

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00389 vom 15. Dezember 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-12-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00389

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00389 du 15 décembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00389 del 15 dicembre 2011

Erwägungen

E. 2

Eventualiter sei dem Beschwerdeführer eine Viertelsrente zuzusprechen.

E. 3

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

E. 3.3

3.3.1. Die Aussagen von Dr. D.____ und pract. med. E.____, Dr. G.____ sowie Dr. Z.____ vermöglichen die Einschätzung des B.____-Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen. Dr. D.____ und pract. med. E.____ äusserten sich nicht zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und beurteilten die Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit sogar optimistischer. Sie bemerkten wie die B.____-Gutachter ein demonstratives Schmerzverhalten (vgl. E. 2.2.1). Dr. G.____ stützte sich bei seiner Festlegung der Arbeitsfähigkeit im Übrigen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers (vgl. E. 2.2.2-3) und gab in objektiver Hinsicht nur eine mutmassende Schätzung - es läge wohl eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vor - ab (vgl. E. 2.2.2). Zudem ist Dr. G.____ kein Facharzt für psychische Leiden, so dass seine diesbezüglichen Aussagen (vgl. E. 2.2.3) entsprechende fachärztliche Angaben zum vornherein nicht in Zweifel zu ziehen vermöglichen. Der langjährige Hausarzt des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 7/1/5; Urk. 7/62/8), Dr. Z.____, gab an, dass dieser seine Arbeitsunfähigkeit jeweils selbst bestimme (E. 2.2.4). Eine eigene, objektive Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit nahm Dr. Z.____ nicht vor (vgl. E. 2.2.4).

3.3.2. Mangels dem entgegenstehender objektiver ärztlicher Hinweise ist davon auszugehen, dass der von Dr. med. Q.____, Oberarzt, und Dr. med. R.____, Assistenzärztin am Spital H.____, in ihrem Bericht vom 23. November 2010 diagnostizierte Kopfhautinfekt mit Pustelbildung bei Verdacht auf Alopezia areata (Urk. 7/91/1) bzw. das von Dr. med. S.____ in ihrem Bericht vom 5. Januar 2011 diagnostizierte Lichen planopilaris (Urk. 7/90/3) die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht beeinflusst.

3.4. Aus den vorliegenden Berichten ergibt sich somit zusammenfassend, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 1992 immer wieder zu 20 % und mehr arbeitsunfähig ist. In seiner bisherigen Tätigkeit als Taxifahrer ist er seit dem 28. Mai 2010 zu 100 % arbeitsunfähig. In leidensangepassten Tätigkeiten besteht seit dem 9. September 2010 eine Arbeitsfähigkeit von ungefähr 80 %. Leidensangepasst sind körperlich leichte bis allenfalls mittelschwere rückenadaptierte, wechselbelastende Tätigkeiten. Hinsichtlich einer Tätigkeit als Hochbauzeichner hätte, sofern diese leidensangepasst ausgestaltet

gewesen wäre, nach der Umschulung im Jahre 1993 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ä

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu prüfen bleibt die Invaliditätsbemessung.

4.1 Ä Ä Ä Ä Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222 E. 4.2 in fine, BGE 128 V 169). Validen- und Invalideneinkommen sind dabei auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Veröffentlichungserlass zu berücksichtigen (BGE 129 V 222).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unter Berücksichtigung der am 11. Mai 2010 erfolgten Anmeldung (Sachverhalt Ziff. 1.2) konnte ein Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens am 11. November 2010 entstehen, weshalb für den Einkommensvergleich die Verhältnisse zu diesem Zeitpunkt massgebend sind.

E. 4

koronare 1-Gefässerkkrankung mit/bei:

- Status nach non-ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) mit proximalem Ramus interventricularis anterior (RIVA)-Verschluss, residueller 50%iger mittlerer RIVA-Stenose im Juni 2008;
- Status nach elektriver Re-Koronarangiographie mit zweitem Stenting bei Progression im mittleren RIVA, residueller Abgangsstenose D1 90%, erhaltener linksventrikulärer Auswurffraktion (LVEF) ohne regionale Wandbewegungsstörungen im November 2008;
- kardiovaskulären Risikofaktoren (cvRF): Status nach Nikotinabusus, arterielle Hypertonie;

