

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00118 vom 12. Oktober 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00118](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00118)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00118 du 12 octobre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00118 del 12 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

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.

### **E. 1.4**

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

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspriechung 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 gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich 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 hinsichtlich 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 Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen). 1. 5

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art.

29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1).

### **E. 1.6**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht 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 (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen). 2.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 22. Februar 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 20. Januar 2021 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen. Eventuell seien weitere medizinische Abklärungen in die Wege zu leiten. In prozessualer Hinsicht beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2).

Am 9. April 2021 (Urk. 7) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 11. Mai 2021 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 10). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 23. Juni 2021 auf die Einreichung einer Duplik (Urk. 14), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 24. Juni 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15). Mit Verfügung vom 6. September 2021 (Urk. 16) wurde die beantragte unentgeltliche Prozessführung bewilligt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2021 (Urk. 2) damit, dass nach Prüfung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) die bisherige Arbeit als Spengler nicht mehr zumutbar sei. Eine angepasste Tätigkeit mit Berücksichtigung des Krankheitsbildes sei weiterhin in einem Pensum von 80 % zumutbar (S. 1). Es ergebe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 27 % (S. 2). Ein leidensbedingter Abzug sei vorliegend nicht gerechtfertigt, da die leidensbedingten Einschränkungen bereits bei der Arbeitsunfähigkeit von 20 % berücksichtigt seien (Urk. 7 Ziff. 7).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer

bemängelte demgegenüber (Urk. 1),

dass ihm kein leidensbedingter Abzug gewährt worden sei. Ein solcher sei zwingend vorzunehmen (S. 8 Ziff. 5). Zudem werde aus näher genannten Gründen und unter Verweis auf einen Bericht des behandelnden Orthopäden der Beweiswert des Gutachtens beanstandet (Urk. 10).

### **E. 2.3**

Streitig ist vorliegend, ob sich der anspruchsrelevante Sachverhalt im Vergleichszeitraum seit Zusprache der bis 31. Dezember 2017 befristeten Rente mit Verfügung vom 12.

Oktober 2018 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2021 erheblich beziehungsweise in einer für den Rentenanspruch massgeblichen Weise verändert hat. 3.

3.1

Der Zusprache

der

befristeten Rente mit Verfügung vom 12. Oktober 2018 (Urk. 8/68; Urk. 8/71)

lagen im Wesentlichen die nachfolgenden medizinischen Berichte zugrunde:

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte mit Operationsbericht vom 19. November 2015 (Urk. 8/22/6-7) als Diagnose eine mediale Gonarthrose rechts. Es sei eine arthroskopische Teilmeniskektomie (TME) medial und eine Plica -Resektion infrapatellär erfolgt (S. 1). 3.2

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, berichtete am 22. August 2016 (Urk. 8/22/3-5) über die

am 24. Mai 2016 durchgeführte Untersuchung und nannte folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen (S. 1): - Beinschmerzen rechts mit Schwerpunkt im Bereich des rechten Unterschenkels medial - Elektrophysiologische Neuropathie des Nervus ( N. )

cutaneus

femoris

lateralis links und des N. infrapatellaris, differentialdiagnostisch residual nach Druckneuropathien - Carpal tunnel-Syndrom links

Bis auf ein positives Tinel -Phänomen in der Region des N. infrapatellaris rechts ergebe die neurologische Untersuchung keine Hinweise auf ein neurogenes Korrelat für die Schmerzen im Bereich des rechten Unterschenkels, sowie die in letzter Zeit sich auch im Bereich des rechten Oberschenkels rechts lateral sich manifestierenden krampfartigen Beschwerden (S. 2). 3.3

Dr. Z.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 21. Oktober 2016 (Urk. 8/22/2) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit November 2015 und er empfehle die Erstellung eines Gutachtens. 3.4

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, führte mit Bericht vom 31. Oktober 2016 (Urk. 8/43/8-9) aus, für eine einigermassen nachhaltige Versorgung einer Bauchdeckeninsuffizienz sei ein mindestens dreistündiger Eingriff in Allgemein narkose nötig. Unter der Voraussetzung einer stabilen kardinalen Situation würde eine derartige Operation durchführbar sein (S. 2). 3.5

Dr. Z.\_\_\_\_ führte mit Schreiben an Dr.

