

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00297 vom 19. September 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-09-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_UV.2012.00297](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00297)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00297 du 19 septembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00297 del 19 settembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn

sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

### **E. 1.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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).

In Abweichung zu dieser Bestimmung des ATSG kann die Invalidenrente der Unfallversicherung nach dem Monat, in dem Männer das 65. und Frauen das 62. Altersjahr vollendet haben, nicht mehr revidiert werden ( Art. 22 UVG, BGE 134 V 131).

### **E. 1.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 19. Dezember 2012 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 27. November 2012 (Urk. 2) und beantragte zur Hauptsache, dieser sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin die bisherige Invalidenrente zu gewähren (Urk. 1 S. 2).

Die Zürich beantragte mit Beschwerdeantwort vom 5. Februar 2013 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 21. Februar 2013 wurde dem Beschwerdeführer antragsgemäss

(vgl. Urk.

1 S.

2) die unentgeltliche Rechtsvertretung bewilligt und eine Kopie der Beschwerdeantwort (Urk. 5) zugestellt.

Am 5. August 2014 wurde der Beizug der IV-Akten verfügt (Urk. 10) und diese (Urk. 12/1-95) wurden den Parteien mit Verfügung vom 13. August 2014 (Urk. 13) zur fakultativen Stellungnahme zugestellt, wovon die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 28. August 2014 (Urk. 17) und die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 5. September 2014 (Urk. 18) Gebrauch machten. Diese Stellungnahmen wurden jeweils der Gegenpartei am 8. September 2014 zur Kenntnis zugestellt (Urk. 19).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in dem angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, den Gesundheitszustand betreffend sei auf das Y. \_\_\_ -Gutachten abzustellen (S. 2 Ziff. 3), womit ein Invaliditätsgrad von 20 % resultiere (S. 4 Ziff. 3.d).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, auf das Y. \_\_\_ -Gutachten könne nicht abgestellt werden (S. 3 f. Ziff. 3). Ferner sei aufgrund der attestierten Kopfschmerzen ein leidensbedingter Abzug von 25 % zu gewähren (S. 5 Ziff. 6).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen sind somit die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Invaliditätsbemessung.

### **E. 3**

Ziff. 1). Er führte aus, der Beschwerdeführer habe am 28. April 1997 einen Arbeitsunfall erlitten, indem ihm drei bis vier Baumäste auf den Hinterkopf und die Schultern gefallen seien, wobei initial keine Beschwerden resultiert hätten. Am selben Tag seien dann zunehmende Schulterschmerzen links, nach zwei Tagen nuchale Schmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf und mit Schwindelsensationen aufzutreten, woraufhin die Erstversorgung durch Dr. med. Z. \_\_\_ am 5. Mai 1997 erfolgt sei mit der Diagnose einer Kontusion der linken Schulter sowie des Nackens mit schmerzhaftem Hinterkopf ohne bildgebende Frakturen (S. 1 unten). In der Folge habe sich eine chronifizierte Schmerzsymptomatik gebildet mit – gemäss Beschwerdeführer – heftigsten Kopfschmerzen von pulsierendem Charakter mit Lichtscheue, welche als migränoid bezeichnet werden können. Als zusätzlich erschwerender Faktor komme die soziale Entwurzelung sowie die gegenwärtige Arbeitslosigkeit hinzu (S. 3 Ziff. 1). Er erachte den Beschwerdeführer als 50 % arbeitsfähig, wobei dieser – auch wenn mit Kopfschmerzen verbunden – möglichst rasch wieder arbeitsmässig eingegliedert werden sollte (S. 3 Ziff. 2). Die Prognose sei aufgrund der sozialen Entwurzelung, der persistierenden Arbeitsunfähigkeit sowie des sich sehr leidend präsentierenden Beschwerdeführers pessimistisch. Allein der Unfall werde kaum eine über 50%ige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen, bei Persistenz der Kopfschmerzen

werde die Unfallkomponente zunehmend in den Hintergrund treten und andere unfallfremde Faktoren würden für die Beschwerden verantwortlich sein (S. 3 Ziff. 3).

