

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00766 vom 6. März 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00766](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00766)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00766 du 6 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00766 del 6 marzo 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1960, besuchte fünf Jahre die Primar- sowie drei Jahre die Sekundarschule im Iran und schloss in Dänemark die Ausbildung zum Schlosser ab (vgl. Urk. 10/4 Ziff. 1 und 5). Nachdem er im Jahr 2002 in die Schweiz eingereist war, war er vor allem an den Wochenenden als Aushilfe in der Kinderbetreuung in einem Behindertenheim tätig, was er im Jahr 2012 wegen starker Rückenschmerzen aufgab. Zuletzt war in einem Beschäftigungsprogramm des Sozialamtes in der Demontage von Computern beschäftigt (vgl. Urk. 10/48 S. 44). Unter Hinweis auf Gelenk- und Rückenprobleme sowie Depression/psychische Probleme meldete sich der Versicherte am 9. August 2012 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte beim Y.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 9. Juni 2015 (Urk. 10/48) erstattet sowie am 24. August 2015 (Urk. 10/5)

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ ATSG ]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [ IVG ]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch

Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.2**

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

### **E. 1.3**

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 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. 1.4**

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 ausglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 7. Juli 2017 (Urk. 1) Beschwerde mit den Anträgen, es sei die Verfügung vom 6. Juni 2017 aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter seien ergänzende medizinische Abklärungen vorzunehmen. Zudem beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (S. 2).

Am 14. August 2017 (Urk. 6) reichte er ein ausgefülltes Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit sowie eine Sozialhilfeempfangsbestätigung der Sozialen Dienste der Gemeinde Z. \_\_\_ ein (Urk. 7-8).

Die IV-Stelle beantragte am 13. September 2017 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 19. September 2017 (Urk. 11) zur Kenntnis gebracht wurde.

Am 11. Dezember 2017 (Urk. 12) reichte der Beschwerdeführer ergänzende medizinische Berichte ein (Urk. 13/1-3). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 15. Januar 2018 (Urk. 15) auf eine diesbezügliche Stellungnahme. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer rentenabweisenden Verfügung vom 6. Juni 2017 (Urk. 2) aus, dass Y. \_\_\_ -Gutachten genüge den Anforderungen an einen ärztlichen Bericht

(S. 3). Aus psychischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund einer somatisch bedingten Arbeitsfähigkeit von 80 % in an ge passter Tätigkeit resultiere unter Verwendung des Tabellen lohns gemäss TA 1 der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik ein rentenaus schliessender Invaliditätsgrad von 20 % (S. 2).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich in seiner Beschwerde vom 7. Juli 2017 (Urk. 1) hingegen auf den Standpunkt, entgegen der Beurteilung der Y.\_\_\_\_-Gutachter sei eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), wie von den behandelnden Fa ch ärzten diagnostiziert, klar ausgewiesen (S. 6-9 Ziff. 2.3). Entgegen der Einschät zung der Y.\_\_\_\_-Gutachter habe auch die Krampfneigung der Muskulatur Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9-11 Ziff. 2.4). Das Y.\_\_\_\_ -Gutachten sei hin sichtlich der somatischen Befunde unvollständig .

Gestützt auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte sei von einer Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 50 % auszugehen (S. 11 Ziff. 2.5). Auf dem Invalideneinkommen sei zudem ein leidensbedingter Abzug von 15 % zu gewähren (S. 11 Ziff. 2.6).