C.\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2017 (Urk. 8/43/10) aus, der Beschwerdeführer klagt weiterhin über Knieschmerzen, die vor allem durch das Übergewicht generiert würden. Er könne im Fitness nichts machen, da er durch seinen Bauch beziehungsweise durch die Herniensituation beeinträchtigt sei. Ein Hernienverschluss sei gelegentlich angezeigt und die von Dr. B.\_\_\_\_ erbetene kardiologische Abklärung sollte durchgeführt werden.

Dr. Z.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 16. Januar 2018 (Urk. 8/43/1-4) aus, die letzte Konsultation habe am 4. Oktober 2017 stattgefunden (Ziff. 1.2). Für die Diagnosen des Beschwerdeführers sei der Hausarzt zuständig. Er habe den Beschwerdeführer wegen seiner Knie behandelt. Seines Erachtens sei der Beschwerdeführer für eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit sicher arbeitsfähig (Ziff. 1.1). 3.6

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 30. Januar 2018 (Urk. 8/48/3-4) aus, der Beschwerdeführer habe im Oktober 2014 einen Herzinfarkt erlitten. Im Oktober 2015 sei die kardiale Situation wieder ausreichend stabil gewesen für eine Knieoperation. Aktuell stehe eine Arthrose des rechten Kniegelenks im Vordergrund. Deshalb bestehe eine deutlich reduzierte Belastbarkeit und Gehfähigkeit. Zur kardiologischen Prophylaxe sollte zudem eine höhere körperliche Belastung vermieden werden. In einer leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeit bestehe medizinisch-theoretisch mindestens eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 2), dies seit 17. November 2017. In der bisherigen Tätigkeit als Karosserie-Spengler bestehe seit Oktober 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1).

In einer telefonischen Rücksprache habe Dr. D.\_\_\_\_ gegenüber einer Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin angegeben, dass die 80%ige Arbeitsfähigkeit bereits seit Anfang 2017 bestanden habe (Urk. 8/48/5). 3. 7

Dr. Z.\_\_\_\_ führte im E-Mail vom 3. April 2018 zu Händen der IV-Stelle (Urk. 8/46) bezugnehmend auf seinen Bericht vom 16. Januar 2018 aus, in einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht ab dem 1. Oktober 2017 zu 100 % arbeitsfähig.

Dr. Z.\_\_\_\_

präzisierte mit E-Mail vom 25. Juni 2018 (Urk. 8/57), der Beschwerdeführer sei nicht arbeitsfähig wegen seiner Abdominalhernie. Wenn er sitzend arbeite, komme ihm sein Abdomen und insbesondere die grosse Bauchhernie in die Quere, beziehungsweise sie werde gereizt. Deshalb müsse retrospektiv festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer aus rein orthopädischer Sicht für eine leichte sitzende Tätigkeit arbeitsfähig wäre, aber aus einer Gesamtsicht nicht. Seine Beurteilung, dass ab dem 1. Oktober 2018 (richtig wohl: 2017) eine Arbeitsfähigkeit bestehe, sei deshalb so abzuändern, dass dem eben aus differenzierter Sicht nicht so sei. 3.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen.

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, 128 V 29 E. 1).

### **E. 6.2**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3).

Weist das zuletzt erzielte Einkommen der versicherten Person starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen. Ist der zuletzt bezogene Lohn überdurchschnittlich hoch, ist er nur dann als Valideneinkommen heranzuziehen, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass er weiterhin erzielt worden wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C\_329/2021 vom 27. Oktober 2021 E. 4.3.2 mit Hinweisen). Entscheidend ist, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1).

