

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00089 vom 9. August 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00089](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00089)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00089 du 9 août 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00089 del 9 agosto 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1958, meldete sich unter Hinweis auf Schmerzen im Bereich des Rückens, des Kopfes und der Knie

am 19. Januar 2015 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte bei M. Y.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 18. Januar 2016 erstattet wurde (Urk.

7/27/2-29). Nach ergangenem Vorbescheid (Urk. 7/31; vgl. auch Urk. 7/32+37) sowie eingeholter Stellungnahme der Y.\_\_\_\_-Gutachter (Urk. 7/46), veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung beim Y.\_\_\_\_ (Verlaufsgutachten vom 8. September 2017, Urk. 7/77/2-35). Dazu nahm der Versicherte am 16. Oktober 2017 Stellung (Urk. 7/79). Mit Verfügung vom 11. Dezember 2017 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 11 % (Urk. 7/84 = Urk.

2)

#### **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**

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.

### **E. 1.3**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2 017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.5**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 23. Januar 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 11. Dezember 2017 (Urk.

2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm

eine Rente zuzusprechen, eventuell sei ein Gerichtsgutachten zu erstellen. In pro zessualer Hinsicht ersuchte der Versicherte um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung durch Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler (Urk. 1 S. 2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Februar 2018 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 1. März 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, gestützt auf das Y.\_\_\_\_-Verlaufsgutachten sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in ange passter Tätigkeit ausgewiesen. Aufgrund der herangezogenen Tabellenlöhne so wie unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % resultiere ein Invaliditätsgrad von 11 % (Urk. 2 Abklärungsergebnis).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 18. Januar 2016 sowie das Verlaufsgutachten vom 8. September 2017 litten an erheblichen Mängeln, weshalb diese nicht als Beweismittel verwertbar seien. Aus den Berichten der behandelnden Ärzte ergebe sich, dass der Beschwerdeführer somatisch nur noch zu 50 % und psychiatrisch gar nicht mehr arbeitsfähig sei. Sodann sei der gewährte leidensbedingte Abzug unverhältnismässig tief (S. 10 Ziff. 22).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneinte. 3. 3.1

Vom 5. bis 20. Januar 2015 war der Beschwerdeführer im Z.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, hospitalisiert (vgl. Austrittsbericht vom 21. Januar 2015, Urk. 7/8). Im Bericht vom 26. Februar 2015 (Urk. 7/7) führten die Ärzte des Z.\_\_\_\_ aus, es habe eine Fehlform bei Hyperkyphose der Brustwirbelsäule (BWS), eine muskuläre Dysbalance und eine segmentale Dysfunktion der Halswirbelsäule (HWS) festgestellt werden können. Sensomotorische Defizite bestünden nicht (Ziff. 1.4 «ärztlicher Befund»). Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

genannt (Ziff. 1.1): - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom; Differentialdiagnose (DD): lumbospondylogenes Reizsyndrom S1 links - zervikospondylogenes Schmerzsyndrom - Karpaltunnelsyndrom beidseits - symptomatische mediale Gonarthrose beidseits - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe der diagnostizierte Diabetes mellitus Typ 2.

Körperliche Tätigkeiten mit Heben schwerer Lasten seien nicht zumutbar, da diese die Problematik des lumbo- und zervikospondylogenen Schmerzsyndroms verstärken würden. Eine leidensangepasste, wechselbelastende Tätigkeit ohne mittelschwere oder schwere körperliche Belastung sei aktuell zu 50 % möglich (Ziff. 1.7).