### E. 3.1

2

Am 8. Mai 2000 berichtete Dr. C.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin über die Beeinträchtigung des Beschwerdeführers in körperlicher Hinsicht (Urk. 6/ZM17). Er führte aus, aufgrund der verschiedenen Gutachten und seiner Beurteilung stehe vor allem eine Somatisierungsstörung sowie Depression im Vordergrund. Die Arbeitsfähigkeit beziehungsweise das Rentenmass werde deshalb durch den Psychiater und den Neurologen festzulegen sein. Im rheumatologischen Gutachten werde auch aus rheumatologischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit beschrieben. Er bitte deshalb, bei seinen Fachkollegen eine Stellungnahme einzuholen (S. 1). 4. 4.1

Dr. C.\_\_\_\_

berichtete am 3. Juli 2011 der Invalidenversicherung

(Urk. 6/ZM 18/2 6 -2 7 ) über eine eingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule bei Beschwerden des Beschwerdeführers je nach Lokalisation von C 1 bis C 2/ 3. Er nannte als Diagnose einen Status nach HWS-Trauma im April 1997, ein rezidivierendes zervikospondylogenes Syndrom bei leichter zervikothorakaler Skoliose und leichten degenerativen Veränderungen, migränöide Kopfschmerzen sowie eine Somatisierungsstörung und eine depressive Entwicklung (S. 1 Ziff. 1.1, Ziff.

1.4). Er führte aus, der Beschwerdeführer imponiere als „Neurasthener“. Bei körperlichen Belastungen/Lärm und anderen Einflüssen träten rasch Schmerzen und Kopfschmerzen und andere Symptome auf. Daher bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit bis 100 % seit 17. Dezember 2007, wobei die Restarbeitsfähigkeit unklar sei und gutachterlich abzuklären wäre (S. 2 Ziff. 1.7, Ziff. 1.11). 4.2

Am 5. Januar 2012 erstatteten PD Dr. med. H.\_\_\_\_ , allgemeininternistische

Fallführung , Dr. med. I.\_\_\_\_ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr.

med. J.\_\_\_\_ , FMH Neurologie, Y.\_\_\_\_ , ein Gutachten im Auftrag der Invalidenversicherung (Urk. 6/ZM18/1-24 ). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 8 f.) und die am 14. Dezember 2011 (vgl. S. 1 Mitte) erhobenen allgemeininternistischen (S. 8 ff.), psychiatrischen (S. 10 ff.) und neurologischen (S. 16 ff.) Befunde.

Die Gutachter nannten als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19 Ziff. 5.1):  
- chronischer Spannungskopfschmerz mit migräniformen Exazerbationen - Analgetika induzierte Kopfschmerzen - unspezifische intermittierende Schwindelbeschwerden

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), eine Neuropathie N. cutaneus

femoris

lateralis links sowie einen fortgesetzten Nikotinkonsum schädlichen Gebrauchs (ICD-10 F17.1).

Aus neurologischer Sicht bestehe aufgrund der chronischen Kopfschmerzsymptomatik eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit in jeglicher beruflicher Tätigkeit um 20 %. Der vom Beschwerdeführer intermittierend geschilderte Schwindel

könne keinem eindeutigen organischen Korrelat zugeordnet werden. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine zerebellare Symptomatik oder eine Polyneuropathie. Auch eine orthostatische Dysregulation habe anlässlich der neurologischen Untersuchung ausgeschlossen werden können. Der wechselnde Charakter und das unterschiedliche Auftreten des Schwindels bei so unterschiedlichen Aktivitäten wie Aufstehen, Lesen oder Umgebungsfaktoren wie Regenwetter oder direkte Sonnen- oder Lärmexposition, könne pathophysiologisch nicht auf ein eindeutiges organisches Korrelat zurückgeführt werden, sodass hier eine Symptomverdeutlichung angenommen werden müsse. Aufgrund der Schwindelbeschwerden bestehe lediglich vorsichtshalber eine qualitative Einschränkung in dem Sinne, dass dem Beschwerdeführer keine sturzgefährdenden Tätigkeiten wie zum Beispiel Höhenexposition auf Leitern zugemutet werden können (S. 20 unten).

Aus psychiatrischer Sicht könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sei eine Schmerzverarbeitungsstörung verantwortlich, welche aber bei fehlender psychiatrischer Komorbidität und fehlendem ausgeprägtem sozialem Rückzug nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe (S. 20 unten).

Zusammenfassend sei aus polydisziplinärer Sicht festzustellen, dass dem Beschwerdeführer sämtliche Tätigkeiten, welche nicht in sturzgefährdender Umgebung ausgeübt werden müssen, mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % vollschichtig mit erhöhtem Pausenbedarf zumutbar seien (S. 21 oben). 5.