## **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Inva lidenrente hat.

## **E. 3.1**

Pract. med. A.\_\_\_\_, ärztlicher Leiter und Facharzt für Psychiatrie und Psycho the rapie FMH, Oberärztin Dr. med. univ. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Klinikärztin Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für All ge meine Innere Medizin FMH, vom D.\_\_\_\_ , wo der Beschwerde führer ab dem 20. Juni 2013 ambulant behandelt wurde, nannten in ihrem Bericht vom 29. September 2014 (Urk. 10/35/1-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Schwere Halswirbelsäulen (HWS)-D egeneration durch MRI am 13. August 2013 diagnostiziert. - Status nach ventraler mikrochirurgischer Dekompression / verschraubbare Cage-Distraktions-Spondylodese C5/C6 am 31. Januar 2014 bei - s chwerer Spinalkana lstenose, symptomatisch mit Myel onkompression C5/C6 - n icht kompressiver Spinalkanalstenose C4/5, C6/7 - a ktuell regrediente myelopathische Zeichen linke Hand - Lumbalgie seit 2004: Ausgeprägte distale Lumbalwirbel säulendegene ration (MRI vom 20. August 2013) - Diskoligamentäre leichte Spinalkanalstenose L3/4, Relevanz offen - Flache Diskusprotrusion in L3/4 - Relevante Einengung des Spinalkanales bei Bandscheibenhernie L4/5 - Diskoligamentäre Rezessusstenose L4/5 - Fazettogene Foraminalstenosen L5/S1 beidseits, elektrodiagnostisch keine Radikulopathie - Hypakusis links nach dem Explosionsunfall (Krieg) 1982

Zudem nannten sie unter anderem als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeits fähigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung ( PTBS; ICD-10 F43.1; S. 1). Die D.\_\_\_\_ -Ärzte berichteten, der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt aus geübten Tätigkeit vom 20. Juni 2013 bis 11. Mai 2014 zu 100 % und danach bis zum 5. Oktober 2014 zu 70 % arbeitsunfähig gewesen (S . 4 Ziff. 1.6). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für schwere körperliche Arbeit sowie eine 50% ige Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere Arbeit. Eine behinderungsange passte Tätig keit sei ab sofort möglich. Anfänglich sei ein maximal 4-stündiger Arbeitstag mi t mehreren Pausen zu empfehlen (S. 4 Ziff. 1.7). Mit der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit beziehungsweise Erhöhung der

Einsatzfähigkeit könne ab sofort zu 30-50 % gerechnet werden (S. 5 Ziff. 1.9).

### **E. 3.2**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom Y.\_\_\_\_ nannten in ihrem von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten vom 9. Juni 2011

### **E. 3.3**

Am 24. August 2015 (Urk. 10/52) brachten die Y.\_\_\_\_-Gutachter ergänzend an, ab Anfang 2012 bis August 2013 bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl angestammt als auch adaptiert. Am 13. August 2013 sei die Diagnose der HWS-Pathologie mittels MRT der HWS festgestellt worden. Ab dann sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für angestammte und adaptierte Tätigkeiten auszugehen. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit halte weiterhin an. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten bestehe vom 13. August 2013 bis Juli 2014 (sechs Monate nach dem wirbelsäulenchirurgischen Eingriff), danach bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten.

### **E. 3.4**

In Auseinandersetzung mit der Kritik an ihrer psychiatrischen Einschätzung, insbesondere hinsichtlich des Vorliegens einer PTBS, durch Dr. B.\_\_\_\_ und pract. med. A.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2016 (Urk. 10/66/10-12) vom D.\_\_\_\_, bestätigten

die Y.\_\_\_\_-Gutachter Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_

am 15. August 2016 (Urk. 10/70) den von ihnen erhobenen Befund (S. 2) und bekräftigten, dass sie nicht davon ausgingen, dass eine relevante PTBS weiter psychiatrisch mit wesentlichem Einfluss auf die Funktions- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers wirksam sei (S. 3).