### **E. 6.3**

Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen für das Jahr 2019 gestützt auf die Tabellenlöhne gemäss LSE, nämlich

gestützt auf das von Männern für praktische Tätigkeiten im Baugewerbe durchschnittlich erzielte Einkommen in der Höhe von Fr. 5'962.-- (Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018, TA1\_triage\_skill\_level,

Ziff. 41-43, Total Männer, Kompetenzniveau 2) und errechnete ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 71'901.75 (vgl. Urk. 8/123), was vom Beschwerdeführer nicht bestritten wurde (vgl. Urk. 1). Ob das von der Beschwerdegegnerin errechnete Valideneinkommen angesichts der gemäss dem IK-Auszug erzielten Einkommen (vgl. Urk. 8/84) korrekt ist, kann offen bleiben, da auch beim Valideneinkommen von Fr. 71'901.75 kein renten begründender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. nachfolgend E. 6.8).

### **E. 6.4**

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). 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). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund 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 ,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

### **E. 6.5**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa ). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 ).

### **E. 6.6**

Der Beschwerdeführer ist nicht mehr erwerbstätig. Folglich stellte die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Invalideneinkommens zu Recht auch auf die Tabellenlöhne gemäss LSE

ab, nämlich auf das von Männern für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art durchschnittlich erzielte Einkommen in der Höhe von Fr. 5'417.-- (Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018, TA1\_triage\_skill\_level, Total Männer, Kompetenzniveau 1) und errechnete per 2019 in angepasster Tätigkeit zu Gunsten des Beschwerdeführers ein

hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 65'329.-- . Der Beschwerdeführer ist unter Berücksichtigung seines Belastungsprofils zu 80

% arbeitsfähig, womit ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr.

52'263.20 resultiert. Bis auf die Höhe des leidensbedingten Abzuges erhob der Beschwerdeführer keine Einwände gegen das so bestimmte Invalideneinkommen.

### **E. 6.7**

Die Beschwerdegegnerin gewährte keinen Leidensabzug.

Sie stellte sich auf den Standpunkt, es sei kein solcher zu gewähren, da die leidensbedingten Einschränkungen bereits bei der Arbeitsunfähigkeit von 20 % berücksichtigt seien (vorstehend E. 2.1) . Der Beschwerdeführer beanstandete, dass ihm kein leidensbedingter Abzug gewährt worden sei, begründete aber weder aus welchen konkreten Gegebenheiten und Umständen noch in welcher Höhe ein solcher zu gewähren sei (vorstehend E. 2.2) .

Angesichts des im Gutachten definierten Zumutbarkeitsprofils ist von einem zwar eingeschränkten, aber doch genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweigerungstätigkeiten auszugehen. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht wurde sodann bereits im reduzierten Pensum berücksichtigt (vgl. vorstehend E. 4.10.4 ) und kann folglich nicht zusätzlich noch einmal unter dem Titel leidensbedingter Abzug berücksichtigt werden. Da die bundesgerichtliche Rechtsprechung in Bezug auf die Gewährung eines leidensbedingten Abzugs zurückhaltend ist und vorliegend keine persönlichen und beruflichen Merkmale ersichtlich sind, welche konkrete Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können, das Bundesgericht ausserdem mit Urteil 8C\_256/2021 vom 9. März 2021 keine Änderung der Rechtsprechung vornahm, besteht kein Raum für die Gewährung eines leidensbedingten Abzugs. Im Weiteren darf nicht ohne triftigen Grund in das Ermessen der Beschwerdegegnerin eingegriffen werden, sodass ein Abzug vom Tabellenlohn bei der Bemessung des Invalideneinkommens als nicht gerechtfertigt erscheint .

