

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00817 vom 27. November 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00817](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00817)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00817 du 27 novembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00817 del 27 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teil weise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beein trächtigung 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebe nem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf gabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hin sichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinwei sen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentli chen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeacht lich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ( « allseitig » ) zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE

143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152).

#### **E. 1.4**

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung reicht die analoge Anwendbarkeit der in BGE 109 V 262 E. 4a dargelegten Rechtsprechung auf das Neuanmeldungsverfahren nur so weit, als auch hier von Amtes wegen zu prüfen ist, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis

– vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

#### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

#### **E. 2**

3. März 2009 wegen eines Bandscheibenvorfalles bei der Invalidenversicherung an (Urk. 6/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/27; Urk. 6/29,

Urk. 6/32, Urk. 6/35; Urk. 6/38), in dessen Rahmen eine Untersuchung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) stattfand (Urk. 6/43), mit Verfügung vom 7. Juni

2010 einen Leistungsanspruch des Versicherten ( Urk. 6/53). Die dagegen am 9. Juli 2010 erhobene Beschwerde ( Urk. 6/60/3-10) wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 1. November 2010 ab (Prozess Nr. IV.2010.00663; Urk. 6/66). Das Bundesgericht hob dieses Urteil mit Entscheid vom 21. Februar 2011 auf (Prozess Nr. 9C\_8/2011; Urk. 6/69) und wies die Sache zur ergänzenden Abklärung an die IV-Stelle zurück. In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine Evaluation der körperlichen Leistungsfähigkeit, über die am 9. Januar 2012 berichtet wurde ( Urk. 6/87). Nach erneutem Vorbescheid verfahren ( Urk. 6/94; Urk. 6/96) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid ( Urk. 2) wie folgt: Gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten sei von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in Tätigkeiten, die der Lendenwirbelsäule des Beschwerdeführers angepasst seien, auszugehen. Dabei sei das folgende Belastungsprofil zu beachten: Körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Zwangshaltungen und mit der Möglichkeit von Positionswechseln. Die psychischen Beschwerden begründeten keine Arbeitsunfähigkeit, zudem seien verschiedene, nicht zu berücksichtigende psychosoziale Belastungen vorhanden. Der Invaliditätsgrad betrage 15 % (S. 1-2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte geltend ( Urk. 1), er sei aufgrund von kognitiven Beschwerden nach Schädelhirntrauma und chronischen Einschränkungen der Rückenfunktion auch für leichte Tätigkeiten maximal zu 50 % arbeitsfähig. Daran hielt er mit Replik vom 18. Oktober 2017 ( Urk. 10) fest.

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob seit Erlass der rentenanspruchsverneinenden Verfügung vom 28. April 2015 ( Urk. 6/124) eine anspruchrelevante Veränderung eingetreten ist. 3.

### **E. 3**

1. Juli 2012 einen Rentenanspruch des Versicherten ( Urk. 6/102).

### **E. 3.1**

Der Verfügung vom 28. April 2015 lagen folgende medizinischen Berichte zugrunde:

Vom 4. bis 9. September 2013 war der Beschwerdeführer aufgrund eines am 4. September 2013 erlittenen Fahrradsturzes im Spital C. \_\_\_\_ hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 11. September 2013 ( Urk. 6/114/70-71) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - Schädelhirntrauma mit Skalpierungsverletzung fronto-temporal links - Fraktur Processus spinosus Halswirbelkörper

(HWK) 4 und Fraktur des rechten Pedikels HWK 6 - vorbekannte Diskushernien im Bereich von HWK 3/4 und HWK 6/7 - arterielle Hypertonie Klinisch habe sich der Beschwerdeführer neurologisch unauffällig und gut orientiert mit einem Glasgow-Coma-Scale von 15 präsentiert (S. 1).

### **E. 3.2**

Dr. D. \_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, stellte mit Bericht vom 3. Dezember 2013 ( Urk. 6/114/73-76) folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Velounfall am 4. September 2013

mit Commotio cerebri und Skalpierungsverletzung frontotemporal links sowie Frakturen des Processus

spinosus HWK 4 und des rechten Pedikels HWK 6

- vorbestehendes lumbo-radikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom S1 rechts sowie leichtgradig links, bei Diskushernie L5/S1 rechtsbetont