### **E. 3.5**

Am 4. November 2016 (Urk. 10/80/1-5) berichteten die Ärztinnen der I.\_\_\_\_, über die gleichentags durchgeführte elektrodiagnostische Untersuchung. In der Beurteilung führten sie aus, dass sich anamnestisch und klinisch ein stabiler Beschwerdeverlauf ohne Hinweise auf Muskelatrophien oder Paresen zeige. Der durchgeführte NIFET/SATET-Test habe weder Hinweise auf eine metabolische noch eine mitochondriale Myopathie ergeben. Eine eingeschränkte Mitarbeit sei bei ausbleibendem Ammoniak- und Laktatanstieg allerdings ebenfalls möglich. Elektromyographisch hätten sich an vier von zehn untersuchten Stellen Faszikulationen gezeigt, die übrigen Untersuchungen seien ohne wegweisenden Befund geblieben. Die Ursache der belastungsabhängigen krampfartigen Muskelschmerzen bleibe daher weiterhin offen. Auch der Acylcarnitin-Status sei unauffällig. Zusätzlich bestehe die im Jahr 2014 operativ versorgte zervikale Spinalkanalstenose. In den Armen zeigten sich verlängerte zentralmotorische Latenzen beidseits mit einer pathologischen Seitendifferenz zu Ungunsten links bei ebenfalls verminderter kortiko-peripherer Amplitudenratio links als Zeichen einer linksbetonten zervikalen Myelopathie (Urk. 10/80/2).

### **E. 3.6**

Am 2. März 2017 (Urk. 10/82/1-

## E. 5

) berichtete Dr. C.\_\_\_\_ vom D.\_\_\_\_ über den Verlauf unter Beilage der Berichte der I.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.5). Sie ergänzte die Diagnose der schweren HWS-Degeneration (vgl. E. 3.1) um aktuell residuale irreversible myelopathische Zeichen der Hände beidseits mit Muskelschmerzen in den oberen Extremitäten (S. 1 Ziff. 1.2). Sie führte aus, seit der mikrochirurgischen Dekompression der HWS hätten sich belastungsabhängige Muskelkrämpfe der beiden Hände, mehr links, zwar verbessert, aktuell sei aber der Status quo erreicht. Es sei seit circa 2 Jahren zu keiner weiteren Besserung der Beschwerden gekommen. Ein Erfolg sei nach all den durchgeführten Therapien (Ergotherapie, Akupunktur, Schmerztherapie nach WHO-Richtlinien) ausgeblieben. Die Prognose sei sehr wahrscheinlich ungünstig (S. 1 Ziff. 1.3). 4. 4.1

Das polydisziplinäre Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 9. Juni 2015 (E. 3.2) mit Ergänzungen vom 24. August 2015 (E. 3.3) und vom 15. August 2016 (E. 3.4) beruht auf den erforderlichen allseitigen klinischen und bildgebenden Untersuchungen sowie auf Laborwerten (vgl. Urk. 10/48 S. 17 f., S. 22-24, S. 29-31, S. 39 und S. 54). Es wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet (vgl. Urk. 10/48 S. 3-11, S. 20 f., S. 26-28, S. 33, S. 41 f. und S. 51 sowie Urk. 10/70), berücksichtigt die geklagten Beschwerden (Urk. 10/48 S. 16, S. 21 f., S. 28 f., S. 36-38 und S. 45 f.) und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander (Urk. 10/48 S. 17-19, S. 22 f., S. 29 f., S. 39 und S. 45-49 sowie Urk. 10/70 S. 1-3). Die Y.\_\_\_\_ -Gutachter haben die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. So zeigten sie nach erfolgter Konsensbeurteilung schlüssig auf, dass aufgrund des Status nach Operation an der HWS und der vorhandenen residuellen zervikalen Myelopathie mit sensomotorischer Störung an den oberen Extremitäten eine Einschränkung für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten besteht und dass diese Tätigkeiten mit höheren Anforderungen an die bi-manuelle Feinmotorik und ein Überkopparbeiten unzumutbar machen. Unter diesen Umständen leuchtet ein, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Schlosser oder aber auch als Kinderbetreuer zu 100 % arbeitsunfähig, jedoch unter Berücksichtigung des genau umschriebenen Belastungsprofils in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist (E. 3.2). Dabei legten die Gutachter plausibel dar, dass die 20%ige Einschränkung auf den Beschwerden im Bereich der HWS und dem damit zusammenhängenden erhöhten Pausenbedarf, den manuellen Einschränkungen an der dominanten linken Hand und auch den psychiatrischen Faktoren beruht (E. 3.2).