E. 4.2

4.2.1 Ä Ä Das Valideneinkommen ist dasjenige Einkommen, das die versicherte Person erzielen konnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG, Art. 28a Abs. 1 IVG). Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen konnte (BGE 131 V 51 E. 5.1.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_488/2008 vom 5. September 2008 E. 6.4). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (beispielsweise geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Dadurch wird der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden

Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig berücksichtigt werden. Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

Wenn sich hingegen die versicherte Person über mehrere Jahre hinweg mit einem bescheidenen Einkommen aus (selbstständiger) Erwerbstätigkeit begnügt hat, ist dieses für die Festlegung des Valideneinkommens massgebend, selbst wenn besser entfallende Erwerbsmöglichkeiten bestanden hätten (BGE 135 V 65 E. 3.4.6, 125 V 146 E. 5c/bb). Denn wenn jemand vor Eintritt des Gesundheitsschadens aus gesundheitsfremden Gründen nur ein sehr geringes, nicht existenzsicherndes Einkommen erzielt hat und nach Eintritt des Gesundheitsschadens immer noch ein Einkommen in unveränderter Höhe erzielen konnte, so ist nicht der Gesundheitsschaden ursächlich für eine allfällige tatsächliche Einkommenseinbusse; kausal sind vielmehr die (nicht bei der Invalidenversicherung versicherten) wirtschaftlichen oder persönlichen Umstände, die bereits beim Gesunden die Erzielung eines höheren Einkommens verhindert haben (BGE 135 V 58 E. 3.4.1).

4.2.2 Aus den Akten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahre 1992 als Maurer bei der Y. AG tätig war (Sachverhalt Ziff. 1.1). Nach Eintritt des Gesundheitsschadens absolvierte der Beschwerdeführer zwar erfolgreich eine Umschulung zum Hochbauzeichner mit eidgenössischem Fähigkeitsausweis (Sachverhalt Ziff. 1.1), wo er mindestens den vorherigen Lohn als (Hilfs-)Maurer hätte erzielen können (vgl. LSE 2008 Tabelle TA1) und demzufolge keine invaliditätsbedingte Einkommenseinbusse hätte hinnehmen müssen, fand als Hochbauzeichner jedoch keine entsprechende Anstellung (vgl. Urk. 1 S. 3 f.; Urk. 7/37/1; Urk. 7/58; Urk. 7/62/6-7; Urk. 7/82/23-24). Der Beschwerdeführer wurde daher freiwillig als Taxifahrer tätig (vgl. Urk. 1 S. 3 f.; Urk. 7/58; Urk. 7/62/6-7; Urk. 7/82/23-24) und gab sich freiwillig mit einem unüblich tieferen Verdienst (vgl. LSE 2008 Tabelle TA1) zufrieden. Da er sich dieser Tätigkeit mit Mindereinkommen aus invaliditätsfremden Gründen, nämlich fehlender Arbeit, freiwillig zuwandte, kann der vom Beschwerdeführer als Hochbauzeichner erzielbare Verdienst bei der Bemessung des Valideneinkommens nicht berücksichtigt werden. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 9. März 2011 (Urk. 2) hinsichtlich des Valideneinkommens auf das Einkommen als Taxifahrer abstellte.

4.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie

Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

4.4. Gemäss dem Beschwerdeführer ist aufgrund seiner behinderungsbedingten Benachteiligung im Vergleich zu gesunden Arbeitnehmern ein Leidensabzug von 20 % vorzunehmen (vgl. Urk. 1 S. 7). Die Beschwerdegegnerin nahm keinen Leidensabzug vor, ging aber im Rahmen ihrer Berechnung des Invalidenlohns aufgrund der behinderungsbedingten 20%igen Leistungseinschränkung lediglich von einem dem Beschwerdeführer zumutbaren 80%igen Pensum aus. Weitere Umstände, denen im Rahmen des leidensbedingten Abzuges Rechnung zu tragen wäre, liegen nicht vor, weshalb das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_126/2011 vom 8. Juli 2011, E. 5.2).

4.4. Die von der Beschwerdegegnerin zur Invaliditätsbemessung herangezogenen Werte (siehe Urk. 2; Urk. 7/84; Urk. 7/85/6), welche zu einem Invaliditätsgrad von 0 % führten (Urk. 2), werden im Übrigen vom Beschwerdeführer nicht gerügt (vgl. Urk. 1) und geben abgesehen davon, dass die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung vom Jahr 2011 statt 2010 ausging, was jedoch am Ergebnis nichts ändert, auch zu keinen weiteren Bemerkungen Anlass.