### **E. 6.8**

Der Vergleich des hypothetischen Invalideneinkommens ( Fr. 52'263.20) mit dem hypothetischen Valideneinkommen

( Fr. 71'901.75 ) ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr . 19'638.55

und damit einen Invaliditätsgrad von rund

27

%. Da mit besteht kein Rentenanspruch. 6. 9

Nach dem Gesagten ist eine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht ausgewiesen, weshalb die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch zu Recht verneint hat. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist auf §

#### **E. 8**

Dr. B.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 20. September 2018 (Urk. 8/66/1-5) aus, die letzte Kontrolle habe am 27. Oktober 2016 stattgefunden (Ziff. 1.1) , und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - epigastrische Bauchdeckeninsuffizienz mit multiplen Defekten - Kniebeschwerden - Adipositas

Die Bauchwandhernie sei bereits seit Oktober 2014 bekannt (Ziff. 2.1). Eine geplante Operation im Oktober 2014 habe wegen eines Myokardinfarkts abgesagt werden müssen (Ziff. 2.2). Nach einer operativen Versorgung der Bauchwand werde postoperativ nur eine reduzierte Belastbarkeit mit maximal 10 bis 15 kg möglich sein (Ziff. 2.7). Zur Prognose einer Eingliederung führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, zuerst müsse die Bauchwand operativ versorgt werden (Ziff. 4.3). 3.

#### **E. 9**

Mit Verfügung vom 12. Oktober 2018 sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine befristete ganze Rente vom 1. März bis 31. Dezember 2017 zu (Urk. 8/68; Urk. 8/71). 4.

#### **4.1**

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. Januar 2021 (Urk. 2) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte vor:

Die Ärzte der Klinik E.\_\_\_\_

nannten mit Bericht vom 22. Januar 2019 (Urk. 8/92/10-11) als Diagnose eine Omarthrose links mit Tendinopathie der langen Bicepssehne (S. 1). Dem Beschwerdeführer werde das Ausschöpfen aller konservativen Möglichkeiten und die Installation einer Physiotherapie empfohlen. Auf Impact und Belastung sollte bei Omarthrose verzichtet werden (S. 2).

Die Fachpersonen der Klinik E.\_\_\_\_ nannten mit Bericht vom 3.

April 2019 (Urk. 8/75) folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen (S. 1): - Omarthrose links - Schulter- Impingement rechts - mediale Gonarthrose beidseits, rechtsbetont - chronische Handschmerzen links Erstmanifestation (EM) 2000

In der heutigen sonographischen Untersuchung der rechten Schulter habe sich eine degenerative Tendinopathie der Rotatorenmanschette mit Narbenplatte/Bursitis gezeigt. Dem Beschwerdeführer sei die Möglichkeit von infiltrativen Massnahmen der arthrotischen Gelenke erläutert worden (S. 2) . 4. 2

Dr. Z.\_\_\_\_ nannte im E-Mail vom 11. Juni 2019 (Urk. 8/74) als neue Diagnose eine Omarthrose links und rechts. Es könne keine manuelle produktive Tätigkeit mehr zugemutet werden. Ob eine Schulterinfiltration, wie sie die Klinik E.\_\_\_\_ erwähne, an den

Beschwerden etwas ändern werde, dürfte fraglich sein. Sicher werde keine Arbeitsfähigkeit mehr erreicht. 4.3

Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für

Neurologie, nannte mit Bericht vom 13. Juni 2019 (Urk. 8/81) folgende Diagnosen (S. 1 f.): - Karpaltunnel-Syndrom beidseits, deutlich linksbetont, Erstdiagnose (ED) 2016 (links) - am ehesten traumatische, überwiegend axonale und sensible Schädigung des N. ulnaris am Unterarm links nach Sturz am 19. Mai dieses Jahres - leichtgradige motorische Reizleitungsstörung C7-Th1 beidseits

Aus neurologischer Sicht seien keine weiteren Abklärungen vorgesehen. Gelegentlich empfehle sich eine MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule. Es werde dringend eine Entlastung des linksseitigen Karpalkanals sowie auch zeitnah eine Entlastung rechtsseitig empfohlen. In Bezug auf die vermutliche Druckschädigung des sensiblen Anteils des N. ulnaris links sei ein zuwartendes Verhalten zu empfehlen (S. 2). 4.4

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie, Zentrum für Handchirurgie

H.\_\_\_\_, ,

nannte mit Bericht vom 3.