Im neurologischen Bereich bestünden eine partielle Parese des N. facialis links und Sensibilitätsstörungen. Die angegebenen Konzentrations- und Gedächtnisschwächen deuteten im Weiteren auf die Möglichkeit einer minimalen Hirnschädigung hin. Die übrige neurologische Untersuchung habe residuelle Ausfälle in den Segmenten S1 rechts, weniger auch links, ergeben. Im Rahmen des Unfalls müsse es somit zu einer Schädigung des N. facialis und des N. trigeminus links gekommen sein. Die angegebenen Konzentrations- und Gedächtnisschwächen deuteten im Weiteren auf die Möglichkeit einer minimalen Hirnschädigung hin. Die übrige neurologische Untersuchung habe residuelle Ausfälle in den Segmenten S1 ergeben. Diese Ausfälle seien vorbestehend und gingen auf die langjährige Anamnese mit rezidivierenden Lumbalgien zurück, hätten aber eine bis heute anhaltende Verschlechterung bewirkt (S. 3). Seit dem Unfall bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, woran sich kurz- und mittelfristig keine Änderung ergeben dürfte (S. 4).

### **E. 3.3**

Die Ärzte der Abteilung Neurologie an der Klinik E. \_\_\_ stellten mit Bericht vom 12. März 2014 (Urk. 6/114/136-137) folgende Diagnosen (S. 1): - Schädelhirntrauma mit Skalpierungsverletzung fronto-temporal links durch Velounfall am 4. September 2013 - Fraktur des Processus

spinosus HWK 4 und des rechten Pedikels HWK 6 - Verdacht auf chronisches posttraumatisches Syndrom - Klinik: Sensibilitätsstörung im fronto-temporalen Kopfbereich links

Die bildgebende Untersuchung des Schädels zeige keine strukturellen Läsionen. Die Beschwerden mit vermehrter Nervosität, stärkerer Gereiztheit und intermittierend auftretenden holokraniellen Kopfschmerzen seien dementsprechend am ehesten auf ein chronisches posttraumatisches Syndrom zurückzuführen (S.

1). Diese Untersuchung fand im Nachgang zur Konsultation vom 11. Februar 2014 statt (vgl. Urk. 6/114/138-140), wo die Ärzte einen möglichst baldigen, idealerweise stufenweisen Wiedereinstieg in die Arbeitswelt empfahlen (S. 3).

### **E. 3.4**

Am 26. Mai 2014 fand eine verhaltensneurologische Abklärung des Beschwerdeführers statt. Mit Bericht vom 5. Juni 2014 (Urk. 6/114/188-190) hielten

Dr.

F. \_\_\_, Neuropsychologin, und Dr. G. \_\_\_, Fachärztin für Neurologie, fest, es zeige sich bei diesem deutlich verstimmtten, leicht gereizten, aber kooperativen Patienten eine sprachlich betonte Lern- und Gedächtnisschwäche sowie eine Verminderung der kognitiven Flexibilität. Gegen Ende der Untersuchung sei eine zunehmende Müdigkeit aufgetreten. Diese Befunde, die einer Dysfunktion fronto-temporaler Areale entsprächen, seien differentialdiagnostisch unfallbedingt oder Ausdruck einer depressiven Stimmungslage, die

bekanntlich zu Hypofunktion linkshemi sphärischer sprach gebundener Funktionen führe. Es sei eine antidepressive medikamentöse Behandlung zu empfehlen (S. 2).

### **E. 3.5**

Am 24. September 2014 fand eine kreisärztliche Untersuchung statt. Mit gleichentags verfasstem Bericht (Urk. 6 / 114/213- 219) stellte Dr. H. \_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, folgende Diagnosen (S. 6): - Unfall am 4. September 2013 mit Fraktur des rechten Pedikel HWK 6 und der Processi

spinosi HWK 3 und 4 und Schädelhirntrauma mit Skalpierungsverletzung fronto-temporal links mit partieller Parese des Nervus

facialis links und Sensibilitätsstörungen im Versorgungsgebiet des N. trigeminus links - vorbestehende Diskushernien C3/4, C6/7 und L5/S1 - Wundversorgung mit Primärnaht am 4. September 2013 Subjektiv persistierten Schlafstörungen, Nervosität, Gereiztheit, Wetterfühligkeit mit Kopfschmerzen, Lärmempfindlichkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Taubheitsgefühl im Bereich der linken Gesichtshälfte und Schmerzen im rechten Bein. Objektiv fanden sich eine leichte Einschränkung der HWS Beweglichkeit, eine Einschränkung der LWS-Beweglichkeit, eine muskuläre Hypotrophie der rechten unteren Extremität, muskuläre Verspannungen lumbal, im Bereich des thorakolumbalen Übergangs und weniger ausgeprägt auch in der Nackenmuskulatur jeweils beidseits sowie ein Ausfall des Achillessehnenreflexes rechts. Bezüglich der Bandscheibenveränderungen habe sich durch den Unfall keine Veränderung zu dem Vorzustand ergeben. Die Diskushernien im Bereich der Hals- wie auch der Lendenwirbelsäule hätten keine richtunggebende Verschlimmerung erfahren. Die Frakturen im Bereich der HWS hätten zu keinen Veränderungen der Statik geführt. Der Beschwerdeführer gebe diesbezüglich auch wenig Beschwerden an, sondern hauptsächlich von Seiten des rechten Beins. Es sei eine weitere neurologische Abklärung zu empfehlen (S. 6). Die neuropsychologische Situation sei im Hinblick auf die Differentialdiagnose einer depressiven Störung und einer allfälligen Therapie gegebenenfalls durch einen Konsiliarpsychiater zu beurteilen (S. 7).