Aus psychiatrischer Sicht würden psychosoziale Belastungsfaktoren zur Aufrechterhaltung der Schmerzsymptomatik beziehungsweise zu einer defizitären Schmerzverarbeitung beitragen (vgl. Bericht zum Konsilium Psychiatrie/Psychotherapie vom 8. Januar 2015, Urk. 7/12 S. 2 «Beurteilung»). 3.2

Der Beschwerdeführer stellt sich Ende Februar 2015 bei Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vor (Bericht vom 26. März 2015, Urk. 7/9). Dr. A.\_\_\_\_ diagnostizierte Folgendes (Ziff. 1.1): - chronische Lumbalgien mit Ausstrahlung ins linke Bein - Karpaltunnelsyndrom, rechts stärker als links - benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel wahrscheinlich - Spannungskopfschmerzen

Angaben

zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit könne er keine machen, so

Dr. A.\_\_\_\_, da er den Beschwerdeführer nur konsiliarisch untersucht und zudem zum letzten Mal zirka vor einem halben Jahr gesehen habe (Ziff. 1.6). 3.3

Im April und Juni 2015 stellte sich der Beschwerdeführer wiederum bei Dr. A.\_\_\_\_ vor aufgrund der zunehmenden Kopfschmerzproblematik (vgl. diverse Krankengeschichten-Einträge, Urk. 7/14/2-3, sowie Berichte vom 16. April 2015, Urk. 7/14/4-7). Im Eintrag vom 2. Juli 2015 führt Dr. A.\_\_\_\_ aus, es seien insgesamt zu wenige Hinweise für eine paroxysmale Hemikranie vorhanden, weshalb an einen neuralgiformen Schmerz gedacht werden müsse. Ob dieser trigeminal bedingt sei oder im Zusammenhang mit der früheren Narbe im tempoparietalen Bereich stehe, müsse letztlich offenbleiben. Der Beschwerdeführer sei stark gestört. Darum werde ein Versuch mit Oxcarbazepin durchgeführt

(Urk. 7/14/2 «Beurteilung und Procedere»). 3.4

Am 18. Januar 2016 wurde das polydisziplinäre Gutachten durch Ärzte des Y.\_\_\_\_ erstattet (Y.\_\_\_\_-Gutachten, Urk. 7/27/2-29). Zum aktuellen Leiden habe der Beschwerdeführer angegeben, er leide seit Jahren an Rücken-, beidseitigen Knie- und Schulterschmerzen, linksseitigen Fersen- und rechtsseitigen OSG (oberes Sprunggelenk)-Schmerzen wie auch an Arm- und Handschmerzen beidseits, wo bei es intermittierend zu Hyp-/Parästhesien Digitalis (Dig.) I bis III links und Dig. I bis V rechts kommen würde. Seit vier Jahren leide er unter zunehmenden Rückenschmerzen mit Schmerzausstrahlung bis in den linken Fuß. 1979 habe er bei einem Selbstunfall mit dem Motorrad ohne Helm ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT) erlitten. Seitdem leide er unter links hemisphärischen Kopfschmerzen, welche schlagartig zwei bis drei Mal pro Woche während einer Dauer von ein bis zwei Minuten auftreten würden, gelegentlich verbunden mit Nausea (S. 7 Ziff. 3.1.1).

Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter die folgenden (S. 25 Ziff. 5.1): - chronische Knieschmerzen unter linksseitiger Betonung - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - chronische Nacken-, Schulter-, Arm- und Handbeschwerden der dominanten rechten Seite

Folgende Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26 Ziff. 5.2): - Diabetes mellitus Typ 2 - Adipositas - Dysthymie (ICD-10 F34.1) - Zustand nach Schädelhirntrauma (SHT)

1989 (richtig wohl 1979; vgl. S. 7 Ziff. 3.1.1 Mitte, vgl. auch Urk. 7/77/11 oben) mit wahrscheinlich epiduraler Blutung und linksfrontalen Kontusionsherden ohne persistierendes Defizit - anamnestic Zustand nach benignem paroxysmalen Lagerungsschwindel - beidseitiges leichtes Karpaltunnelsyndrom - Verdacht auf multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom bei Zustand nach SHT, differentialdiagnostisch Narben- oder Spannungskopfschmerzen Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der

