (zeitlicher Faktor) bedingten reduzierten Leistungsfähigkeit (20 % - eher selten bis 30 %) auszugehen. Da der psychische Gesundheitszustand verbesserungsfähig sei (leitliniengerechte Therapie einer depressiven Episode), werde empfohlen, die nur vom Psychiater angegebene Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % (aus neurologischer und orthopädischer Sicht 20 %) als nicht dauerhaft zu bewerten. 5.10

Dr. K.\_\_\_\_ führte mit Schreiben vom 30. März 2016 (Urk. 3/3) aus, die massgebliche Klinik, nämlich die Urologie des Paraplegikerzentrums in M.\_\_\_\_, habe den Beschwerdeführer nie als arbeitsfähig und auch nie anders als er bezüglich der Arbeitsfähigkeit eingestuft (S. 2).  
6.

## **E. 16**

Ab. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen. 9.2

Mit Honorarnote vom 31. Januar 2017 machte der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Christoph Erdös, einen Aufwand von 8.5 Stunden und Barauslagen von Fr. 30.20 geltend (Urk. 18), was als angemessen erscheint (§

34 Abs. 3 GSVGer ). Er ist mit Fr. 2'052.20 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer ) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 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 Christoph Erdös, Zürich, wird mit Fr. 2'052.20 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christoph Erdös -  
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, zu zustellen.

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  
Mosimann  
Keller

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