Dabei stellte bei der psychiatrischen Gutachter klar, dass es sich aus psychischer Sicht um eine geringe Arbeitsunfähigkeit handelt (Urk. 10/48 S. 43), welche von den Y.\_\_\_\_ -Gutachtern nach erfolgter Konsensbeurteilung nicht als additiv gewertet wurde. So gingen die Gutachter bereits gestützt auf die somatischen Leiden von einer 20%igen Einschränkung aus (vgl. Urk. 10/48 S. 33). Damit entspricht die Y.\_\_\_\_ -Expertise mit samt den Ergänzungen den bundesgerichtlichen Vorgaben an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). 4.2 4.2.1

Abweichend vom Y.\_\_\_\_ -Gutachten ging Dr. C.\_\_\_\_ als somatisch behandelnde Ärztin des D.\_\_\_\_, aufgrund der HWS- und LWS-Spinalkanalstenose im September 2014 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere Tätigkeiten aus. Dabei hielt sie unter Einbezug der psychiatrischen Einschränkung eine sofortige behinderungsangepasste

Tätigkeit mit anfänglich empfohlenen maximalen Vierstundenarbeitstagen mit mehreren kleinen Pausen und schrittweiser Steigerung des Arbeitspensums für möglich (E. 3.1 und Urk. 10/35/7-8 S. 1). Mit Schreiben vom 21. Januar 2016 (Urk. 10/66/1) nahm sie Stellung zum Y.\_\_\_\_-Gutachten und hielt fest, dass die von den Gutachtern diagnostizierten, von ihr aber ursprünglich in der Diagnose unberücksichtigten, Krampfneigungen und subjektive Muskelschwäche ebenfalls eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten, erachtete aber (weiterhin) eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 50-60 % als zumutbar. Im zugehörigen Fragebogen bezeichnete sie die von den Y.\_\_\_\_-Gutachtern attestierte orthopädische Arbeitsfähigkeit von 80 % als nicht zutreffend, stimmte gleichzeitig aber der polydisziplinären Einschätzung des Y.\_\_\_\_-Gutachtens hinsichtlich einer Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht von 80 % unter Berücksichtigung des formulierten Belastungsprofils zu (S. 4). Sie zeigte sich zu diesem Zeitpunkt also grundsätzlich mit der polydisziplinären Einschätzung der Y.\_\_\_\_-Gutachter einverstanden. 4.2.2

Mit Bericht vom 2. März 2017 (E. 3.

## **E. 6**

), nachdem ihr insbesondere der Bericht der I.\_\_\_\_ vom 4. November 2016 (vorstehend E. 3.5) vorlag, ging neu Dr. C.\_\_\_\_ davon aus, dass hinsichtlich der HWS-Problematik aufgrund aktueller residualer irreversibler myelopathischer Zeichen der Hände mit Muskelschmerzen in den oberen Extremitäten eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 70 % bestehe, ohne von einer Verschlechterung zu berichten.

Aus dem neurologischen Y.\_\_\_\_-Teilgutachten geht klar hervor, dass die Y.\_\_\_\_-Gutachter Umstände, wie sie sich aus dem Bericht der I.\_\_\_\_ ergaben, berücksichtigten. So ging der neurologische Y.\_\_\_\_-Gutachter selbst bei Vorliegen einer nicht sicher auszuschliessenden myopathischen (muskulären) Problematik, von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % aus (Urk. 10/48 S. 32 unten, S. 33 erster und letzter Abschnitt). Die Ärzte der I.\_\_\_\_ fanden im Übrigen keinen Hinweis auf Muskelatrophien, Paresen, metabolische oder mitochondriale Myopathien. Hinsichtlich der belastungsabhängigen krampeartigen Muskelschmerzen konnten sie keine Ursache finden und empfahlen lediglich die Fortführung der Einnahme von Magnesium und Calcium zur symptomatischen Therapie der Muskelkrämpfe, was aufzeigt, dass sie dies bezüglich nicht von bedeutenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit ausgingen. Die von ihnen festgestellte verlängerte zentralmotorische Latenz (Urk. 10/80/4-5) führten sie als Zeichen einer linksbetonten zervikalen Myelopathie an. Eine solche wurde von den Y.\_\_\_\_-Gutachtern in der Diagnose aufgeführt und entgegen den diesbezüglichen Ausführungen des Beschwerdeführers hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit bereits

berücksichtigt (E. 3.2).