aktuellen Befunde bei etwas phlegmatisch resignativer Stimmungslage, Vereinsamungstendenz und Gedankenkreisen in Form einer Einschlafstörung die Diagnose einer Dysthymie gestellt werden (S. 14 Ziff. 4.1.3.5). Die im psychiatrischen Konsiliarbericht des Z. \_\_\_ vom 8. Januar 2015 gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren könne aufgrund der Vorgeschichte sowie der aktuellen Befunderhebung nicht bestätigt werden (S. 15 Ziff. 4.1.6). Aus orthopädischer Sicht sei festzuhalten, dass angesichts der dokumentierten geringen klinischen Befunde am Bewegungsapparat eine hochgradige Arbeitsunfähigkeit selbst für körperlich leichte Verweistätigkeiten nicht nachvollziehbar sei. Unter Berücksichtigung der Knieproblematik sollten jedoch mittelschwere Verrichtungen nicht mehr zugemutet werden. In früheren Berichten aus dem Jahr 2012 sei über Verdeutlichungsverhalten oder sogar Aggravation berichtet worden. Im Bereich des Rückens seien geringe radiologische Befunde vorhanden. Das fehlende Ansprechen auf eine Infiltration S1 links sowie die Durchführung eines ENMG, welches keine neurogenen Veränderungen ergeben habe, spreche dafür, dass die Symptomatik am linken Bein am ehesten als pseudoradikulär zu interpretieren sei, so die Ärzte des Z. \_\_\_ (S. 20 f. Ziff. 4.2.8). Aus polydisziplinärer Sicht bestehe aufgrund von chronischen Schmerzen eine volle Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit am B. \_\_\_ wie auch für andere körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten. Dagegen bestehe für eine körperlich leichte, adaptierte Tätigkeit unter Wechselbelastung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Dabei solle das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, das häufige Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund sowie der repetitive Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb des Schulterniveaus vermieden werden (S. 26 f. Ziff. 6.2). Dies gelte retrospektiv ab dem 22. Juni 2012 (S. 27 Ziff. 6.3). 3.5

Im Bericht vom 24. April 2016 (Urk. 7/35) führte Dr. A. \_\_\_ aus, es komme immer wieder zu Attacken von stechenden neuralgiformen Schmerzen frontotemporal links. Die Ursache der Schmerzen sei bis jetzt unklar und die bisherigen Behandlungsversuche seien gescheitert (S. 1). Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit betrage etwa 50 %. Diese setze sich aus den chronischen Lumbalgien und aus den chronischen paroxysmal auftretenden neuralgiformen Kopfschmerzen zusammen. Dies gelte nur für wechselbelastende (sitzende/stehende) Tätigkeiten, in welchen der Beschwerdeführer flexibel eingesetzt werden könne (Kopfschmerzattacken; S. 2). 3.6

Am 30. Juni 2016 stellte sich der Beschwerdeführer in der Rheumatologischen Klinik des Z. \_\_\_ vor (Bericht vom 22. Juli 2016, Urk. 7/41/1-5; siehe auch Urk. 7/41/6-9). Der Beschwerdeführer leide unter einem chronischen zervikoradikulärem Schmerzsyndrom C6/7 aktuell mit sensomotorischem Ausfall C6 rechts sowie einem lumboradikulärem Schmerzsyndrom mit sensomotorischem Ausfall L5 links. Ebenfalls bestehe eine symptomatische mediale Gonarthrose beidseits, links mit einem komplizierten Meniskusriss, sowie ein symptomatisches Karpaltunnelsyndrom beidseits mit Indikation einer operativen Dekompression. Neben befundlich sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert worden; zusätzlich sei ein Diabetes mellitus bekannt. Aufgrund der zervikoradikulären beziehungsweise lumboradikulären Beschwerden lägen Funktionseinschränkungen bei Bewegung des Rückens vor und es bestünde eine reduzierte Belastbarkeit für das Tragen und Heben von Lasten über 5 kg. Sodann liege eine strukturelle Ermüdung beim Sitzen und Stehen vor. Wegen des Karpaltunnelsyndroms sei die Feinmotorik, Handkraft, Handfunktion sowie das Tragen von

Lasten zusätzlich eingeschränkt . Aufgrund der Gonarthrose sei die Gehfähigkeit, die Belastbarkeit beim Sitzen und Stehen und das Tragen von Lasten reduziert

(Ziff. 1.7; vgl. auch Ziff. 1.1). In einer leidensangepassten, wechsel belastenden Tätigkeit (mit weiteren genannten Einschränkungen) sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zumutbar ( S. 4 oben ).

