

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00573 vom 15. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00573

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00573 du 15 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00573 del 15 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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, einen nennenswerten Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.4

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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 22. Mai 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 20. April 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm mindestens eine halbe Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2017 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 30. Juni 2017 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass der Beschwerdeführer seit Mai 2015 in der bisherigen Tätigkeit als Stapelfahrer sowie in einer seinen Leiden angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und somit auch der Invaliditätsgrad betragen 20 % (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend (Urk. 1), dass sich die Y.____-Gutachter nicht in genügender Weise mit den Berichten der behandelnden Psychiaterin auseinandergesetzt hätten. Insbesondere werde keine Begründung angeführt, weshalb die Schwere der Depression anders eingeschätzt werde (S. 6). Gemäss Bericht der Z.____ leide er an einer mittelgradigen depressiven Episode, was mit der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin übereinstimme, welche eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % attestiere. Es sei deshalb aufgrund dieser beiden Einschätzungen von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % auszugehen (S. 8). Ausserdem handle es sich bei der bisherigen Tätigkeit als Stapelfahrer nicht um eine wechselbelastende Tätigkeit ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen (S. 9). Für diese Tätigkeit sei er zu 100 % arbeitsunfähig (S. 10).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist die Arbeitsfähigkeit sowie ein allfälliger Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3. 3.1

Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 31. August 2015 (Urk. 7/61) und nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (S. 1 Ziff. 1.2). Sie führte aus, dass das psychische Zustandsbild unverändert sei. Der Beschwerdeführer berichte über Angst,

Depression, Verzweiflung, Misstrauen und Hoffnungslosigkeit. Die Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassung seien vermindert. Zu erwähnen seien auch körperliche Beschwerden wie Rückenschmerzen, Gelenksbeschwerden und Kopfschmerzen. Der Beschwerdeführer lasse sich nicht motivieren, etwas zu machen. Zu allem was ihm vorgeschlagen werde, meine er, da könne er nichts machen (S. 1 Ziff. 1.3). 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 1. Oktober 2015 (Urk. 7/59/1-3) und nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Spondylitis ankylosans, eine Coxarthrose beidseits sowie eine chronische Depression (S. 1 Ziff. 1.2). Eine leidensangepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zu 10-20 % zumutbar (S. 1 Ziff. 2.1). Es bestehe eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit (S. 1 Ziff. 2.2). 3.3

Die Ärzte der Y.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 5. September 2016 (Urk. 7/83/2-24) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie. Sie nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 5.1): - Spondylitis ankylosans (Erstdiagnose 1992) - axialer Befall mit Ankylose der Iliosakralgelenke (ISG) und Syndesmophyten Th11-LWK3 - anamnestisch peripherer Befall Oktober 2009 mit Arthritis Dig. III rechte Hand und Dig. I rechter Fuss - aktuell klinisch und labortechnisch keine Entzündungsaktivität - Basistherapie mit Salazopyrin seit August 2009 - chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom - Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik - Spondylosis deformans C4-C6 - radiologisch und kernspintomographisch keine Hinweise für entzündliche - rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter Episode (ICD-10 F33.0)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein beginnendes generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom, episodisches Spannungstyp-Kopfwegh, sowie einen Status nach Commotio cerebri am 1. Juli

1998 (S.

21 Ziff. 5.2).

Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer aus allgemeininternistischer Sicht keine spezifischen Beschwerden angegeben habe. In der klinischen Untersuchung seien die Befunde unauffällig gewesen. Aus allgemeininternistischer Sicht könne keine Diagnose gestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei nicht eingeschränkt (S. 7).

Aus psychiatrischer Sicht wirke der Beschwerdeführer äußerlich unauffällig. Er erweise sich bei klarem Bewusstsein, zeitlich, örtlich und autopsychisch voll orientiert. Der Gedankengang entfalte sich formal geordnet und

sei inhaltlich unauffällig. Hinweise für ein psychotisches Geschehen könnten nicht beobachtet werden, insbesondere könnten Wahnideen, Halluzinationen oder eine Ich-Störung verneint werden. Die kognitiven Funktionen wie Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis imponierten in der grobklinischen Prüfung unauffällig. Konzentration und

Aufmerksamkeit könne der Beschwerdeführer in genügendem Maße bereithalten.