Juli 2019 (Urk. 8/87) folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen (S. 1): - symptomatisches und schmerzhaftes Karpaltunnelsyndrom links (ED 2016) - elektrophysiologisch beginnendes Karpaltunnelsyndrom rechts - am ehesten traumatische, überwiegend axonale und sensible Schädigung des N. ulnaris am Unterarm links nach Sturz - langstreckige

Halswirbelsäule (HWS) Degenerationen - Status nach Myokardinfarkt 2013 - Gonarthrose beidseits - Omarthrose beidseits - Adipositas - arterielle Hypertonie

Die Entlastung des Nervus

medianus im Bereich des Karpaltunnels sei indiziert.

Aufgrund der eingeschränkten Schulterbeweglichkeit sei eine Durchführung unter Vollnarkose am sinnvollsten (S. 2). 4.5

Dr. Z.\_\_\_\_ führte im E-Mail vom 4. Juli 2019 (Urk. 8/83) aus, zusätzlich zu den am 11. Juni 2019 mitgeteilten Diagnosen bestehende noch eine « wüste Situation » an der Halswirbelsäule mit einer deutlichen Kompression der Nervenwurzel Th 1. Es sei keine Arbeitsfähigkeit mehr denkbar.

Dr. Z.\_\_\_\_

führte mit Bericht vom 10. Juli 2019 (Urk. 8/85) aus, die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei schlecht (Ziff. 2.7). Der Beschwerdeführer könne beide Arme nicht mehr voll gebrauchen, auch beide Hände seien stark eingeschränkt (Ziff. 3.4). 4.6

Dr. G.\_\_\_\_

nannte mit Operationsbericht vom 5. September 2019 (Urk. 8/101) als Diagnose ein symptomatisches und schmerzhaftes Karpaltunnelsyndrom links (ED 2016) und führte aus, es sei folgender Eingriff erfolgt: offene Spaltung des Retinaculum

flexorum , Neurolyse

des Nervus

medianus und Synovialektomie

der Beugesehnen links (S. 1). 4. 7

Dr. med. I.\_\_\_\_ , Fachärztin für Radiologie, Praxis J.\_\_\_\_ AG , führte mit

Bericht vom 1. Oktober 2019 ( Urk. 8/92/1-6) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit Februar 2018, gegenwärtig monatlich (Ziff. 1.1 f.) , und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits fähigkeit (Ziff. 2.5): - Omarthrose links und Impingement rechts - mediale Gonarthrose beidseits - Karpaltunnel-Syndrom beidseits - Status nach Herzinfarkt

Der Beschwerdeführer leide an persistierenden Schmerzen und Bewegungsein schränkungen. Es bestehe eine konsequente Fehlbelastung der Hüfte und der oberen Sprunggelenke beidseits (Ziff. 2.2). Die Beschwerden seien progredient (Ziff. 2.7). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (Ziff. 4.1). Eine ange passte Tätigkeit sei maximal 1-2 Stunden zumutbar (Ziff. 4.2). Die Prognose zur Eingliederung sei ungünstig und fast unmöglich (Ziff. 4.3). 4 . 8

Dr. G.\_\_\_\_

führte mit Bericht vom 4. November 2019 (Urk. 8/96) zur Prognose der Arbeitsfähigkeit aus, bezüglich Karpaltunnelsyndrom-Problematik und Hand funktion links erwarte er einen protrahierten Rehabilitationsverlauf mit vermehr tem Bedarf an Ergotherapie. Mittelfristig sei eine normale Handf unktion mit guter Belastbarkeit zu erwarten. Im Vordergrund schienen andere gesundheitliche Probleme zu stehen, welche die Arbeitsfähigkeit limitierten oder schon vorbe standen hätten (Ziff.

2.7).

Dr. G.\_\_\_\_

führte mit Bericht vom 2.

Dezember 2019 (Urk.

8/100) aus, es bestehe ein regelrechter wenn auch protrahierter Rehabilitationsverlauf (S. 2). 4.9

Dr. Z.\_\_\_\_

wiederholte im E-Mail vom 6. Januar 2020 (Urk. 8/99), es bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. 4.