4.5. Nur ergänzend sei darauf hingewiesen, dass auch die Invaliditätsbemessung des Beschwerdeführers, korrigiert um den rechtsprechungsgemäss nicht vorzunehmenden Leidensabzug, wenn bei vollschichtigem Einsatz eine reduzierte Leistungsfähigkeit attestiert wird (vgl. E. 4.3 am Ende), zu keinem Rentenanspruch führen würde. Bei Annahme eines hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 68'571.-- im ursprünglichen Beruf als Bauarbeiter und eines Invalideneinkommens bemessen nach einem 80%-Pensum im Anforderungsniveau 4, Total, von Fr. 50'712.-- (vgl. Urk. 1 S. 7) resultierte ein ebenfalls rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 26 %.

5. Demnach hat die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

6. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung). Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen, welche gemäss dem Ausgang des Verfahrens dem Beschwerdeführer aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Daniel Christe

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 5

arterielle Hypertonie;

E. 6

gastroösophageale Refluxkrankheit;

E. 7

Mikrohämaturie unklarer Ätiologie mit/bei Ausschluss Harnwegsinfekt (HWI) am 2. Februar 2010.

Es seien drei von fünf Waddellzeichen positiv. Eine Somatisierungstendenz sei nicht auszuschliessen, zumal sich der Beschwerdeführer aufgrund seiner Schmerzen stark in seiner Aktivität limitieren lasse. Er habe oft ein demonstratives Schmerzverhalten gezeigt. Insgesamt habe während des Aufenthaltes keine deutliche Schmerzminderung, jedoch eine leichte Verbesserung von Kraft und Beweglichkeit, insbesondere im Lendenwirbelsäulen-Bereich, sowie eine leichte Leistungssteigerung erreicht werden können. Die psychophysische Belastbarkeit habe sich leicht verbessert (Urk. 7/73/9). Vom 2. bis am 26. Februar 2010 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Es sei ein stufenweiser Wiedereinstieg mit zunächst 25%igem Arbeitspensum zu empfehlen, welches danach gegebenenfalls auf 50 % zu steigern sei, wobei die Steigerungsintervalle lang genug sein sollten (Urk. 7/73/10).

2.2.2.1 Dr. med. G.____, Oberarzt der Rheumatologie am Spital H.____, gab in seinem Bericht vom 29. April 2010 als Diagnose chronische lumbospondylogene Schmerzen und ein chronisches zervikovertebrales Syndrom an. Der Beschwerdeführer leide an diversen Schmerzregionen am Bewegungsapparat, welche stets durch ein überängstliches, zeitweise agitiertes Verhalten überlagert seien. Er erscheine sehr willig, leistungsbereit und zeitweise gar überangepasst, wobei er auch dazu tendiere, jegliche Symptomatologie über zu interpretieren. Die Arbeitsfähigkeit habe von 25 % auf 33 1/3 % gesteigert werden können. Für eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit sehe die Situation derzeit nicht realistisch aus (Urk. 7/61/3). Aufgrund der multiplen Diagnose dürfte eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit gerechtfertigt sein (Urk. 7/61/4).

2.2.3.1 In seinem Bericht vom 14. Juni 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin hielt Dr. G.____ fest, der Beschwerdeführer leide an einem Mischbild von rezidivierend depressiven Entwicklungen mit wechselnd exazerbierenden lumbospondylogenen bzw. zervikovertebralen Beschwerden. Derzeit bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 66 2/3 % für seine Tätigkeit als Taxifahrer. Prognostisch sei höchstens das Erreichen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit als Taxifahrer realistisch. Die tatsächliche Belastbarkeitslimite sei ausserst schwer einzuschätzen, da er zeitweise Korrelate einer agitierten Depression aufweise (Urk. 7/72/7).

2.2.4.1 Dr. Z.____ gab in seinem Bericht vom 15. Juni 2010 zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen an (Urk. 7/73/6):

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits mit bilateraler Spondylolyse L5 mit Ventroglissement L5 gegenüber S1 bei Spondylarthrosen L5/S1;
- chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom beidseits bei degenerativen Veränderungen im Bereiche eines nicht verschmolzenen Apophysenkerns am Prozessus spinosus HWK7;
- Verdacht auf depressive Stimmung;
- koronare 1-Gefässkrankung bei Status nach NSTEMI mit proximalem RIVA-Verschluss im Juni 2008, Status nach elektiver Re-Koronarangiographie mit zweitem Stenting im November 2008;
- arterielle Hypertonie;
- gastrooesophageale Refluxkrankheit;
- Mikrohematurie unklarer Ätiologie.