3.7

Am 21. September 2016 (Urk. 7/42) erstattete Dr. med.

C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Bericht über die im Januar 2016 begonnene Behandlung (Ziff. 1.2). Seit Januar 2016 habe sich unter mehrfachen Medikationsanpassungen nur ansatzweise eine Stabilisierung des depressiven Syndroms erzielen lassen. Die Schlafmedikation mit schlafregulierenden Eigenschaften habe erste Verbesserungen herbeiführen können. Der Beschwerdeführer leide nach wie vor unter depressiven Verstimmungen, der Antrieb sei im Wesentlichen unverändert. Der Gesamtzustand sei kaum gelindert (Ziff. 1.4 «Prognose»). Dr. C.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - prolongierte mittelgradige depressive Störung mit somatischem Symptom (ICD-10 F32.11) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei so zu beurteilen, dass sie sicherlich keiner verwertbaren und existenzsichernden Arbeit zugeführt werden könne - zumindest in den nächsten Monaten. Ob dies darüber hinaus jeweils wieder möglich sein könne, sei zum aktuellen Zeitpunkt nicht abschätzbar (Ziff. 1.8). 3.8

Die Ärzte der D.\_\_\_\_

bestätigten mit Bericht vom 14. Oktober 2016 aufgrund der durchgeführten Untersuchung und der Bildgebung eine medialbetonte Gonarthrose beidseits und stellten den Verdacht auf eine Retropatellararthrose. Des Weiteren liege eine bekannte Meniskusläsion medialseitig im Bereich des linken Kniegelenkes vor. Dies sei mit den Beschwerden des Beschwerdeführers vereinbar (Urk. 7/54/6 unten). 3.9

Am 15. November 2016 nahmen die Y.\_\_\_\_-Gutachter zur vom Beschwerdeführer im Rahmen des Vorbescheidverfahrens vorgebrachten Kritik (vgl. Urk. 7/37) so wie zu den neuen medizinischen Akten Stellung . Insgesamt hielten die Gutachter fest, dass aus den neu zugestellten Arztberichten keinerlei objektive Faktoren hervorgingen, welche gegen die von ihnen attestierte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sprechen würden (Urk. 7/46). 3.10

Am 8. September 2017 wurde das Verlaufsgutachten durch Ärzte des Y.\_\_\_\_ erstattet (Urk. 7/77/2-35 ). Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30 Ziff. 5.1): - Belastungsdefizit linkes Kniegelenk - Belastungsdefizit rechtes Kniegelenk - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont - chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten die nachfolgenden Diagnosen (Ziff. 5.2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F35.41) - Diabetes mellitus Typ 2 - Adipositas - Zustand nach Schädel-Hirntrauma 1989 (richtig wohl 1979; vgl. S. 10 oben sowie Urk. 7/27/

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Der Beschwerdeführer ersuchte um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie der unentgeltlichen Rechtsvertretung durch Rechtsanwalt Peter Stadler, Zürich (Urk. 1 S. 2).

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann, eine Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ausgewiesen ist (Urk. 3, so wie Telefonnotiz vom 9. Juli 2019, Urk. 10) , und zudem die anwaltliche Verbeiständung notwendig ist, ist Rechtsanwalt Peter Stadler , Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter des Beschwerdeführers zu bestellen.

### **E. 6.2**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen 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. 8 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzugewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind die Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

### **E. 6.3**

Mit Honorarnote vom 5. Dezember 2018 (Urk. 9) machte Rechtsanwalt Peter Stadler einen Aufwand von insgesamt 16.25 Stunden und Barauslagen von pauschal 3 % des Honorars (zuzüglich Mehrwertsteuer) geltend.