## **E. 10**

4.1 0 .1

Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr.

med. M.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, und Dr. med. N.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie,

O.\_\_\_\_ GmbH, Gutachtenstelle P.\_\_\_\_ , erstatteten am 24. Au gust 2020 ihr i nterdisziplinäres Gutachten ( Urk. 8/119). 4.1 0 .2

Im allgemein-internistischen Teilgutachten (Urk. 8/119 S. 20-26)

nannte Dr. K. \_\_\_\_

keine Diagnosen mit Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit ( S. 23 Ziff. 6.1). Er nannte folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 6.2): - metabolisches Syndrom - koronare Herzkrankheit - Nabelhernie mit Bauchwandinsuffizienz

Insgesamt sei der Gesundheitszustand aus allgemein-internistischer Sicht akzeptabel. Die Behandlung sei genügend. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausser für körperlich schwere Tätigkeitsbereiche bestehe nicht ( S. 23 f. Ziff. 7.1). 4.1 0 .3

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 8/119 S. 27-34) nannte Dr. L. \_\_\_\_ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( S. 31 Ziff. 6.1). Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; Ziff. 6.2). Bei dieser Diagnose handle es sich um eine psychische Überlagerung ursprünglich somatisch ausgelöster Schmerzen. Es bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren, die eine Rolle spielen könnten. Als solche könnten hier die chronische somatische Problematik, der Verlust der langjährigen Arbeitsstelle aus gesundheitlichen Gründen, die erfolglose Stellensuche und die nun angespannte finanzielle Situation gelten. Der Beschwerdeführer leide nicht unter depressiven Verstimmungen und auch nicht unter Ängsten (Ziff. 6.3). 4.1 0 .4

Im rheumatologischen Teilgutachten ( Urk. 8/119 S. 35-44) nannte Dr. M. \_\_\_\_ folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ( S. 39 f. Ziff.

## **E. 11**

S. 2 oben) .

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 gegenteiligen 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 ). Da eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nachvollziehbar und schlüssig verneint wurde, kann vorliegend auf ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 verzichtet werden. 5.4

Die Gutachter legten ferner in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass sich aus allgemeininternistischer und aus neurologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergeben. Einzig aus rheumatologischer Sicht wurde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt (vorstehend E. 5.2). Die rheumatologische Gutachterin legte dar, es fänden sich deutliche degenerative Veränderungen im Bereich beider Schulter- und Kniegelenke sowie der HWS, die für einen grossen Teil der angegebenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen mitverantwortlich seien. Darüber hinaus zeige sich jedoch auch ein deutliches demonstratives Schmerzverhalten (vorstehend E. 4.10 .4).

Die Konsensbeurteilung ergab, dass die gelernte und früher langjährig ausgeübte Tätigkeit als Kassierer nicht mehr möglich sei. In einer angepassten Tätigkeit, wozu auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit einer Vermittlung von Tänzern zählte, sei ein leicht erhöhter Pausenbedarf zu berücksichtigen und es bestehe eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Eine angepasste Tätigkeit sei eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne längere Stehdauer, ohne kniende und hockende Stellungen und ohne Überkopfarbeiten. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit sei seit der letzten IV-Anmeldung vom Juni 2019 anzunehmen (vorstehend E. 4.10.6).

Eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit ist auch gestützt auf die Berichte des behandelnden Orthopäden Dr. Z.\_\_\_\_

und der Hausärztin Dr. I.\_\_\_\_

nicht überwiegend wahrscheinlich. Dr.

Z.\_\_\_\_ stellte sich auf den Standpunkt, der Beschwerdeführer sei vollständig arbeitsunfähig (vorstehend E. 4.2, E. 4.5, E. 4.9) und übte umfangreiche Kritik am Gutachten. Zu seiner