### **E. 3.2**

Der unmittelbar nach dem Unfallereignis vom 28. April 1997 erstbehandelnde Arzt Dr. med. Z.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 5. Mai 1997 (Urk. 6/ZM1) eine Schulter/Nackenkontusion (Ziff. 5).

### **E. 3.3**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, berichtete der Beschwerdegegnerin am 10. Juli 1997 (Urk. 6/ZM2) und nannte, auch gestützt auf die bildgebenden Ergebnisse (vgl. Röntgenbefund vom 12. Juni 1997, Urk. 6/ZM3) als Diagnosen einen Status nach Kontusion Nacken und Schultergürtel sowie eine Lockerung des Bandapparates der Halswirbelsäule (Ziff. 2c). Er attestierte dem Beschwerdeführer eine andauernde Arbeitsunfähigkeit seit dem 28. April 1997 (Ziff. 4a) und ging von einer ungewissen Prognose aus, da gegenwärtig Symptome eines Schleudertraumas (Kopfschmerzen, Schwindel) bestünden (Ziff. 4b).

### **E. 3.4**

Prof. Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, erstattete im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 12. Januar 1998 sein Gutachten (Urk. 6/ZM5) und diagnostizierte posttraumatische migränoide Kopfschmerzen (S.

### **E. 3.5**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin, berichtete am 26. Mai 1998 (Urk. 6/ZM8) und nannte als Diagnose ein zervikozepales Syndrom bei einem Status nach Schädel- und Halswirbelsäulenkontusion im April 1997 (S. 1 oben). Er führte aus, beim Beschwerdeführer bestünden glaubhaft Nacken- und Kopfschmerzen im Sinne eines zervikozepalen Syndroms mit deutlichem muskulärem Hartspann im Nacken-/Schulterbereich und Ausstrahlung nach frontal und in die Augen. Der Beschwerdeführer sei durch seine Beschwerden und Schwindelsensationen in der Arbeit subjektiv eingeschränkt (S. 2 unten).

### **E. 3.6**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, berichtete am 31. Juli 1998 zuhause beim Vertrauensarzt der Beschwerdeführerin (Urk. 6/ZM9) und führte aus, der Beschwerdeführer leide an einem chronisch rezidivierenden zervikospondylogenen Syndrom mit Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule. Seines Erachtens sei der Beschwerdeführer seit dem 28. April 1997 und auch für die nächsten Tage arbeitsunfähig (S. 1 f.).

### **E. 3.7**

Im Auftrag der Invalidenversicherung wurde der Beschwerdeführer am 17. Dezember 1998 ambulant in der Rheumaklinik und im Institut für Physikalische Medizin des E.\_\_\_\_ untersucht. Die Ärzte nannten in ihrem Bericht vom 22. Januar 1999 (Urk. 12/10) folgende Diagnosen (S. 4 Ziff. 4): - posttraumatische migräniforme Kopfschmerzen bei - Status nach Arbeitsunfall mit Kopf- und Schultertrauma nach herunterstürzenden Baumstämmen - Verdacht auf depressive Entwicklung - allgemeine Dekonditionierung

Die Ärzte berichteten, sie sähen die Beschwerden des Beschwerdeführers wie Dr. B.\_\_\_\_ im Sinne von migräniformen Kopfschmerzen ohne Hinweise auf ein zervikospondylogenes oder zervikoradikuläres Problem. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Die Arbeitsfähigkeit sei durch die Kopfschmerzen eingeschränkt, weshalb sie eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss der Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ als angemessen erachteten (S. 3 Ziff. 4), wobei leichte bis mittelschwere Tätigkeiten wie zum Beispiel leichte Montagearbeiten, Tankwart, Portier, Verkaufstätigkeit oder Buffetarbeiten in Frage kämen. Eine Neuaburteilung müsste nach Durchführung einer medikamentösen Therapie und einer medizinischen Trainingstherapie durchgeführt werden (S. ).

### **E. 3.8**

Mit Bericht vom 3. Februar 1999 (Urk. 6/ZM11) berichtete Dr. D.\_\_\_\_ von einem unveränderten Zustand des Beschwerdeführers und erachtete das diagnostizierte chronische zervikospondylogene Syndrom als invalidisierend. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Eine IV-Anmeldung sei erfolgt (S. 2).