### **E. 3.6**

Eine am 5. November 2014 durchgeführte Computertomographie der Halswirbelsäule ergab geringe, altersentsprechend zu erwartende, degenerative Veränderungen multisegmental. Posttraumatische oder degenerative Veränderungen seien nicht sicher nachweisbar (Urk. 6/116/240).

Die Ärzte der Klinik E. \_\_\_\_ berichteten am 5. November 2014 über eine gleichentags durchgeführte neurologische Konsultation und diagnostizierten zusätzlich zu den bereits mit Bericht vom 12. März 2014 (vgl. vorstehend E. 3.3) gestellten Diagnosen ein chronisches lumboradikuläres Reiz- und sensibles Ausfallssyndrom S1 rechts bei Diskushernie für L5/S1 rechts (Urk. 6/116/241- 243; S.

1). Eine antidepressive Therapie habe der Beschwerdeführer, der anamnestisch zwei Mal einen Psychiater konsultiert habe, abgelehnt (S. 1 unten f.). Seit der letzten Untersuchung hätten sich anamnestisch und im klinisch neurologischen Untersuchungsbefund keine neuen Informationen oder Befunde ergeben (S. 2 unten).

### **E. 3.7**

Mit Stellungnahme vom 20. November 2014 (Urk. 6/116/247-250) hielt Kreisarzt Dr. H. \_\_\_\_ fest, es seien bildgebend keine frischen oder alten Frakturen mehr nachweisbar.

Neurologisch habe nur noch eine Sensibilitätsstörung fronto-temporal links bei ansonsten unauffälligem Hirnnervenstatus festgestellt werden können. Eine Fazialisparese sei nicht mehr nachgewiesen worden, so dass auch hier davon ausgegangen werden könne, dass bis auf die residuelle Hypästhesie fronto-temporal keine dauerhafte Hirnschädigung aufgetreten sei. Diese sei unfallkausal, jedoch nicht von funktioneller Bedeutung. Von somatischer Seite her bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Die Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit wäre zu 100 % möglich (S. 3). Die neuropsychologische und psychische Situation könne kreisärztlicherseits nicht adäquat beurteilt werden (S. 4).

### **E. 3.8**

Dr. I. \_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, RAD, hielt am 29. Januar 2014 (richtig: 2015; Urk. 6/119/4-5) fest, es liege keine Veränderung vor. Beim Schädelhirntrauma mit allen Folgezuständen handle es sich um Unfallfolgen; das Lumbalsyndrom und die Diskushernie C5/6 seien vorbestehend. Hinsichtlich der Halswirbelsäule seien leichte angepasste Tätigkeiten in Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 10 kg, ohne Verharren in Zwangshaltungen, ohne dauerhafte Armvorhaltebelastungen und Überkopfarbeiten zumutbar. Für die Lendenwirbelsäule seien ebenfalls leichte wechselbelastende Tätigkeiten unter Ausschluss ungünstiger Witterungsbedingungen, auch mit gelegentlichem Heben, Tragen und Transportieren von Lasten bis maximal 10 kg körpernah, ohne Verharren in Zwangshaltungen, zumutbar. Gemäss Kreisarzt Dr. H. \_\_\_\_ sei die angestammte, gleichzeitig behinderungsangepasste Tätigkeit als Chauffeur ab November 2014 wieder möglich. Hinsichtlich der Vorbefunde der Lendenwirbelsäule sei keine Änderung eingetreten.

### **E. 3.9**

Gestützt auf diese medizinischen Grundlagen verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 28. April 2015 einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers. 4. 4.1

Der Neuanmeldung vom 24. März 2016 (Urk. 6/133) lagen die folgenden medizinischen Berichte zugrunde:

J. \_\_\_\_, praktischer Arzt, stellte mit Bericht vom 15. Juli 2016 (Urk. 6/142/1-10) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - Persönlichkeitsstörung mit rigiden und misstrauischen Wesenszügen sowie ausgeprägter Neigung zu Opferhaltung und Schuldzuweisung (ICD

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

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).