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Ob siegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht ( GebV

SVGer ) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

Der geltend gemachte Aufwand von 1

### **E. 6.4**

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 23. Januar 2018 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihm Rechtsanwalt Peter Stadler, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das

vorliegende Verfahren bestellt. Sodann erkennt das Gericht: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler, Zürich, wird mit Fr. 2'502.- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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  
Fonti

## **E. 6.25**

Stunden ist der Bedeutung der Streit Sache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen, zumal Rechtsanwalt Peter Stadler den Beschwerdeführer schon im Verwaltungsverfahren vertrat und die Akten somit bekannt waren. Als überhöht erscheint insbesondere der geltend gemachte Aufwand von insgesamt

720 Minuten, was 12 Stunden entspricht, für das Verfassen der Beschwerdeschrift. Die Beschwerdeschrift entspricht denn auch teilweise den Vorbringen im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (vgl. Stellungnahme vom 16. Oktober 2017, Urk. 7/79).

Angemessen erscheint ein Aufwand für das Verfassen der Beschwerde von sechs Stunden, womit der geltend gemachte Aufwand um sechs Stunden zu kürzen ist. Dem entsprechend beträgt der zeitliche Aufwand ab 1. Januar 2018 insgesamt 9.25 Stunden, was beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich MWSt) Fr. 2'035.-- ergibt. Unter Berücksichtigung der Spesen im Umfang von 3% (Fr. 61.05) und der MWSt von 7.7% ergibt sich ein Betrag von Fr. 2'257.45. Dazu sind die Aufwendungen bis 31. Dezember 2017 zu addieren. Dementsprechend ist die Entschädigung von Rechtsanwalt Peter Stadler auf Fr. 2'502.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und aus der Gerichtskasse zu bezahlen.

## E. 8

Ziff. 3.1.1 Mitte ) mit wahrscheinlich Zustand nach epiduraler Blutung und linksfrontalen Kontusionsherden ohne persistierendes Defizit

Aus rheumatologischer Sicht bestünden aufgrund der Belastungsdefizite beider Kniegelenke sowie der Schmerzsyndrom-Problematik für körperlich schwere und überwiegend mittelschwere, ausschliesslich stehende und gehende Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten liege auch rheumatologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit vor. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Taxifahrer entspreche dem positiven Leistungsbild und sei dem Beschwerdeführer vollschichtig zumutbar.

Aus neurologischer Sicht fänden sich lediglich qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund der anamnestic attackenförmig auftretenden Kopfschmerzen. Sturz- oder verletzungsgefährdende Tätigkeiten seien somit für den Beschwerdeführer nicht geeignet. Ansonsten bestehe aus neurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit.

Aus allgemeininternistischer Sicht seien aufgrund des Diabetes mellitus fremd- oder selbstgefährdende Tätigkeiten nicht geeignet.

Aus psychiatrischer Sicht sei zu bemerken, dass die depressive Störung sehr geringgradig ausgeprägt sei und den Beschwerdeführer im Alltag und im Umgang mit seinen somatischen Beschwerden kaum einschränke.

Insgesamt könne aus polydisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in sämtlichen körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden, nicht selbst- oder fremdgefährdenden Tätigkeiten festgestellt werden (S. 32 oben).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der erhobenen Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass analog zur letzten Einschätzung vom 18. Januar 2016 eine bleibende Arbeitsunfähigkeit in körperlich mittelschwer bis schwer belastenden Tätigkeiten seit dem 22. Juni 2012 angenommen werden könne. Eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit in körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten in der Vergangenheit könne retrospektiv gesehen aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollzogen werden (S. 32 Ziff. 6.3).