### **E. 3.9**

Anlässlich einer am 15. April 1999 in der Klinik F.\_\_\_\_ erstellten Magnetresonanztomographie (MRI) des Gehirns des Beschwerdeführers zeigte sich ein normaler Befund und es liessen sich insbesondere keine posttraumatischen Läsionen nachweisen (Urk. 6/ZM12).

### **E. 3.10**

Am 28. Mai 1999 führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, eine psychiatrische Begutachtung durch. In seinem Gutachten vom 16. September 1999 (Urk. 12/14) nannte er folgende Diagnosen (S. 8 Ziff. 4): - Somatisierungsstörung mit Nacken- und Kopfschmerzen und vegetativer Symptomatik nach einem HWS-Trauma im April 1997 (ICD-10 F45.4) - depressive Entwicklung (ICD-10 F34.1) - Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8)

Dr. G.\_\_\_\_ führte aus, eine narzisstische Problematik in der Persönlichkeit dünke ihn erkennbar mit einer Selbstwertproblematik, einer Unzugänglichkeit, mit überhöhten Schamgefühlen und mit Assimilationschwierigkeiten. Die Art der Schmerzen und des Schwindels sei nicht charakteristisch. Die subjektiv empfundene Progredienz widerspreche den erhobenen Befunden (S. 8). Der Verdacht auf eine Somatisierungsstörung und psychische Fixierung liege nahe. Verständlich und emotional besser nachvollziehbar sei die Beschreibung einer depressiven Entwicklung in den letzten zwei Jahren, für die eine Reihe von Anhaltspunkten angeführt werden könne: Abmagerung, Alopezie, Traurigkeit, Interessenverlust, Beschäftigungsmangel, Dysphorie und überprotektive Haltung der Ehefrau. Dieser anhaltende depressive Zustand sei wohl das Resultat des Zusammentreffens von Persönlichkeitsstörung mit sozialen und gesundheitlichen Schwierigkeiten. Er könnte der Grund für die psychische Fixierung auf die somatische Symptomatik als Unfallfolge gewesen sein (S. 8).

### **E. 3.11**

Mit Verlaufsbericht vom 22. Februar 2000 (Urk. 6/ZM13) diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.5) Kopfschmerzen mit Orthostase, eine depressive Entwicklung sowie einen Zustand nach Kopf-/Nacken-/Schulterprellung im April 1997. Es bestünden Nacken- und Kopfschmerzen mit Schwindel und Müdigkeit. Der Beschwerdeführer habe aufgrund eines neurologischen und eines psychiatrischen Gutachtens seit 1999 von der Invalidenversicherung bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 70 % eine ganze Rente zugesprochen erhalten (S. 1).

### **E. 5**

oben).

### **E. 5.1**

Neben dem Y.\_\_\_\_-Gutachten vom

5. Januar 2012 dokumentiert lediglich der Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 3. Juli 2011 die aktuelle gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers.

Dr. C.\_\_\_\_ äusserte sich jedoch nicht zur Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sondern beantragte diesbezüglich eine gutachterliche Abklärung (vgl. vorstehend E. 4.1).

### **E. 5.2**

Die ausführliche Expertise der Ärzte des Y.\_\_\_\_ setzt sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigt insbesondere auch sämtliche bis dahin angefallenen ärztlichen Untersuchungsberichte. Insgesamt erscheint das Y.\_\_\_\_-Gutachten nachvollziehbar und vermag zu überzeugen.

Da das Y.\_\_\_\_-Gutachten folglich sämtliche praxismässigen Anforderungen vollumfänglich erfüllt (vgl. vorstehend E. 1.3), kann - insbesondere was die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit betrifft - darauf abgestellt werden.

Die Y.\_\_\_\_ -Gutachter fanden in somatisch/neurologischer Hinsicht keine objektiven Befunde beziehungsweise einen unauffälligen neurologischen Status und diagnostizierten lediglich einen chronischen Spannungskopfschmerz mit migräniformen Exazerbationen bei unspezifischen intermittierenden Schwindelbeschwerden. Diese Diagnose ist mit den im Bericht der Ärzte des E.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.7) – die ihrerseits aufgrund der Kopfschmerzen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten – gestellten Diagnosen (posttraumatische migräniforme Kopfschmerzen und allgemeine Dekonditionierung) vereinbar.