### **E. 6.2**

Die Beschwerdegegnerin ermittelte gestützt auf das in der Tätigkeit als Service angestellter letztmals erzielte Einkommen ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 62'563.-- (vgl. Urk. 6/168 ; Urk. 6/9). Dies ist nicht zu beanstanden und im Übrigen unbestritten.

### **E. 6.3**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens auf Grund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl. 2014, N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

### **E. 6.4**

Da der Beschwerdeführer mit seiner 50%igen Tätigkeit die Restarbeitsfähigkeit von 80 % nicht ausschöpft, berechnete die Beschwerdegegnerin das hypothetische Invalideneinkommen mittels LSE und ermittelte einen Wert von Fr. 53'481.95 (Urk. 6/168). Auch dies ist nicht zu beanstanden; der erhöhte Pausenbedarf wurde mit der Annahme eines reduzierten Pensums berücksichtigt, so dass kein Abzug vom Tabellenlohn (vgl. dazu BGE 135 V 297 E. 5.2) vorzunehmen ist.

Der Vergleich des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 62'563.-- mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 53'482.-- ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 9'081.-- und damit einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 14.5 %. Selbst bei Gewährung des maximalen Abzugs von 25 % - wofür kein Anlass besteht - würde die Anspruchsschwelle von 40 % (vgl. vorstehend E. 1.2) nicht erreicht: Bei einem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 40'111.50 (Fr. 53'482.-- x 0.75) resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'451.10 und damit ein Invaliditätsgrad von 35.8 %.

### **E. 6.5**

Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdegegnern aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu

nehmen.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetz es über das Sozialversiche rungs gericht ( GSVGer ) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente , 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. 10**

F60.8) Die Behandlung erfolge seit 2 7. August 2014 ( Ziff. 1.2). Eine psychopharmako lo gische Medikation lehne der Beschwerdeführer ab ( Ziff. 1.5). Als Fahrer sei er seit 2 7. August 2014 bis auf weiteres zu 50 % arbeitsfähig ( Ziff. 1.6). Hins ichtlich der Befunde hielt J.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer wechsle alle 10

## **E. 15**

unten). Aus seinen Schilderungen hätten sich keine Hinweise auf Verän de rungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages ergeben (S. 16 oben).

Der Beschwerdeführer klage über Schmerzen und Taubheitsgefühl im rechten Bein. Daneben klage er auch über Reizbarkeit seit einem Fahrradsturz im Jahr 2013, bei dem e r sich eine Kopfverletzung zugezogen habe . Am meisten klage er aber über die angespannte

finanzielle Situation. Er könne die Rechnungen nicht bezahlen, sei pleite, dies belaste ihn. Auch seine Ehefrau leide darunter, mache ihm Vorwürfe wegen der angespannten finanziellen Situation. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei die Stimmung klagsam, herabgesetzt, gelegentlich auch etwas depressiv gewesen. Vor allem die wirtschaftlichen Schwierigkeiten hätten zu den depressiven Verstimmungen beigetragen. Der Beschwerdeführer arbeite aber in einem 50%-Pensum. Er helfe im Haushalt mit, kümmere sich um das Administrative, sei in der Lage, kürzere Strecken mit dem Auto zu fahren. Die Beziehung zu den Familienangehörigen sei im Prinzip gut, die Familie sei aber belastet durch die finanziellen Schwierigkeiten. Der Beschwerdeführer nehme auch die verordneten Antidepressiva nicht regelmässig ein. Diagnostisch handle es sich um eine Dysthymie bei ausgeprägten psychosozialen Belastungen. Der Beschwerdeführer klage zwar über Schmerzen, berichte aber nicht, dass er im Alltag dadurch gross eingeschränkt sei. Es würden auch keine Therapien durchgeführt. Vorbestehende psychosoziale Belastungen bestünden nicht, so dass die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden könne (S.

16). Sowohl angestammt wie angepasst bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Es lägen keine Hinweise darauf vor, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht jemals eingeschränkt gewesen sei (S. 17 oben).