Psychomotorisch präsentiere sich der Beschwerdeführer weder agitiert noch gehemmt. Im Affekt zeige er eine leicht bedrückte Stimmungslage. Hinweise für eine schwere depressive Symptomatik mit ausgeprägter Hemmung oder Agitiertheit mit Suizidphantasien seien nicht zu beobachten. Im Sozialen bestehe eine leicht erhöhte Ängstlichkeit. Der Beschwerdeführer

sei in der Lage, einen lebhaften affektiven Rapport zu etablieren. Die Fähigkeit zur Modulation der Affekte sei erhalten. Der Beschwerdeführer weise eine bedrückte Stimmungslage auf mit Schlafstörung und frühmorgendlichem Erwachen. Er zeige einen gewissen sozialen Rückzug mit einer erhöhten Ängstlichkeit/Reizbarkeit in der Gesellschaft. Er beklage eine starke Müdigkeit und auch einen teilweisen Libido-Verlust. Insgesamt sei die Symptomatik deutlich, aber nicht schwer ausgeprägt. Zusammengefasst könne ein leicht depressiver Zustand festgestellt werden. Der Beschwerdeführer beklage in erster Linie rheumatische Beschwerden. Ausgehend von diesem Leiden habe sich zunehmend eine depressive Stimmungslage entwickelt (S. 9).

Eine Aggravation sei nicht zu beobachten (S. 10). Die bisherige Therapie finde hinsichtlich Pharmakotherapie nicht lege artis statt. Bei zwei Medikamenten liege der Serumspiegel unter der Nachweisgrenze, so dass die Behandlungsmöglichkeiten besser ausgeschöpft werden könnten (S. 10). Beim Beschwerdeführer sei seit 2001 die Diagnose einer Spondylitis ankylosans bekannt. Die beklagten Schmerzen am Bewegungsapparat seien daher organisch begründbar. Eine psychische Überlagerung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei daher nicht festzustellen. Die körperlichen Beschwerden hätten depressive Verstimmungen nach sich gezogen. Wegen Depressionen stehe

der Beschwerdeführer seit 2013 auch in psychiatrischer Behandlung. Gegenwärtig zeige der Beschwerdeführer eine leichte depressive Episode und somit einen krankheitswertigen und therapienbedürftigen Zustand. Er schöpfe die Behandlungsmöglichkeiten nicht voll aus (S. 11).

Im ersten Bericht der behandelnden Psychiaterin werde eine mittelgradige depressive Episode bei Spondylitis ankylosans beschrieben, wobei dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bescheinigt werde. Im zweiten Verlaufsbericht werde dann ein unverändertes psychisches Zustandsbild mit weiterhin andauernder mittelgradiger depressiver Episode bescheinigt. Die Arbeitsfähigkeit sei vor allem von den körperlichen Beschwerden abhängig. Aufgrund der heutigen Untersuchung könne ein depressives Zustandsbild bestätigt werden, der Schweregrad der depressiven Episode werde jedoch als leichtgradig eingeschätzt. Die depressive Komponente im Krankheitsbild habe eher einen reaktiven Anpassungscharakter auf die rheumatische Störung. Der Beschwerdeführer weise keine mittelgradigen depressiven Symptome mit erheblicher Antriebsstörung, vitaler Traurigkeit oder Suizidimpulsen auf. Daher sei das depressive Zustandsbild als leichtgradig einzustufen. Die bisherige Tätigkeit sei wahrscheinlich aus körperlichen Gründen nicht mehr zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich eine Einschränkung von 20 % aufgrund der depressiv bedingten Verlangsamung. Die psychischen Symptome könnten seit Mai 2013 als objektivierbar eingeordnet werden. In einer angepassten Tätigkeit wirke sich die depressive Verlangsamung auch aus, sodass auch dort von einer 20%igen Einschränkung auszugehen sei (S. 12).

Aus rheumatologischer Sicht bestehe seit 1992 eine Spondylitis ankylosans mit vorwiegend axialem Befall. Aktuell besteht unter der im August 2009 eingeleiteten Basistherapie mit Salazopyrin weder klinisch noch laborchemisch eine Entzündungsaktivität. Aktuell ergäben sich keine Hinweise für eine Beteiligung der peripheren Gelenke. Auffällig bei der klinischen Untersuchung sei eine deutliche Wirbelsäulenfehlstatik mit weitestgehend fixierter Hyperkyphose im thorakolumbalen Übergang.