### **E. 5.3**

Wie sich aus den früheren Berichten ergibt, erfolgte die ursprüngliche Renten zusage im Mai 2000 im Wesentlichen gestützt auf die psychischen Beschwerden. Dr. G.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer eine über 70%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer diagnostizierten Somatisierungsstörung, einer depressiven Entwicklung und eines Verdachts auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (vgl. vorstehend E. 3.10). Aktuell diagnostizierten die Ärzte des Y.\_\_\_\_ eine Schmerzverarbeitungsstörung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und verneinten nachvollziehbar und begründet Hinweise auf eine depressive Störung und auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung. Sodann konnten sie keine eigenständige, anhaltende psychische Störung feststellen, womit sie ein deutlich gebessertes psychisches Zustandsbild aufzeigten. Die Gutachter hielten fest, dass die Kriterien für die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), bei welchem Krankheitsbild die gemäss BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung der somatoformen Schmerzstörung anwendbar ist (BGE 136 V 279 E. 3.2.3), nicht erfüllt seien (vgl. vorstehend E. 4.2).

Dies ist angesichts der genannten Befunde nachvollziehbar. Vorliegend ist auf Grund der Akten keine eigenständige psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Dauer und Intensität ausgewiesen beziehungsweise wurde eine solche vom Psychiater des Y.\_\_\_\_ schlüssig verneint. Auch die übrigen Kriterien, welche gemäss der Rechtsprechung einen adäquaten Umgang mit den geklagten

Schmerzen entgegenstehen können (chronische körperliche Begleiterkrankungen mit mehrjährigem Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, sozialer Rückzug, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angebar innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung, unbefriedigende Ergebnisse von konsequent durchgeführten Behandlungen und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person [BGE 132 V 65 E. 4.2.2]), insbesondere ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, sind vorliegend gestützt auf die Beurteilung durch den Y.\_\_\_\_ -Gutachter nicht beziehungsweise nicht hinreichend gehäuft und ausgeprägt erfüllt, um insgesamt den Schluss auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten.

Dass die Ärzte des Y.\_\_\_\_ retrospektiv eine andere Diagnose gestellt hätten als Dr. G.\_\_\_\_ im Jahre 1999 (vgl. vorstehend E. 3.10), vermag nichts daran zu ändern, zumal die Beurteilung eines zwölf Jahre zurückliegenden psychiatrischen Gesundheitszustandes naturgemäss nur vage ausfallen kann.

### **E. 5.4**

Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Argumente (Urk. 1 S. 4 f.) vermögen den Beweiswert des Y.\_\_\_\_ -Gutachtens nicht zu schmälern. Insbesondere haben sich die Y.\_\_\_\_ -Gutachter mit den vorbestehenden Arztberichten und Gutachten auseinandergesetzt und nachvollziehbar ihre abweichenden Beurteilungen begründet (Urk. 6/ZM18 / 1-23, S. 15, S. 19). Ebenso ist die Kritik des Beschwerdeführers unbegründet, wonach bei drei Revisionen keine Verbesserung des psychischen Zustandes festgestellt worden sei, nun aber in den letzten drei Jahren plötzlich eine vollkommene Gesundheit stattgefunden haben sollte (Urk. 1 S.

4 am Schluss). Bei den vorangegangenen Revisionen durch die Invalidenversicherung in den Jahren 2001, 2004 und 2008 wurde der medizinische Sachverhalt nicht genau abgeklärt; die Beschwerdegegnerin holte jeweils lediglich Berichte vom behandelnden Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_ (Urk. 12/22, Urk. 12/32, Urk. 12/41) und von Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 12/33, Urk. 12 /42) ein, welche aber beide nicht über einen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügten und dementsprechend den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht

rechtsgenü lich beurteilen konnten.

### **E. 5.5**

Gestützt auf das überzeugende Y.\_\_\_\_ -Gutachten ist deshalb der medizinische Sach verhalt als dahingehend erstellt festzuhalten, dass für sämtliche Tätigkei ten, wel che nicht in sturzgefährdender Umgebung ausgeübt werden müssen, eine ganz tags umsetzbare Arbeitsfähigkeit von 80 % besteht.

Da vorliegend aus psychiatrischer Sicht keine Diagnosen mehr vorhanden sind, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken, hat sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich verbessert. 6. 6.1

Das von der Beschwerdegegnerin angenommene Valideneinkommen wurde nicht beanstandet und gibt zu keinen Bemerkungen Anlass.