Die von

J. \_\_\_ gestellte Diagnose einer schweren depressiven Störung könne nicht bestätigt werden. Ein schwer depressiver Mensch sei nicht in der Lage, in einem Pensum von 50% zu arbeiten. In der Regel sei ein solcher kaum handlungsfähig, es bestehe eine grosse Hemmung, die betroffene Person leide unter Suizidgedanken und in der Regel müsse auch eine stationäre psychiatrische Behandlung durchgeführt werden. Der Beschwerdeführer arbeite aber in einem 50%-Pensum, helfe daneben im Haushalt mit, sei in der Lage Auto zu fahren und reise zweimal pro Jahr in seine Heimat. Bei der psychiatrischen Untersuchung hätten keine depressiven Symptome festgestellt werden können. Es entspreche auch nicht der klinischen Erfahrung, dass schwer depressive Menschen die Antidepressiva nicht einnehmen, da sie bei zu vernachlässigenden Nebenwirkungen doch sehr von der Wirkung profitieren würden. Der Beschwerdeführer nehme jedoch die verordneten Antidepressiva nicht regelmässig ein (S.

#### **E. 17**

Mitte).

Eine Persönlichkeitsstörung könne ebenfalls nicht diagnostiziert werden. Der Beschwerdeführer habe während mehr als 20 Jahren in der Schweiz im Gastgewerbe gearbeitet und habe dabei keinerlei Schwierigkeiten gehabt. Jetzt sei er enttäuscht von den Versicherungen, von der Gesellschaft, dass er nicht unterstützt werde, dass er finanziell am Limit sei. Er habe aber früher nie paranoide Verhaltensweisen gezeigt. Dass er enttäuscht sei, dass die Versicherungen ihm keine Rente bezahlen würden, sei bei der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung nachvollziehbar. Dies reiche aber nicht, um die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung stellen zu können. Eine solche schränke sowohl die Arbeitsfähigkeit als auch die sozialen Beziehungen ab Eintritt ins Erwachsenenalter massiv ein. Somit könnten die Diagnosen des behandelnden Arztes in keiner Weise nachvollzogen werden (S. 17 unten). 4.2. 4

Der orthopädische Gutachter hielt fest, der Beschwerdeführer habe, als ihm im Wartebereich eine Trinkflasche zu Boden gefallen sei, diese spontan und zügig aufgehoben. Er habe mit Ausnahme eines einmaligen kurzen Aufstehens während einer Dreiviertelstunde ruhig gesessen und sehr gereizt gewirkt. Ununterbrochen habe er über finanzielle Probleme und die nicht ausübbare Tätigkeit als Kellner gesprochen. Das Entkleiden in stehender Position einschliesslich beidseits einge nommen Einbeinstandes sowie Überkopfmanöver gelinge flüssig, zügig und offenbar ohne Einschränkung, nur zum Ausziehen der Socken habe sich der Beschwerdeführer kurz hingesezt (S. 21 Mitte).

Das Gangbild auf der Treppe und auf ebenem Terrain sei mitsamt den geprüften Varianten unauffällig gewesen. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule habe sich die Beweglichkeit thorakal wenig und lumbal mittelgradig eingeschränkt, zervikal aber frei gezeigt, indem die initial verminderte Kopffrotation unter Ablenkung bis in die Endposition gelinge. Auch an den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine freie Beweglichkeit. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen habe bei ausreichender Kooperation problemlos durchgeführt werden können. Auffallend seien völlig diffus angegebene Beschwerden bei Prüfung der rechten unteren Extremität in Rückenlage, während die forcierte Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen ohne jegliche Beschwerdeäusserung toleriert worden sei. Drei von fünf Waddell-Zeichen seien positiv. Die beklagten Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen. Nachvollziehbar sei eine gewisse Minderbelastbarkeit der lumbalen Wirbelsäule bei leichtgradiger Degeneration und Diskopathie, keinesfalls aber die als invalidisierend angegebene Symptomatik. Die deutlichen Inkonsistenzen sowie das anamnestisch fehlende Ansprechen auf konservative Therapiemassnahmen, lang dauernde körperliche Schonung und Arbeitskarenz könnten als klare Hinweise für eine massiv nicht-organische Beschwerdekomponekte angesehen werden (S.

24). 4.2. 5

Die neurologische Begutachtung ergab keine Anhaltspunkte für eine Aggravation (S. 29 oben). Anhaltspunkte für eine relevante akute Wurzelkompression ergäben sich zum aktuellen Zeitpunkt keine (mehr), speziell erwähnenswert sei das Fehlen von Denervationszeichen in der Elektromyographie; die Veränderungen seien chronisch. Der bildgebende Befund sei jedoch eindeutig (S. 30). Beschwerden im Bereich des Nackens seien aktuell nicht relevant beklagt worden, erwähnenswert sei, dass ein MRI dieser Region am 20. März 2014 bis auf die stattgehabten Frakturen keine Auffälligkeit gezeigt habe. Der Beschwerdeführer sei auch anlässlich der aktuellen Befragung gereizt und dysphorisch gewesen, wobei sich im Gespräch keine Anhaltspunkte für kognitive Defizite ergeben hätten. Aufgrund der zur Verfügung stehenden Informationen sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer anlässlich des Unfalls vom 4. September 2013 eine Commotio cerebri / milde traumatische Hirnschädigung erlitten habe. Es bestünden aber keine Hinweise darauf, dass diese Schädigung bezogen auf das Hirn über eine "milde" traumatische Hirnschädigung hinausgegangen sei. Auch seien die Kriterien für ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma nicht erfüllt. Spürbar sei vielmehr eine grosse Frustration, wobei hier nicht "nur" medizinische, sondern auch berufliche und soziale Faktoren mitspielen dürften. Diesbezüglich werde auf das psychiatrische Teilgutachten verwiesen (S. 31). 4.2. 6