Vorliegend ist aus somatischer Sicht ein neurologisch-orthopädisches Geschehen zu beurteilen. Die Ärzte der I.\_\_\_\_ selbst nahmen keine Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers vor (vgl. Urk. 10/72 und Urk. 10/80/1-3). Dr. C.\_\_\_\_s Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit beruht – im Gegensatz zu den Y.\_\_\_\_-Gutachtern (vgl. Urk. 10/48 S. 22 f.) – nicht auf einer Funktionsdiagnose, welcher bei somatisch begründeten Funktionseinschränkungen zentrale Bedeutung zukommt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_335/2015 vom 1. September 2015 E. 4.2.2). Sie ist keine Fachärztin der Neurologie oder Orthopädie äusserte

sich teilweise widersprüchlich. Daher vermag ihre Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers die fachärztliche Einschätzung der Y.\_\_\_\_-Gutachter hinsichtlich der neurologisch-orthopädisch bedingten Problematik betreffend die LWS und HWS und deren funktionelle Auswirkungen nicht in Zweifel zu ziehen. Darüber hinaus ist auf die Erfahrungstatsache hin zu weisen, dass behandelnde Ärzte aufgrund des Vertrauensverhältnisses in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_609/2017 vom 27. März 2018 E.

4.3.3).

4.2.3

Der Beschwerdeführer reichte am

## **E. 11**

. Dezember 2017 (Urk.

12) einen Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, von der K.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2017 (Urk. 13/1) mit zwei dazugehörigen Berichten des L.\_\_\_\_ über ein MRI der HWS respektive ein Röntgenbild der HWS und der LWS beide vom 21. November 2017 (Urk. 13/2-3) ein.

Die rentenabweisende Verfügung der Beschwerdegegnerin datiert vom 6. Juni 2017 (Urk.

2), womit der nachgereichte Bericht und insbesondere die ihm zugrunde liegende Bildgebung einen Sachverhalt betreffen, welcher zeitlich über fünf Monate nach dem Verfügungszeitpunkt liegt, und dementsprechend grundsätzlich unbeachtlich ist, da sich daraus keine gesicherten auf die Zeit davor liegenden Rückschlüsse ergeben (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). Dr. J.\_\_\_\_

nahm keinen Bezug auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten und zeigte nicht auf, dass bereits im Verfügungszeitpunkt vorliegende Umstände unberücksichtigt geblieben wären.

Dr. J.\_\_\_\_

stellte lumbal eine Osteochondrose L3 bis S1 fest, was die Rückenschmerzen erläutere, und postulierte deshalb ein – im Wesentlichen dem Y.\_\_\_\_-Gutachten entsprechendes (E. 3.2) - Belastungsprofil ohne langes Sitzen und Stehen sowie ohne Tragen von Lasten über 10 kg und wegen einer supra- und infravertebrealen Problematik im Nackenbereich seien vorgeneigte Haltungen zu vermeiden (Urk. 13/1 S. 2). Im Übrigen liegt diesem Belastungsprofil lediglich die Bildgebung zugrunde, ohne dass er selbst eine für die Bewertung der funktionellen Einschränkung entscheidende Funktionsdiagnose vorgenommen hätte. Damit ist nicht aufgezeigt, dass wesentliche zusätzliche von den Y.\_\_\_\_-Gutachtern unberücksichtigte Funktionseinschränkungen bestünden.