Betreffend Invalideneinkommen machte der Beschwerdeführer geltend, die Be schwerdegegnerin hätte einen Abzug vom Tabellenlohn vornehmen müssen (Urk. 1 S. 5 ). 6.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durch schnitts werten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) al len falls 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 Beschäfti gungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E).

3b ) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unter durchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b ). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und d arf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 322 E. 5.2; Urteil 9 C\_368/2009 vom 1 7. Juli 2009 E. 2.1). 6.3

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vorgenommen.

Der medizinisch ausgewiesenen körperlichen Einschränkung des Beschwerdeführers wurde in erster Linie dadurch Rechnung getragen, dass seine vollschichtig zu verwertende Arbeitsfähigkeit auf 80 % reduziert wurde. Soweit der Beschwerdeführer darüber hinaus einen zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn aufgrund seiner Schwindelbeschwerden geltend machte (Urk. 1 S. 5), kann ihm nicht

gefolgt werden. Denn die Y.\_\_\_\_-Gutachter hielten fest, dass lediglich vor sich halbber eine qualitative Einschränkung in dem Sinne bestehe, dass dem Beschwerdeführer keine sturzgefährdenden Tätigkeiten zugemutet werden können (vgl. vorstehend E. 4.2), was aber keinen Abzug zu rechtfertigen vermag. Ein Abzug wegen des Alters ist ebenfalls nicht gerechtfertigt. Der bei Erlass des Einspruchsentscheidendes 50-jährige Beschwerdeführer ist auf dem Arbeitsmarkt für Hilfsarbeit vermittelbar, ohne dass er deswegen lohnmäßige Konzessionen machen müsste, da Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (Urteil des Bundesgerichts I 304/06 vom 22. Januar 2007 E. 4.2). Im Lichte der relativ hohen Hürde, die das Bundesgericht für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.3), ist ein IV-rechtlich erheblicher fehlender Zugang des Beschwerdeführers zum Arbeitsmarkt zu verneinen. Sodann ist auch ein Teilzeitabzug nicht zu rechtfertigen, weil dem Beschwerdeführer die Verrichtung der Tätigkeiten bei um 20 % reduzierter Leistungsfähigkeit ja - wie bereits erwähnt - vollschichtig zu mutbar ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.5.2). Schliesslich ist auch der Ausländerstatus des Beschwerdeführers nicht speziell zu berücksichtigen, da keine Anhaltspunkte bestehen, dass der Beschwerdeführer in dem für ihn in Frage kommenden Arbeitsmarkt benachteiligt wäre. Die Nichtgewährung eines zusätzlichen Abzugs vom Tabellenlohn durch die Beschwerdegegnerin ist somit nicht zu beanstanden.

Damit erweist sich auch das von der Beschwerdegegnerin eingesetzte Invalideneinkommen als zutreffend festgelegt. 7.

Dies führt zur abschliessenden Feststellung, dass die Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden und der resultierende Invaliditätsgrad von 20 % zu bestätigen ist.

Die Einwände des Beschwerdeführers gegen den angefochtenen Entscheid erweisen sich als unbegründet, womit dieser zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 8.

Mit Honorarnote vom 30. September 2013 machte die unentgeltliche Rechtsvertreterin einen Aufwand von 4 Stunden 5 Minuten und Barauslagen von Fr. 19.-- geltend (Urk. 9). Zusammen mit dem geschätzten Aufwand für die Eingabe vom 5. September 2014 (Urk. 18) ist sie somit

bei einem praxi gemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit – gerundet –

Fr. 1'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Claudia Mock Eigenmann, Gockhausen, wird mit Fr. 1'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hin gewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Claudia Mock Eigenmann - Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG - Bundesamt für Gesundheit 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

## **E. 9**

oben).

Der Gutachter attestierte dem Beschwerdeführer aus rein psychischen Gründen derzeit eine über 70%ige Arbeitsunfähigkeit, führte aber auch an, dass er diese Einschätzung nicht als völlig objektiv betrachte, da seit dem Unfall wahrscheinlich psychische Gründe für die Reduktion der Arbeitsfähigkeit mitgespielt hätten (S. 10 Ziff. 5). Eine Tätigkeit sei in erster Linie an einem geschützten Arbeitsplatz noch zumutbar und die Arbeitsfähigkeit könne dann eventuell mit einem Arbeitstraining verbessert werden (S. 10 Ziff. 7 lit. A).

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