In der Konsensualbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass aus neurologischer Sicht als Folge des lumboradikulären Ausfallsyndroms S1 rechts eine reduzierte Arbeitsfähigkeit bestehe. Körperlich schwere und überwiegend mittel schwere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Möglich sei eine körperlich leichte Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10

kg, ohne Zwangshaltungen und mit der Möglichkeit von Positions wechseln. Für eine solche Tätigkeit bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % . Aus orthopädischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit im Service sowie für andere andauernd stehende und gehende sowie permanent mittelschwere und schwere Tätigkeiten eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, wobei das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 15 kg vermieden werden sollte (S. 33). Aus psychiatrischer Sicht bestehe volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit, ebenso aus allgemeinmedizinischer Sicht. Zusammenfassend sei der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Servicemitarbeiter und ebenso für jede andere andauernd gehende und stehende sowie in jeder körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Für körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % . Das Pensum könne vollschichtig, mit erhöhtem Pausenbedarf, umgesetzt werden (S. 34 oben).

Diese Einschätzung gelte spätestens seit dem 9. Januar 2012. Seither dürfte für angepasste Tätigkeiten keine länger dauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden haben, als aktuell festgestellt (S. 34 Mitte). 4.3

Dr. I. \_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, RAD, hielt am 9. Februar 2017 ( Urk. 6/169 /3-5 ) gestützt auf das Gutachten fest, es bestehe in Bezug auf die angestammte Tätigkeit als Servicefachangestellter bei Erkrankungen der Lendenwirbelsäule eine verminderte Belastbarkeit für: regelmässiges mittel schweres und schweres Heben, Tragen und Transportieren von Lasten, für Arbeiten mit Überstreckbelastung der Wirbelsäule über Kopf- und Schulterhöhe, auf Leitern und Gerüsten, für ausschliesslich stehende Tätigkeiten, für häufiges Bücken und Arbeiten in vorgeneigten Körperpositionen sowie für Tätigkeiten in körperlichen Zwangshaltungen. Das zumutbare Belastungsprofil umfasse leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Zwangshaltungen und mit der Möglichkeit von Positions wechseln. Solche Tätigkeiten seien zu 80 % zumutbar ( Urk. 6/169/2 ) . 5. 5.1

Zu der seit langem bestehenden Diskushernie auf Höhe L5/S1 trat infolge des am 4. September 2013 erlittenen Unfalls eine Kopfverletzung sowie eine Verletzung der Halswirbelkörper hinzu (vgl. vorstehend E. 3.1, 3.2). Die verhaltensneurologische Abklärung ergab eine sprachlich betonte Lern- und Gedächtnisschwäche sowie eine Verminderung der kognitiven Flexibilität , was entweder unfallbedingt oder Ausdruck einer depressiven Stimmungslage sei (vorstehend E. 3.4). Etwas mehr als ein Jahr nach dem Unfall war kein sicherer Nachweis von posttraumatischen oder degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule mehr möglich (vorstehend E. 3.6). Kreisarzt Dr. H. \_\_\_\_ stellte im September 2014 objektiv eine leichte Einschränkung der HWS-Beweglichkeit, eine Einschränkung der LWS Beweglichkeit, eine muskuläre Hypothrophie der rechten unteren Extremität, muskuläre Verspannungen lumbal, im Bereich des thorakolumbalen Übergangs und weniger ausgeprägt auch in der Nackenmuskulatur sowie einen Ausfall des

Achillessehnenreflexes rechts fest. Bezüglich der Bandscheibenveränderungen habe sich durch den Unfall keine Veränderung zum Vorzustand ergeben; die Diskushernien in der Hals- und Lendenwirbelsäule hätten keine richtunggebende Verschlimmerung erfahren (vorstehend E. 3.5). Die neurologische Untersuchung ergab ein chronisches lumboradikuläres