Selbst wenn

sein Bericht jedoch den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt betreffen würde, bleibt anzufügen, dass die Y.\_\_\_\_-Gutachter aufgrund des MRI der LWS von 2013 bereits eine Osteochondrose L4/5 und hinsichtlich der HWS eine Dysdiachokinese links und eine Einschränkung der Feinmotorik feststellten. Anhaltspunkte für eine anhaltende radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik liessen sich weder zervikal noch lumbal finden, und solche nannte auch Dr. J.\_\_\_\_ nicht (vgl. Urk. 10/48 S. 31 f. und Urk. 13/1). Auch insofern liegen keine bei der Begutachtung unerkannte oder

ungewürdigte

Aspekte vor .

Darüber hinaus lässt sich dem Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ nicht entnehmen, dass dieser überhaupt von einer Arbeitsunfähigkeit ausginge. Vielmehr lassen seine Beschreibungen eines Belastungsprofils darauf schliessen, dass er den Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des von ihm beschriebenen Belastungs profils für arbeitsfähig hält.

Nach dem Gesagten vermag der Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ das Y.\_\_\_\_-Gut achten nicht in Frage zu stellen. 4.3

Im Gegensatz zu den Y.\_\_\_\_-Gutachtern, welche einen Status nach PTBS lediglich für möglich hielten, gingen die psychiatrischen Fachärzte des D.\_\_\_\_ vom Vor liegen einer PTBS aus. Dieser massen sie auch nach einjähriger wöchentlicher ambulanter Behandlung in ihrem Bericht vom 29. September 2014 zuerst noch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (vgl. Diagnose E. 3.1) . Erst mit Schreiben an den Beschwerdeführer vom 27. Januar 2016 (Urk. 10/66/10-12) ging sie davon aus, dass die PTBS Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat, ohne diesen Umstand jedoch näher zu erläutern ( vgl. S. 1 Antwort zu Frage 2). In selbigem Schreiben attestierten sie dem Beschwerdeführer nun eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit mit möglichem Steigerungspotential je nach klinischem Verlauf, ohne jedoch aufzuzeigen, unter welchen Aspekten hinsichtlich der PTBS eine Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit vorliegen sollte (S. 2 Antwort zu Ziff. 5).

Der Y.\_\_\_\_-Psychiater zeigte hingegen schlüssig auf, dass aus psychiatrischer Sicht eine geringfügige – nicht additive – Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der narzisstischen Persönlichkeitszüge

vorliegt, welche dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit im Team erschweren (Urk. 10/48 S. 49), und setzte sich differenziert mit der Diagnose einer PTBS auseinander. Er verneinte diese in nachvollziehbarer Weise, weil er in seiner Untersuchung unter anderem keine durchwegs bestehende Schlafstörung mit sich wiederholenden Träumen, keine Reagibilität und keine soziale Isolierung, aber ein affektives Mitschwingen feststellen konnte, und weil es dem Beschwerdeführer gut möglich war, ruhig und ohne emotionale Irritation über die Erlebnisse im Iran zu berichten (vgl. Urk. 10/48 S. 39 und S. 42 f. und Urk. 10/70 S. 2; vgl. zu den Diagnostischen Leitlinien gemäss ICD-10 F43.1

posttraumatische Belastungsstörung in Dilling/Mo mbour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F]: Klinisch diagnos ti sche Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.).

Im Übrigen nannten die Psychiater des D.\_\_\_\_ die Symptome in Bezug auf die PTBS häufig auch im Zusammenhang mit der aktuell unbefriedigenden Situation des Beschwerdeführers. So führten sie die Schlafstörung mit sich wiederholenden Träumen auch im Zusammenhang mit vermehrtem Grübeln über die aktuelle Situation der Beschäftigungslosigkeit und mit der starken Einsamkeit in Bezug auf Sozialkontakte auf. Die als Reagibilität interpretierte Wut und Ärger gegen über beispielsweise dem Sozialamt nannte sie im Zusammenhang mit dem Um stand, dass sich der Beschwerdeführer in seiner Situation alleine gelassen fühle (Urk. 10/35/1-6 S. 2 und Urk. 10/66/10-12 S. 2 Ziff. 3). Sie führten damit in der Aufzählung der Ursache auch grundsätzlich invalidenversicherungsrechtlich unbeachtliche psychosoziale Faktoren auf (vgl. Urteil des Bun desgerichts 9C\_549/2015 vom 29. Januar

2016 E. 4.3 mit Hinweisen). Eine Trennung deren Einflüsse auf die Schlafstörungen oder Reagibilität nahmen sie nicht vor.