Die Arbeitsunfähigkeiten seien sehr schwierig festzulegen, da der Beschwerdeführer seine Arbeitsunfähigkeit jeweils selbst bestimme. Vom 6. Juni bis am 31. Juli 2008, vom 1. bis am 30. November 2008, im April und Mai, evtl. teilweise Juni sowie Juli und August 2009 sowie im Februar 2010 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, im März, April und Mai 2010 eine 66-75%ige Arbeitsunfähigkeit und im Juni 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Beschwerdeführer sei als Taxifahrer ideal eingesetzt (Urk. 7/73/7). Die Prognose sei eher ungünstig (Urk. 7/73/6).

2.2.5.1 Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Kardiologie, Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie, sowie Dr. med.

M.____, Medizinische Verantwortung am B.____, nannten in ihrem polydisziplinären B.____-Gutachten vom 3. November 2010 zusammenfassend als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei:

a) Spondylolisthesis L5/S1 Meyerding I, synonym geringes Anteroglisement L5 über S1, bei beidseitiger Lyse L5/S1 ohne aktuell bestehende segmentale Instabilität;

b) röntgenologisch verifizierte Osteochondrose C6/7, Spondylarthrose C7/Th1 sowie geringe keilförmige Deformierung BWK7 mit nachfolgendem Rundrücken, Hohlkreuz und mäßiggradige praesakrale Spondylarthrose;

c) im Hinblick auf die vorbeschriebenen orthopädischen Aspekte keine assoziierten neuropathologischen Befunde etwa im Sinne einer Radiculopathie, allenfalls subjektive myofasziale Schmerzprojektion und Parästhesien.

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit führten sie folgende an:

1. Zervikozephalgien ohne Hinweise für primäre Kopfschmerzen;
2. koronare Herzkrankheit mit NSTEMI am 6. Juni 2008 mit Stent-Implantation im proximalen RIVA-Verschluss, zweite Koronarographie im November 2008 wegen rezidivierenden Thoraxschmerzen und Stent-Implantation in eine mittelschwere Stenose im mittleren RIVA, belassen einer hochgradigen Abgangsstenose des ersten Diagonalastes, unverändert normale linksventrikuläre Funktion; aktuell atypische Thoraxschmerzen, kein Beweis für belastungsinduzierte kardiale Ischämie;
3. Refluxkrankheit unter Pantozol-Behandlung;
4. anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5);
5. leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.01).

Röntgenologisch hätten sich die folgenden fehlstatisch degenerativen Veränderungen gefunden: ein leichtgradiges Anteroglisement L5 über S1, eine mäßige Brustwirbelsäulen-Hyperkyphose bei geringer Keilwirbeldeformierung BWK7, eine lumbale Hyperlordose, eine geringe bis mäßige Osteochondrose sowie eine Spondylarthrose. Diese röntgenpathologischen Befunde erklärten zumindest unter Belastungsbedingungen auftretende panvertebrale Rückenschmerzen (Urk. 7/82/10). Die ehemals krankheitswertigere segmentale Instabilität L5/S1 bei Ventroglissement L5 über S1 im Sinne einer Ventrallisthese Meyerding I sei inzwischen spontan und rein degenerativ bedingt fixiert. Eine segmentale Instabilität liege nicht mehr vor. Allfällige chronisch rezidivierende Rückenschmerzen gründeten auf den mehrsegmentalen und das gesamte Achsenorgan betreffenden degenerativen Schäden (Urk. 7/82/16). In internistischer Hinsicht bestanden keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen (Urk. 7/82/11). Aus internistisch-kardiologischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit seit dem 28. Mai 2010 in der bisherigen und in ähnlich gelagerten Verweistätigkeiten. Neurologisch seien keine fachspezifischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden. Im Hinblick auf die Wirbelsäulenbeschwerden seien ein lumbospondylogenes und ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom vorhanden, aber ohne neurologische und insbesondere ohne radikuläre Defizite, desgleichen eine

Zervikozephalgie ohne Hinweis für eine primäre Kopfschmerzform. Es hätten Hinweise für eine Verdeutlichung, teils auch eine Befundaggravation bestanden. Eine über die orthopädisch begründete Minderung der Arbeitsfähigkeit hinausgehende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei neurologisch nicht auszuweisen gewesen, vielmehr resultiere rein neurologisch eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Taxifahrer und in vergleichbaren Tätigkeiten von 100 % (Urk. 7/82/12). Auch auf der psychischen Ebene bestanden keine Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/82/12; Urk. 7/82/16), es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/82/12). Es resultierten einzig orthopädisch begründete Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/82/13).