Reiz- und sensibles Ausfallssyndrom S1 rechts bei Diskushernie L5/S1. Eine antidepressive Therapie habe der Beschwerdeführer abgelehnt (vorstehend E. 3.6). Dr. H. \_\_\_ ging sodann von keiner somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit mehr aus; neurologisch war im Wesentlichen die Sensibilitätsstörung frontotemporal links feststellbar (vorstehend E. 3.7). Dr. I. \_\_\_ erachtete dementsprechend eine leichte angepasste wechselnde Tätigkeit wie diejenige als Chauffeur ohne Verharren in Zwangshaltungen und ohne Bewegen von Lasten über 10 kg ab November 2014 für zumutbar (vorstehend E. 3.8). 5.2

Im Vergleich dazu ging J. \_\_\_ neu von einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome sowie einer Persönlichkeitsstörung mit rigiden und misstrauischen Wesenszügen sowie ausgeprägter Neigung zu Opferhaltung und Schuldzuweisung aus und erachtete den Beschwerdeführer seit August 2014 als Fahrer zu 50 % arbeitsfähig (vorstehend E. 4.1). Dieser Einschätzung kann aus verschiedenen Gründen nicht gefolgt werden. Insbesondere ist J. \_\_\_ praktischer Arzt und kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind jedoch grundsätzlich psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Die Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit erging somit nicht gestützt auf eine fachärztlich qualifizierte Beurteilung; zudem ver säum te es J. \_\_\_ , Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu machen . Aus der Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters des B. \_\_\_ ergibt sich sodann in nachvollziehbarer Weise , w eshalb die Beurteilung durch J. \_\_\_ nicht beweiswertig ist (dazu nachfolgend E. 5.4). 5.3

Das polydisziplinäre Gutachten des B. \_\_\_ (vorstehend E. 4.2) erging gestützt auf die Akten, die Erhebung der vollständigen Anamnese und die Durchführung der notwendigen Untersuchungen. Darin wurden die beklagten Beschwerden berücksichtigt und die Ergebnisse der Untersuchungen umfassend gewürdigt, ebenso wurde Stellung zu den früheren Arztberichten genommen. Das Gutachten genügt somit den beweisrechtlichen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.5), wes halb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

Darin diagnostizierten die Gutachter ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, welches Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe. Dabei wurde die bereits bekannte Diskushernie L5/S1 berücksichtigt, zusätzlich wurden weitere Diskushernien auf Höhe LWK 3/4/5 sowie eine leichtgradige Spondylarthrose auf Höhe LWK 3/4/5/S1 festgestellt. Unverändert besteht die radikuläre Reiz- und sensomotorische Ausfallsymptomatik der Wurzel S1 rechts bei medio-rechtslateraler Diskushernie (vgl. vorstehend E. 4.2.1). Somit bestehen im Wesentlichen unveränderte Diagnosen hinsichtlich der Lendenwirbelsäule, wobei zusätzlich eine

Spondylarthrose

festgestellt wurde. Wie bereits anlässlich der Prüfung im April 2015 kam dem Status nach erlittenem Unfall keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr zu, und in psychischer Hinsicht wurde einzig eine Dysthymie festgestellt, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. 5.4

Diese Beurteilung wird durch genaue Begründung untermauert. So besteht mangels relevanter Diagnosen aus allgemeininternistischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.2. 2).

Die psychiatrische Begutachtung ergab, dass der Beschwerdeführer insbesondere unter seinen somatischen Beschwerden leidet, jedoch psychisch nicht relevant eingeschränkt ist. So wurde auch bei gelegentlicher leichtgradiger Depressivität eine lebhaft psychomotorik und ein unverminderter Antrieb festgestellt, weiter habe der Beschwerdeführer während der ganzen Untersuchung keine Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistung seien intakt gewesen und es hätten sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages ergeben. Es bestand ein erheblicher Einfluss von psychosozialen Faktoren, indem der Beschwerdeführer am meisten über seine angespannte finanzielle Situation klagte. Der Gutachter hielt fest, dass vor allem die wirtschaftlichen Schwierigkeiten zu den depressiven Verstimmungen beigetragen hätten, weshalb er eine Dysthymie bei ausgeprägten psychosozialen Belastungen diagnostizierte. Dass der Beschwerdeführer weder eine Psychotherapie wahrnimmt noch Antidepressiva einnimmt, lässt auf geringen Leidensdruck aufgrund der psychischen Beeinträchtigung schließen. Eine Persönlichkeitsstörung schloss der psychiatrische Gutachter weiter aus, da eine solche bislang nie zutage getreten war. Dass der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, ist somit schlüssig.