Was die unterschiedliche Einschätzung der D.\_\_\_\_-Psychiater und des psychiatrischen Y.\_\_\_\_-Gutachters hinsichtlich der Interpretation ihrer im September 2014 respektive im April 2015 erhobenen Befunde angeht, so ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem oder der medizinischen Sachverständigen deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis – wie sie vorliegend durch den Y.\_\_\_\_-Gutachter erfolgte – zu respektieren sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Ferner ist zu beachten, dass die Psychiater des D.\_\_\_\_ keine Aspekte benannten, die bei der Y.\_\_\_\_-Begutachtung nicht erkannt oder nicht gewürdigt worden wären. Ihre Einschätzung bezüglich des Vorliegens einer PTBS vermögen somit das Y.\_\_\_\_-Gutachten nicht in Frage zu stellen. 4.4.4.1

Nach dem Gesagten kann auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten samt Ergänzungen abgestellt werden. 4.4.2

Aus somatischer Sicht ist der Beschwerdeführer aufgrund der HWS- und LWS-Leiden (Status nach ventraler mikrochirurgischer Dekompression und Cage-Distraktionsspondylodese C5/6 bei hochgradiger Spinalkanalstenose mit links betonter Myelopathie sowie mit leichtgradigen Residuen mit sensomotorischer Störung an der dominanten linken Hand und dem chronischen lumbospondylogenen Syndrom bei moderaten degenerativen Lendenwirbelsäule-Veränderungen) in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Für nicht angepasste Tätigkeiten als Schlosser/Metallarbeiter respektive in der Kinderbetreuung ist er seit dem 13. August 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. In angepassten Tätigkeiten war er vom 13. August 2013 bis Juli 2014 ebenfalls zu 100 % arbeitsunfähig und seit August 2014 ist er unter Berücksichtigung des formulierten Belastungsprofils zu 80 % arbeitsfähig. Dem Beschwerdeführer sind demnach aus somatischer Sicht noch leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten zumutbar, ohne Heben von Lasten über 10 kg, wechselbelastend, teils sitzend, teils stehend, teils gehend, ohne Zwangshaltung der HWS, ohne Tätigkeiten auf rutschigem und/oder unebenem Gelände, ohne Tätigkeiten in absturzgefährdeter Position (Leitern, Gerüste, etc.) und ohne erhöhte Anforderung an die bi-manuelle Feinmotorik und ohne Überkopfarbeiten (vgl. E. 3.2-3 und Urk. 10/48 S. 25). 4.4.3

In psychischer Hinsicht liegen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein möglicher Status nach PTBS, gegenwärtig subsyndromal, und akzentuierte Persönlichkeitszüge vor (E. 3.2).

Die Y.\_\_\_\_-Gutachter nahmen hinsichtlich der 20%igen Einschränkung in angepasster Tätigkeit keine Präzisierung vor betreffend Einfluss der somatischen und psychischen Leiden (vgl. E. 3.2), weshalb davon auszugehen ist, dass in psychischer Hinsicht eine maximale nicht additive Beeinträchtigung von 20 % besteht. Die psychische Einschränkung geht jedoch in erster Linie auf die narzisstischen Charakterzüge des Beschwerdeführers zurück, welche auf die akzentuierten Persönlichkeitszüge zurückzuführen sind. Solche Z-Kodierungen stellen keine rechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_271/2017 vom 16. April 2018 E. 4.5). Zu den akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszügen hielten sie