Die pathologischen Befunde im Bereich der Wirbelsäule, welche bereits im Jahre 1993 Anlass zu einer Umschulung vom Allrounder auf Baustellen zum Bauzeichner und später zum Taxichauffeur gewesen seien, gestatteten nur noch leichte bis allenfalls mittelschwere rückenadaptierte wechselbelastende Tätigkeiten (Urk. 7/82/13-14). Geeignet seien leichte bis allenfalls mittelschwere wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeiten. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 15kg limitiert. Arbeiten in Zwangshaltungen wie langfristig nur sitzend und nur stehend seien mit 30 Minuten limitiert. Arbeiten in darüber hinausgehenden Zwangshaltungen wie vornüber gebeugt stehend, kniend, hockend, kauern verbunden mit häufigem Wenden, Winden und Strecken seien zu meiden. Eine Arbeitsplatzdisposition in freier und nasskalter Witterung sei ungünstig. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Taxichauffeur gelte aus orthopädischer Sicht und wirbelsäulenbedingt als ungünstig. Beim länger dauernden Sitzen in einem Personauto, beim häufigen Ein- und Aussteigen in das/aus dem Taxi und bei Dispositionen in der Witterung würden die bei einer Wiederaufnahme/Fortführung der bisherigen Tätigkeit als Taxichauffeur immer wieder symptomatisch auffällig werdenden Rückenschmerzsyndrome begünstigt. Von einer Wiederaufnahme dieser bisherigen Tätigkeit werde abgeraten, es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (Urk. 7/82/15). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (Urk. 7/82/17). Die vorliegende Rückenpathologie stehe dem Anforderungsprofil eines Taxifahrers mit längerfristigem Sitzen, häufigem Ein- und Aussteigen und Witterungsdisposition entgegen (Urk. 7/82/21). Aus rein orthopädisch somatischer Sicht könnten qualitativ angepasste Tätigkeiten, entsprechend dem Belastungsprofil, bei einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 20 % infolge nachvollziehbarer alltagsüblicher diffuser Rückenschmerzen, in der Größensordnung von 80 % zugemutet werden. Hier bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der Größensordnung von 80 % (Urk. 7/82/15). Leidensangepasste Tätigkeiten seien zu 8,5 Stunden arbeitstäglich zumutbar, wobei dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit von 20 % bestehe (Urk. 7/82/18). Geeignet seien z.B. kontrollierende, überwachende sowie aufsichtsführende Tätigkeiten, sodann auch leichte rückerengerechte handwerkliche Montagetätigkeiten, Botendienste, Postverteilung und Pförtnerarbeiten, sofern es sich um hinreichend rückerengerechte Arbeitsplatzprofile handle (Urk. 7/82/21). Rückblickend bestehe interkurrent seit dem Jahr 1992 eine immer wieder auftretende Arbeitsunfähigkeit von 20 % und mehr. Es habe sich interkurrent rückblickend um orthopädisch, aber auch internistisch-kardiologisch sowie psychiatrisch begründete Arbeitsausfallszeiten gehandelt (Urk. 7/82/17). Eine Präzisierung stattgehabter Arbeitsunfähigkeitszeiten sei retrospektiv nicht mehr möglich. Ab dem Datum dieser polydisziplinären Abklärung bestehe eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit

in der Grössenordnung von 80 %. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz als Taxichauffeur könne nicht verbessert werden (Urk. 7/82/18).