Ebenfalls nachvollziehbar begründet wurde, warum - nebst dem Umstand der fehlenden fachlichen Qualifikation - der Einschätzung durch J. \_\_\_ nicht gefolgt werden kann: Eine Arbeitstätigkeit von 50 % lässt sich mit einer schweren Depression nicht vereinbaren, ebenso wenig wie die Aktivitäten des Beschwerdeführers (Mithilfe im Haushalt, Autofahren, anstrengende Reisen per Bahn und Bus nach Bosnien). Depressive Symptome konnten nicht festgestellt werden. 5.5

Die orthopädische Begutachtung ergab ein differenziertes Bild der Fähigkeiten des Beschwerdeführers, welcher beim Entkleiden keine Einschränkungen zeigte. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Liegen und Sitzen habe problemlos durchgeführt werden können. Die Wirbelsäule sei thorakal wenig und lumbal mittelgradig eingeschränkt gewesen. Dabei bestanden Inkonsistenzen, indem bei Prüfung der rechten unteren Extremität in Rückenlage völlig diffuse Beschwerden angegeben worden seien, während die forcierte Vornahme derselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen ohne jegliche Beschwerdeäußerung toleriert worden sei. Drei von fünf Waddell-Zeichen seien positiv gewesen. Der Gutachter hielt fest, dass sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen

liessen. Zwar sei

eine gewisse Minderbelastbarkeit der lumbalen Wirbelsäule bei leichtgradiger Degeneration und Diskopathie nachvollziehbar, keinesfalls aber die als invalidisierend angegebene Symptomatik. Die deutlichen Inkonsistenzen sowie das anamnestisch fehlende Ansprechen

auf konservative Therapiemassnahmen, die langdauernde körperliche Schonung und Arbeitskarenz könnten als klare Hinweise für eine massiv nicht-organische Beschwerdekomponekte angesehen werden (vorstehend E. 4.2. 4 ).

Die neurologische Begutachtung ergab sodann aktuell keine Anhaltspunkte für eine relevante akute Wurzelkompression. Kognitive Folgen der Kopfverletzung waren nicht (mehr) feststellbar, hingegen eine grosse Frustration (vorstehend E.

4.2. 5 ) . 5.6

In Berücksichtigung dieser Ergebnisse ist die Einschätzung einer 80%igen Restarbeitsfähigkeit schlüssig und trägt den durch das chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom verursachten Einschränkungen angemessen Rechnung. Gestützt auf das B.\_\_\_\_ -Gutachten ist somit von einer leichten Verschlechterung in dem Sinne auszugehen, dass aufgrund der neu festgestellten Diskushernien und der Spondylarthrose

die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit um 20 % reduziert ist. Die angestammte Tätigkeit als Servicefachangestellter ist weiterhin nicht mehr zumutbar.

Aus dem im Beschwerdeverfahren eingereichten Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Dr. K.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin ( Urk. 3/2), lässt sich nichts Entscheidendes ableiten, handelt es sich doch dabei nicht um einen Arztbericht im Rechtssinn (vgl. vorstehend E. 1.5). 5.7

Hinsichtlich der psychiatrischen Diagnose der Dysthymie - die von den Gutachtern als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt wurde - ist der Vollständigkeit halber Folgendes festzuhalten: Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung - fest, dass eine invalidenversicherung rechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszu-schliessen sei (E.

5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es - unter Berücksichtigung leistungs hindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E.

4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Eine Dysthymie ist nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10

enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kann dies rechtsprechungsgemäss wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein betrachtet nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich. Diese Schlussfolgerung, die sich auf medizinische Empirie abstützt und damit eine Rechtsfrage darstellt, ist freilich nicht absolut zu setzen; eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_623/2013 vom 11. März 2014 und 9C\_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2, je mit Hinweisen). Diese Grundsätze wurden durch die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nicht relativiert (Urteil des Bundesgerichts 9C\_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2 mit Hinweis; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_162/2015 vom 30. September 2015 E. 3.3.3). 5.8

Eine Persönlichkeitsstörung ist nach dem Gesagten nicht ausgewiesen. Die Prüfung der Standardindikatoren ist vorliegend jedoch nicht notwendig: Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegen teiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

Vorliegend wurde eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nachvollziehbar verneint und es liegt keine gegenteilige fachärztliche Einschätzung vor. Zudem wurde lediglich eine Dysthymie und keine leichtgradige depressive Störung diagnostiziert. Eine relevante Komorbidität ist nicht anzunehmen, viel mehr haben vor allem die wirtschaftlichen Schwierigkeiten zur psychischen Symptomatik beigetragen. 6.

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