zudem fest, dass es sich hier um eine Normvariante handle. Diese begründe nur eine leichte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, indem der Beschwerdeführer nicht in allen Tätigkeiten (insbesondere Teams mit autoritären Strukturen) eingesetzt werden könne. Damit ist in erster Linie von einer Einschränkung im Hinblick auf das zumutbare Profil auszugehen. Aus der entsprechenden Diagnose lässt sich daher im Hinblick auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung nichts ableiten. Bei der Diagnose hinsichtlich des Status nach möglicher PTBS handelt es sich um eine blosser Verdachtsdiagnose, mit welcher eine entsprechende Störung nicht mit dem invalidenversicherungsrechtlich relevanten erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_454/2013 vom 24. September 2013 E. 6.3; BGE 138 V 218 E. 6). Zudem stellten die Y.\_\_\_\_-Gutachter diesbezüglich auch klar, dass eine PTBS ohne wesentlichen Einfluss auf die Funktions- und Leistungsfähigkeit bleibe (E. 3.4). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter psychischer Gesundheitsschaden liegt somit nicht vor. 5.

Der Beschwerdeführer ist somit in einer angepassten Tätigkeit unter Beachtung des ihm zumutbaren Belastungsprofils zu 80 % arbeitsfähig (E. 4.4). In der Folge bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkung zu prüfen.

Der Beschwerdeführer übte seit seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 2002 Hilfsarbeitertätigkeiten im tiefen Kompetenzniveau aus, welche ihm unter Berücksichtigung seines Belastungsprofils weiterhin offenstehen. Hinsichtlich der von ihm zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Kinderheim ist weder klar, in welchem Umfang er arbeitete, noch, wie sich sein Einkommen im Einzelnen zusammensetzte, womit als Ausgangspunkt für das Valideneinkommen darauf nicht abgestellt werden kann. Damit ist sowohl für das Validen- als auch für das Invalideneinkommen auf die gleiche Tabelle der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik abzustellen (vorliegend: Tabelle TA1 Löhne für Männer, Kompetenzniveau 1, Total), womit der Einkommensvergleich anhand eines Prozentvergleiches zu erfolgen hat. Dies blieb auch unbestritten (vgl. Urk. 1 S. 12 Urk. 2 S. 2). Der Invaliditätsgrad entspricht dabei dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, dies unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.1).

Hinsichtlich des leidensbedingten Abzuges ist anzumerken, dass nach ständiger Rechtsprechung das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Ein solcher ist nicht ersichtlich. Der Beschwerdeführer brachte vor, es sei ein leidensbedingter Abzug von mindestens 15 % vorzunehmen. Er begründete dies mit seinem Alter, den Einschränkungen im Belastungsprofil, der langen Absenz vom Arbeitsmarkt sowie der mangelnden Deutschkenntnissen (vgl. Urk. 1 S. 13 Ziff. 22). Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_833/2017 vom 20. April 2018 E. 2.2). Die Y.\_\_\_\_-Gutachter legten dar, dass die Einschränkung von 20 % in angepasster Tätigkeit auf den vermehrten Pausenbedarf wegen des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils, die Beschwerden im Bereich der HWS sowie die manuellen Einschränkungen an der linken Hand

zurückzuführen ist ,

womit bereits deren Berücksichtigung erfolgt und ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug nicht angebracht ist ( vgl. E. 3. 2). Alter, mangelnde Sprachkenntnis und längere Absenz auf dem Arbeitsmarkt sind bei Hilfsarbeiten kein Grund für einen Abzug (Urteil des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.2). Damit ist ein Tabellenlohnabzug nicht angezeigt .

Dies

führt unter Berücksichtigung des zumutbaren Pensums von 80 % zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 %. Selbst bei Gewährung eines leidensbedingten Abzuges von 15 %, resultierte noch immer ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von rund 32 %, was im Ergebnis zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Das Verfahren ist kostenpflichtig und die Gerichtskosten sind dabei nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind vorliegend erfüllt (vgl. Urk. 1 S. 2 und Urk. 7-8), weshalb dem Beschwerdeführer antragsgemäss die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen ist. Zuzahlung der unentgeltlichen Prozessführung sind die ihm auferlegten Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Prozesskosten verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuches vom 7. Juli 2017 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap unter Beilage einer Kopie von Urk. 15 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung 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  
Der Gerichtsschreiber Gräub Müller

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