In Übereinstimmung hiermit zeigen sich auf den hier zur Verlaufskontrolle durchgeführten Röntgenaufnahmen der Brustwirbelsäule

(BWS) und Lendenwirbelsäule

(LWS) die seit Jahren bekannten überbrückenden Spondylophyten T11-LWK3 sowie eine nahezu vollständige Ankylose der ISG. Der Befund sei seit 2005 konstant geblieben.

Nachdem anamnestisch eine Koxarthrose beidseits angegeben werde, sei

vorliegend trotz freier Hüftgelenksbeweglichkeit beidseits eine Beckenübersichtsaufnahme durchgeführt worden, auf der diese Diagnose nicht bestätigt werden können. In Übereinstimmung mit dem klinischen Bild hätten sich die Hüftgelenke beidseits unauffällig darstellt. Darüber hinaus bestehe ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit Zervikozephalgien und Zervikobrachialgien beidseits bei Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei die Beweglichkeit der HWS in sämtlichen Ebenen eingeschränkt. Klinische Hinweise für radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik wie Reflexausfälle oder Abschwächung von Kennmuskeln fanden sich nicht. Auf den zur Verlaufskontrolle durchgeführten Röntgenaufnahmen der HWS zeige sich eine Zunahme der degenerativen Veränderungen gegenüber den Voraufnahmen vom Oktober 2005 mit Entwicklung einer Spondylosis deformans C4-C6.

Hinweise für einen entzündlichen Befall der HWS zeigen sich nicht. Zusätzlich gebe es Hinweise für die Entwicklung eines generalisierten multilokulären Schmerzsyndroms. Daneben finde sich ein aggraviorisches Verhalten mit zum Teil deutlichen Diskrepanzen zwischen den demonstrierten Einschränkungen im Rahmen der Untersuchungssituation und der deutlich besseren Beweglichkeit der unbewussten Bewegungen. So demonstriere der Beschwerdeführer bei der Überprüfung der Gang- und Standvarianten ein kleinschrittiges, äußerst unsicheres Gangbild. Beim Zehenspitzen- und Hackengang, dem Einbeinstand beidseits und beim Einnehmen der tiefen Hocke müsse sich der Beschwerdeführer an der Untersuchungsliege abstützen. Im Gegensatz hierzu lasse sich beim Verlassen des Y.____ ein deutlich besseres, sicheres Gangbild beobachten. Entgegen seinen anamnestischen Angaben, dass er nur wenige Minuten sitzen könne und dann starke Schmerzen im Wirbelsäulenbereich auftreten würden, sitze der Beschwerdeführer während der eineinhalb stündigen Anamneseerhebung entspannt auf dem Stuhl (S. 16 f.).

Aufgrund der deutlichen Wirbelsäulenfehlstatik mit weitestgehender Einsteifung im thorakolumbalen Übergangsbereich und den degenerativen Veränderungen im Zervikalbereich seien dem Beschwerdeführer schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht zumutbar. Für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen und ohne Arbeiten mit den Armen über der Horizontalen bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Die

angestammte Tätigkeit des Staplerfahrers entspreche gemäss den Angaben des Beschwerdeführers dem zumutbaren Leistungsprofil und sei ihm demnach vollschichtig zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit im oben dar gelegten Ausmass bestehe mit Sicherheit seit Oktober 2005. Es gebe aus rheumatologischer Sicht keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit für leichte, gut adaptierte Tätigkeiten in den vergangenen Jahren längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei (S. 17 Mitte).

Die im Bericht des behandelnden Rheumatologen Dr. B.____ vom Dezember 2013 gestellte Diagnose einer Spondylitis ankylosans sei korrekt und decke sich mit der ihrigen. Hinweise für die von ihm diagnostizierte Koxarthrose finden sich hier weder klinisch noch radiologisch. Die durch ihn attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Hilfsarbeiter ab März 2013 und die lediglich 20%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte, leidensangepasste Tätigkeit sei anhand der objektivierbaren Befunde als deutlich zu niedrig anzusehen. Inwieweit hierbei die durch ihn ebenfalls gestellte Diagnose einer chronischen Depression miteingeflossen sei, lasse sich anhand des Berichtes nicht sicher unterscheiden. In seinem Verlaufsbericht vom Oktober 2015 gebe er an, dass der Gesundheitszustand verschlechtert sei. Es sei zu einer zunehmenden Einsteifung thorakolumbal sowie zu einer Abnahme der Hüftgelenksbeweglichkeit gekommen. Dies lasse sich anhand der vorliegenden Befunde nicht bestätigen. Daneben sei es zu einer zunehmenden depressiven Grundstimmung gekommen. Diesbezüglich könne aus rein rheumatologischer Sicht keine Stellung bezogen werden. Die durch ihn attestierte lediglich maximal 20%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten

sei weiterhin als deutlich zu niedrig anzusehen und gebe überwiegend die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers wieder. Ursächlich für die Diskrepanz zwischen ihrer Einschätzung und der von Dr. B.____

sei vermutlich in erster Linie die schwierige Rolle des behandelnden Arztes, welcher naturgemäss bemüht sei, seinen Patienten zu helfen und sie zu beschützen (S. 17 f.).

Eine neurologische Problematik könne der Aktenlage nicht entnommen werden. Der Beschwerdeführer selbst beschreibe ausgedehnte Schmerzen mit offenbar einem Maximum im Nacken, dann aber im ganzen Rücken und auch in den Beinen. Auf Befragen bejahe er auch intermittierende Kopfschmerzen von druckartigem Charakter und wechselnder Lokalisation. Bei der klinischen Untersuchung falle in erster Linie die vornübergebeugte Oberkörperhaltung auf, welche zusammen mit dem kleinschrittigen, leicht flektierten Gangbild in den Knien an eine extrapyramidale Symptomatik denken lasse. Ein Rigor könne aber nicht festgestellt werden, der Beschwerdeführer schwingt auch beide Arme gut mit. Im Status sei auffallend, dass eine Kraftprüfung wegen ständigem Nachlassen und wechselnder Innervation nicht möglich sei, ebenso das organisch nicht zu erklärende Muster der Sensibilitätsstörung und auch die Durchführung der Koordinationsprüfungen. Aus neurologischer Sicht sei von einer funktionellen Überlagerung einer nicht neurologischen Schmerzsymptomatik auszugehen.

Es bestünden deutliche demonstrative und regressive Tendenzen.

Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 20).

Zusammenfassend könnten die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden

nicht vollständig auf die Spondylitis ankylosans und die klinischen Befunde zurückgeführt werden. Es hätten sich auch deutliche Diskrepanzen zwischen den

Einschränkungen in der Untersuchung und bei spontanen Bewegungen gezeigt. Insgesamt sei die Belastbarkeit der Wirbelsäule aus rheumatologischer Sicht deutlich eingeschränkt. Aus polydisziplinärer Sicht sei der Beschwerdeführer für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, wie er sie auch früher als Staplerfahrer ausgeübt habe, zu 80 % arbeits- und leistungsfähig, in einem ganztägigen Pensum mit etwas vermehrten Pausen verwertbar. Körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien ihm nicht mehr zumutbar (S. 22). 3.4

Die Ärzte der Z.____ berichteten am 8. März 2017 (Urk. 3/5) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 25. Januar bis 10. Februar 2017 und nannten folgende Diagnose: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1)

Sie führten aus, dass leichte Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen bestünden und der Beschwerdeführer im Affekt innerlich unruhig und leicht- bis mittelgradig deprimiert sei. Im Antrieb sei er leicht reduziert. Der Beschwerdeführer habe am multimodalen Therapieangebot immer regelmässig und motiviert teilgenommen. Nach der Einstellung von Sertralin und Surmontil hätten sich seine Laune leicht und der Schlaf wesentlich verbessert (S. 2). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stellte zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf das polydisziplinäre Gutachten des Y.____ vom

5. September 2016 (vgl. vorstehend E. 3.3) ab.

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, für die Beurteilung seines Gesundheitszustandes sei auf den Bericht der Z.____ abzustellen. Entgegen den Ausführungen im Gutachten bestehe gegenwärtig eine mittelgradige depressive Episode, weshalb er lediglich zu 50 % arbeitsfähig sei. 4.2

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das Y.____-Gutachten (vorstehend E. 3.3) die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigen, in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet wurde und der konkreten medizinischen Situation Rechnung trägt. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen 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 praxismässigen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich, so dass – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers - für die Entscheidung darauf abgestellt werden kann. 4.3

Die Y.____- Gutachter diagnostizierten eine Spondylitis ankylosans, ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom sowie eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leichter Episode (ICD-10 F33.0) als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und begründeten dies einlässlich und sorgfältig (Urk. 7/83 S. 20 ff.).