In Auseinandersetzung mit früheren Berichten zeigten sich aus rheumatologischer Sicht Divergenzen zum Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2016 (vgl. vorstehend E. 3.6): Anhand der objektivierbaren Befunde sei die von den Ärzten des Z.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsfähigkeit als deutlich zu niedrig anzusehen. Bei der dortigen Untersuchung sei der Bizepssehnenreflex rechts nicht auslösbar gewesen. Zusätzlich habe sich eine leichte Abschwächung des Grosszehensenkens links gefunden. Beides habe sich nun bei der aktuellen Untersuchung nicht mehr feststellen lassen. Objektivierbar seien aktuell lediglich leichtgradige, altersentsprechende degenerative Veränderungen im Wirbelsäulenbereich und im Bereich der Kniegelenke beidseits, die keine derartig gravierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen würden (S. 25 Mitte) . Im Vergleich zur Vorbegutachtung, bei welcher sich deutliche Hinweise für eine psychische Überlagerung ergeben hätten und seitens des rheumatologischen Vorgutachters ein Verdacht auf eine Schmerzausweitung geäußert worden sei, sei die damals attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte,

überwiegend sitzende Tätigkeiten aus aktueller Sicht zu niedrig anzusehen. Bei lediglich altersentsprechenden degenerativen Veränderungen sowohl im Bereich der Kniegelenke wie auch der Wirbelsäule seien dem Beschwerdeführer auch mittelschwere Tätigkeiten zumutbar. Aus demselben Grund - nur altersentsprechend degenerative Veränderungen - sei entgegen der Empfehlung der Ärzte der D.\_\_\_\_ eine Knie-Prothese nicht indiziert (S. 25 f.).

Der psychiatrische Gutachter führte aus, entgegen der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ sei die Schmerzstörung sehr geringgradig ausgeprägt. Trotz der Klagen über seine Schmerzen gestalte der Beschwerdeführer seinen Alltag relativ aktiv, unternehme Spaziergänge, beschäftige sich während Stunden mit seinem Laptop und pflege soziale Kontakte. All dies seien Hinweise dafür, dass er nicht länger an einer mittelgradigen depressiven Störung leide (S. 16 f. Ziff. 4.1.7). 4. 4.1

Das Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 8. September 2017 (vorstehend E. 3.

## **E. 10**

so wie Urk. 7/77/30 oben). Aus somatischer Sicht machten

die behandelnden Ärzte (vgl. vorstehend E. 3.5-3.6, E. 3.8) keine objektiv fassbaren Aspekte namhaft, welche den Y.\_\_\_\_ -Gutachtern entgangen waren oder mit denen sie sich nicht befasst hatten. Im Übrigen erklärt sich der abweichende Standpunkt wohl auch mit dem Unterschied zwischen medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag. Die von den behandelnden Ärzten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % ist auch aufgrund der Erfahrungstatsache zu relativieren, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 4.4 4.4.1

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Y.\_\_\_\_ -Gutachter seien befangen gewesen, zumal bereits das erste Gutachten vom Januar 2016 durch Y.\_\_\_\_ -Ärzte erstattet und dieses bereits vom Beschwerdeführer beanstandet worden sei, wes halb eine Bestätigung beziehungsweise ein Rechtfertigungsversuch des ersten Gutachtens zu erwarten gewesen sei (Urk. 1 S. 15 Ziff. 28), kann dem nicht gefolgt werden. Vom Beschwerdeführer wurden weder konkrete Anhaltspunkte vor gebracht, welche seine Befürchtung, die Y.\_\_\_\_ -Gutachter seien im Rahmen der zweiten (Verlaufs-)Begutachtung befangen gewesen, stützen würden, noch sind solche im Gutachten vom September 2017 ersichtlich. Die zweite Begutachtung wurde schliesslich auch als Verlaufsgutachten angeordnet zur Klärung der Frage, ob sich seit der ersten Begutachtung eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben habe (vgl. Urk. 7/51/3). Insbesondere verfängt auch die vom Beschwerdeführer hervorgebrachte Kritik am ersten Gutachten nicht.