Die Tätigkeit als Hochbauzeichner habe rückblickend nur dann für qualitativ angepasst und leistungsgerecht gegolten, wenn der Beschwerdeführer in der Lage gewesen sei, nach freiem Ermessen seine Arbeitsposition zwischen Sitzen, Stehen und Umhergehen zu wechseln. Langdauernde Tätigkeiten nur stehend bzw. nur sitzend seien bereits rückblickend im Jahre 1992 und auch nach Umschulung im Jahre 1993 mit 30 Minuten limitiert gewesen. An einem hinreichend wechselbelastend auszubildenden Arbeitsplatz als Hochbauzeichner sei der Beschwerdeführer mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit um 20 % - entsprechend dem derzeitigen Belastungsprofil - arbeitsfähig gewesen (Urk. 7/82/20).

2.2.6 Der zuständige Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. N. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 10. Dezember 2010 fest, in Bezug auf die Tätigkeit als Taxifahrer sei eine Verschlechterung seit dem Unfall vom Mai 2010 eingetreten, so dass von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit als Taxifahrer seit Mai 2010 auszugehen sei. Für eine angepasste Tätigkeit sei ab gleichem Datum von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als Hochbauzeichner könne nicht abschliessend festgelegt werden (Urk. 7/85/5).

Am 8. März 2011 nahm RAD-Arzt Dr. N. ____ ergänzend Stellung, dass zwar nicht abschliessend beurteilt werden könne, ob das für eine angepasste Tätigkeit festgelegte Profil der Tätigkeit als Hochbauzeichner entspreche. Eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepasster Tätigkeit sei aber nicht als in Frage gestellt zu sehen (vgl. Urk. 7/108).

Streitig ist, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

3.1 Gemäss den B. ____-Gutachtern besteht orthopädisch, internistisch-kardiologisch sowie psychiatrisch bedingt interkurrent seit dem Jahr 1992 eine immer wieder auftretende Arbeitsunfähigkeit von 20 % und mehr. Nun sei der Beschwerdeführer in der letzten Tätigkeit als Taxifahrer, bezüglich derer seit dem 28. Mai 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe und die nicht mehr zumutbar sei, durch ein panvertebrales Schmerzsyndrom in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. In Bezug auf leistungsgerechte Tätigkeiten - die Arbeitsfähigkeit sei nunmehr allein in orthopädischer Hinsicht beeinträchtigt - bestehe seit dem 9. September 2010 eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 %. Hinsichtlich einer Tätigkeit als Hochbauzeichner habe, sofern diese leistungsgerecht ausgestaltet gewesen wäre, nach der Umschulung im Jahre 1993 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (vgl. E. 2.2.5). Das B. ____-Gutachten beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen. Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers umfassend auseinander. So bemerkten die Experten Hinweise für eine Verdeutlichung, teils auch eine Befundaggravation (vgl. E. 2.2.5). Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben, wobei es sich auch mit den darin enthaltenen Aussagen auseinandersetzt. Ferner leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerungen der Experten sind in nachvollziehbarer Weise begründet. Das Ärztliche Gutachten

erfüllt daher die praxisgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

3.2.2.2.2 Was der Beschwerdeführer gegen das B.____-Gutachten vorbringt, vermag nicht durchzudringen. Der Beschwerdeführer macht geltend, die zwanghafte Persönlichkeitsstörung in Verbindung mit der leichten depressiven Episode wirke sich ebenfalls auf die Arbeitsfähigkeit aus. Das B.____-Gutachten sei in psychiatrischer Hinsicht unvollständig. Insbesondere seien dem psychiatrischen B.____-Gutachter keine Arztberichte des behandelnden Psychotherapeuten Dr. med. O.____, Oberarzt an der Psychiatrie P.____, vorgelegen (vgl. Urk. 1 S. 6). Was diesen letzten Vorwurf anbelangt, lag dem psychiatrischen B.____-Gutachter Dr. K.____ jedoch der Bericht von Dr. O.____ vom 1. September 2010 vor (Urk. 7/81), in welchem dieser festhielt, dass ihm eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich sei (vgl. Urk. 7/81; Urk. 7/82/54). Mit der Auswirkung der zwanghaften Persönlichkeitsstörung und der leichten depressiven Episode auf den beruflichen Bereich befasste sich Dr. K.____ eingehend. Er erachtete die Symptome indes nur als geringfügig und vorübergehend, weshalb er in psychiatrischer Hinsicht allgemein betrachtet keine Arbeitsunfähigkeit attestierte (vgl. Urk. 7/82/53-54). Auch der Einwand des Beschwerdeführers, Dr. K.____ habe sich nur zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Taxifahrer geäussert (vgl. Urk. 1 S. 6), geht demzufolge fehl.

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