Das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode wurde von den Gutachtern unter Bezugnahme auf die ICD-Kriterien (vgl. Klinisch-diagnostische Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling/Mombour/Schmidt (Herausgeber), 9. Auflage, Bern 2014) nach vollziehbar verneint (S. 12, S. 22). Die Y.____-Gutachter nahmen diesbezüglich

ausführlich und einlässlich Stellung zu den anderen ärztlichen Berichten und Einschätzungen und führten in nachvollziehbarer Weise aus, weshalb das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode aktuell zu verneinen sei. Entscheidend sind allerdings nicht die Diagnosen, sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 294). Diesbezüglich attestierten die Y.____-Gutachter dem Beschwerdeführer aufgrund der depressiv bedingten Verlangsamung eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (S. 12, S. 22). Sie führten jedoch auch aus, dass der Beschwerdeführer die Behandlungsmöglichkeiten nicht voll ausschöpfte (S. 11).

4.4

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, der medizinische Sachverhalt sei nicht umfassend abgeklärt, und es seien deshalb weitere Abklärungen zu treffen, ist festzuhalten, dass sowohl der psychische wie auch der physische Gesundheitszustand sowie die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in den Beurteilungen gebührend berücksichtigt wurden. Der Beschwerdeführer vermochte so dann nicht weiter darzutun, inwiefern die Aktenlage unzureichend beziehungsweise unvollständig ist. Da der Sachverhalt nach dem Gesagten durch weitreichende medizinische Einschätzungen abgeklärt wurde, erweisen sich die vorliegenden medizinischen Akten als ausreichend. So lässt auch der neueste vom Beschwerdeführer eingereichte Bericht der Ärzte der Z.____ (vgl. vorstehend E. 3.4) nicht darauf schliessen, dass eine neue psychiatrische Begutachtung zu einem anderen Resultat führen würde. Dem Bericht ist nichts Anderes beziehungsweise Neues zu entnehmen, das geeignet wäre, das Y.____-Gutachten in Zweifel zu ziehen. So führten die Ärzte der Z.____ in ihrem Bericht in erster Linie die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden auf, und erwähnte zwar die erhobenen Befunde, gaben jedoch keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab. Aus der Beurteilung geht somit nicht klar hervor, wie und in welchem Ausmass die beschriebenen Befunde die Arbeitsfähigkeit einschränken. Sodann ist bei Berichten von behandelnden Ärzten der Erfahrungssache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen). Zwar kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorbringen. Jedoch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, da die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.2.1). Dies ist vorliegend nicht der Fall. 4.5

Die Einwände des Beschwerdeführers in Bezug auf die medizinischen Abklärungen sind nach dem Gesagten unbehelflich. Weitere substantiierte Einwände brachte er nicht vor.

Zusammenfassend wurden somit keine Erkenntnisse vorgebracht, welche die Beurteilung durch die Gutachter umzustossen vermöchten. Auf weitere Abklärungen kann deshalb verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157). 4.6

Nach der Würdigung der medizinischen Akten ist zusammenfassend festzuhalten, dass auf die überzeugende, nachvollziehbare und ausführlich begründete Einschätzung der Y.____-Gutachter abzustellen und bezüglich der Arbeitsfähigkeit von einer 80%igen Zumutbarkeit auch in der angestammten Tätigkeit auszuweichen ist.

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung vom 20. April 2017 erweist sich somit als rechtmässig und ist zu bestätigen, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 5

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

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

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

E. 5.1

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 aufzulegen, zuzüglich der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer

ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen.

E. 5.2

Mit Gerichtsverfügung vom 30. Juni 2017 wurde unter anderem auf die Möglichkeit hingewiesen, dem Gericht vor Fällung des Endentscheides eine detaillierte Zusammenstellung über den bisherigen Zeitaufwand und die bisher angefallenen Barauslagen einzureichen, und darauf, dass im Unterlassungsfall das Gericht die Entschädigung nach Ermessen festsetzt (Urk. 11 S. 2 Ziff. 3).

Bis dato wurde keine entsprechende Honorarnote eingereicht, weshalb Rechtsanwältin Birgitta Zbinden beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise mit Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Birgitta
Zbinden, Schaffhausen, wird mit Fr. 2'100.-- (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: - Rechtsanwältin Birgitta Zbinden -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse

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