So beanstandete der Beschwerdeführer hinsichtlich dem ersten Y.\_\_\_\_ -Gutachten, es hätten eine rheumatologische anstatt einer orthopädischen (Teil-)Begutachtung durchgeführt werden müssen (Urk. 1 S. 11 Ziff. 24 Mitte). Diesbezüglich kann ihm nicht gefolgt werden. Die Orthopädie und die Rheumatologie sind einander verwandte Fachgebiete, die sich zu einem gewichtigen Teil überschneiden und ergänzen. Weshalb nur ein Rheumatologe und nicht auch ein Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates die Beschwerden des Beschwerdeführers beurteilen können soll, ist nicht nachvollziehbar, bilden doch (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates Gegenstand sowohl der Rheumatologie als auch der Orthopädie (Urteile des Bundesgerichts 9C\_270/2012 vom 23. Mai 2012 E. 4.2; 9C\_547/2010 vom 26. Januar 2011 E. 4.1; 9C\_203/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1).

Sodann hat sich auch der in der ersten Begutachtung involvierte psychiatrische Gutachter an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten (vgl. Urk. 7/27/13-15 Ziff. 4.1.3) und die vorhandenen fachärztlichen Berichte miteinbezogen und davon abweichende Einschätzungen medizinisch begründet (vgl. Urk. 7/27/16 Ziff. 4.1.6, Urk. 7/46/1-2).

Insgesamt sind aus materieller Sicht keine Anhaltspunkte ersichtlich, welche die Beurteilung der Y.\_\_\_\_-Gutachter in Frage stellen würden. 4.4.2

Mit Blick auf einen vom Sozialversicherungsträger im Sinne von Art. 44 ATSG vorgesehenen oder beauftragten medizinischen Gutachter können nur formelle Ausschluss- oder Ablehnungsgründe Thema eines Ablehnungsgesuches bilden, wie sie beispielsweise in Art. 10 des

Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG) und Art. 36 ATSG festgehalten sind. Die Ausstandsgründe nach Art. 36 ATSG stimmen mit denjenigen nach Art. 10 VwVG überein (SVR 2007 IV Nr. 22 E. 2.2.3, I 478/04). Dazu gehören ein persönliches Interesse an der zu beurteilenden Sache, aber auch die enge verwandtschaftliche oder freundschaftliche Verbundenheit mit einer Partei oder andere Gründe von ähnlichem Gewicht (Urteil des Bundesgerichts U 31/07 vom 7. Dezember 2007 E. 6.1). Weder sind gestützt auf die vorliegenden Akten solche Ausschlussgründe ersichtlich, noch brachte der Beschwerdeführer taugliche Ausschluss- oder Ablehnungsgründe vor (vgl. Urk. 1 S. 16 Ziff. 30). 4.5

Nach dem Gesagten ist auf das beweiskräftige Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 8. September 2017 abzustellen, sowohl hinsichtlich der gestellten Diagnosen als auch der attestierten Arbeitsfähigkeit. Letztere bezifferten die Gutachter in leidensangepasster leichter körperlicher Tätigkeit mit 100%. Soweit der Beschwerdeführer verlangt, es seien weitere Abklärungen durchzuführen, kann darauf in antizipiert er Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 127 V 491 E. 1b). Der Gesundheitszustand und insbesondere die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt.

5.

Die Beschwerdegegnerin nahm einen Einkommensvergleich gestützt auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) vor, wobei sie - zu Recht - sowohl beim Valideneinkommen wie auch beim Invalideneinkommen auf den statistischen Lohn für Hilfsarbeiten abstellte (vgl. Urk. 2 «Abklärungsergebnis»). Der vorgenommene Einkommensvergleich ist nach Lage der Akten nicht zu beanstanden.

Soweit der Beschwerdeführer zur Invaliditätsberechnung einzig die Höhe des leidensbedingten Abzuges beanstandete und eine Erhöhung um 10% auf 20% geltend machte (Urk. 1 S. 17 Ziff. 34), ist aufgrund der vorliegenden Gegebenheiten nicht näher darauf einzugehen. Selbst bei Gewährung eines leidensbedingten Abzuges von 20% würde bei Heranziehen desselben statistischen Tabellenlohnes (sowohl beim

Validen- als auch beim Invalideneinkommen) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40% entstehen.

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

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