Kritik beziehungsweise derjenigen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1, Urk. 10) am rheumatologischen Gutachten (Urk. 11 S. 2 Mitte) ist auf die RAD-Stellungnahme (vorstehend E. 4.14), zu verweisen. Dr. D.\_\_\_\_ legte eingehend und nachvollziehbar dar, dass im rheumatologischen Gutachten die Gelenkveränderungen und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausführlich dargestellt wurden und eine Bewertung einer möglichen C8-Pathologie dem neurologischen Gutachter überlassen worden sei. Für die Beurteilung von Fähigkeiten und Einschränkungen seien nicht die Diagnosen oder MRI-Befunde ausschlaggebend, sondern klinische Befunde und Ergebnisse von Funktionstests. Zu diesen wurde im Gutachten ausführlich Stellung genommen (vgl. vorstehend E. 4.10.4 und E. 4.10.6), was unter anderem zu der Einschätzung führte, dass nur noch eine leichte angepasste Tätigkeit im Umfang von 80 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs zumutbar ist. Darauf ist abzustellen.

Weiter kritisierte der Beschwerdeführer beziehungsweise

Dr. Z.\_\_\_\_ das neurologische Teilgutachten (vgl. Urk. 11 S. 2 unten f.; Urk. 1, Urk. 10). Auch hierzu nahm der RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ ausführlich und nachvollziehbar Stellung (vorstehend E. 4.14). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der neurologische Gutachter die Diskushernie mehrmals erwähnte (vgl. Urk. 8/119/48, Urk. 8/119/51), diesbezüglich jedoch auch festhielt, es finde sich kein klinisches Korrelat für die Diskushernie mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel C8 (Urk. 8/119/51). Es wird somit nicht in Frage gestellt, dass die Diskushernie besteht. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass es hierfür aber kein klinisches Korrelat gebe und sie stellten dementsprechend auch keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Soweit Dr. Z.\_\_\_\_ das falsche Datum des EMG-Befunds kritisiert (vgl. Urk. 11 S. 3 unten), ist nicht ersichtlich, inwiefern dieses die Schlussfolgerungen des Gutachtens in Zweifel ziehen sollte. Zur Kritik des Beschwerdeführers beziehungsweise von Dr. Z.\_\_\_\_, wonach der neurologische und die rheumatologische Gutachter in die Diagnose C8 Affektion links unterschlagen würden, ist ebenfalls auf die zutreffende Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ zu verweisen. Dieser führte aus, die Kritik an der fehlenden Aufnahme der erfassten und gewürdigten Diagnosen in der Liste der Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei berechtigt. Sie ändere jedoch nichts am Wert der Gesamtbeurteilung

(vorstehend E. 4.14).

Soweit sich Dr. Z. \_\_\_ für eine neurologische Standortbestimmung bei einer Fachperson ohne finanzielle Abhängigkeiten ausspricht, ist auf die gefestigte bundesgerichtliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach

unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Abhängigkeit der regelmässige Beizug eines Gutachters oder einer Begutachtungsinstitution durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen nicht zum Ausstand führen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_96/2018 vom 19. März 2018 E. 3.2.1 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 1.3.3). Wie bereits ausgeführt, ist die Herkunft eines Beweismittels für dessen Beweiswert denn grundsätzlich auch nicht entscheidend, sofern dieses die Anforderungen an eine beweiswertige ärztliche Entscheidungsgrundlage erfüllt (vorstehend E.

1.6).

Soweit Dr. I. \_\_\_ eine angepasste Tätigkeit nur für 1-2 Stunden als zumutbar erachtet (vorstehend E. 4.7), handelt es sich um eine fachfremde Beurteilung.

Im Übrigen ist zu den Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen von Dr. Z. \_\_\_ und Dr. I. \_\_\_

berücksichtigen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1).

Schliesslich kann nicht jeder neue Bericht eines Arztes nach einer Begutachtung dazu führen, dass weitere Abklärungen nötig sind: Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung). 5.5

Zusammenfassend ist somit mit den Gutachtern der O. \_\_\_ GmbH davon auszugehen, dass für adaptierte Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 % besteht, wobei adaptierte Tätigkeiten folgende Einschränkungen zu berücksichtigen haben: körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne längere Stehdauer, ohne kniende und hockende Stellungen und ohne Überkopfarbeiten. 6.

**E. 16**

Ab. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hinzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Keller

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