

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00126 vom 17. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00126

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00126 du 17 juin 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00126 del 17 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1957, meldete sich am 22. September 2003 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte mit Verfügung vom 8. November 2004 (Urk. 7/25) und Einspracheentscheid vom 15. Februar 2005 (Urk. 7/39) einen Rentenanspruch. Die dagegen erhobene Beschwerde wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 23. November 2005 im Verfahren Nr. IV.2005.00326 (Urk. 7/46) und vom Bundesgericht mit Urteil vom 19. September 2006 (Urk. 7/91) abgewiesen.

1.2. Am 28. Oktober 2009 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 7/63). Die IV-Stelle holte unter anderem Arztberichte (Urk. 7/78-79, Urk. 7/84-85) ein und veranlasste beim Zentrum Y. ein Gutachten, das am 29. November 2010 erstattet wurde (Urk. 7/90). Nach Eingang eines weiteren Arztberichts (Urk. 7/109) im Vorbescheidverfahren (Urk. 7/98, Urk. 7/105) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 16. Dezember 2011 eine halbe Rente ab November 2009 zu (Urk. 7/119 + Urk. 9/116 = Urk. 2).

E. 2

Gegen die Verfügung vom 16. Dezember 2011 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 1. Februar 2012 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, diese sei aufzuheben (S. 2 Ziff. 1), es sei ein psychiatrisches Gutachten anzuordnen (S. 2 Ziff. 2) und es sei gestützt darauf sein Invaliditätsgrad korrekt festzulegen und ihm mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen (S. 2 Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 23. Februar 2012 (Urk. 6), dem Beschwerdeführer sei eine Schlechterstellung (reformatio in peius) anzudrohen.

Am 1. März 2012 unterbreitete das Gericht den Y.-Gutachtern Ergänzungsfragen (Urk. 9/1), welche diese am 14. März 2012 beantworteten (Urk. 12). Am 15. Mai 2012 (Urk. 19) und am 4. Juni 2012 (Urk. 22) reichte der Beschwerdeführer weitere ärztliche Berichte (Urk. 20, Urk. 23) ein, zu denen die Beschwerdegegnerin auf Stellungnahme verzichtete (Urk. 25). Am 6. März 2013 (Urk. 28) reichte er weitere Berichte (Urk. 29/1-3) ein, was der Beschwerdegegnerin am 11. März 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 30).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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).

1.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 aller Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen konnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen konnte, 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

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 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

- c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.4 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. Â Â Â Â Â Â

2.1 Â Â Â Â In der angefochtenen VerfÃ¼gung ging die Beschwerdegegnerin davon aus, ab Februar 2009 sei eine leichte Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten und dem BeschwerdefÃ¼hrer sei eine der Behinderung angepasste TÃ¤tigkeit im Umfang von 80 % zuzumuten, womit ein InvaliditÃ¤tsgrad von 51 % resultiere (Urk. 2 VerfÃ¼gungsteil 2 S. 1 unten).

Â Â Â Â Â Â In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) machte sie geltend, der im maximal zulÃ¤ssigen Umfang von 25 % vorgenommene Abzug vom Tabellenlohn sei nicht gerechtfertigt (S. 1 Ziff. 2). Ohne Abzug resultiere ein - nicht anspruchsbegrÃ¼ndender - InvaliditÃ¤tsgrad von 34 % (S. 2 oben).

2.2 Â Â Â Â Der BeschwerdefÃ¼hrer stellte sich in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, der von den Y.____-Gutachtern genannte Schweregrad der Depression sei unzutreffend, weshalb weitere AbklÃ¤rungen nÃ¶tig seien (S. 7 f. Ziff. 1). Es werde ferner im Gutachten nicht begrÃ¼ndet, warum die diagnostizierte anhaltende somatoforme SchmerzstÃ¶rung ohne Einfluss auf die ArbeitsfÃ¤higkeit sein solle (S. 8 Ziff. 3 [richtig: 2]). Schliesslich sei der Verdacht auf eine posttraumatische BelastungsstÃ¶rung (PTBS; auch: posttraumatic stress disorder, PTSD) ungenÃ¼gend abgeklÃ¤rt worden (S. 8 f. Ziff. 3).

Â Â Â Â Â Â In spÃ¤teren Eingaben machte er mit Hinweis auf die EinschÃ¤tzung seitens der behandelnden Ãrzte geltend, er sei auf dem ersten Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfÃ¤hig (Urk. 19 S. 2 oben).

2.3 Â Â Â Â Strittig und zu prÃ¼fen ist somit in erster Linie, wie es sich mit dem Gesundheitszustand und der ArbeitsfÃ¤higkeit des BeschwerdefÃ¼hrers verhÃ¤lt, und ob die vorhandenen Beurteilungen diesbezÃ¼glich ausreichend sind.

E. 3

3.1 Â Â Â Â Im Urteil des hiesigen Gerichts war im November 2005, abgestÃ¼tzt auf ein 2004 erstattetes Gutachten, festgehalten worden, dass Âder BeschwerdefÃ¼hrer in der bisherigen TÃ¤tigkeit als Maschinist in der GetrÃ¤nkeverarbeitung nicht mehr arbeitsfÃ¤hig ist. Hingegen besteht eine volle ArbeitsfÃ¤higkeit fÃ¼r eine behinderungsangepasste TÃ¤tigkeit, eine kÃ¶rperlich leichte, wechselbelastende TÃ¤tigkeit ohne repetitives BÃ¼cken und ohne ÃberkopfarbeitenÂ (Urk. 7/46 S. 13 E. 4.5).

3.2 Â Â Â Â Am 25. Oktober 2006 berichtete Dr. med. Z.____, Facharzt FMH fÃ¼r Rheumatologie und Rehabilitation, Ã¼ber seine Untersuchung des BeschwerdefÃ¼hrers (Urk. 7/79/22-23). Er nannte folgende Diagnosen (S. 1):

- chronisches thorakospondylogenes Syndrom
- chronisches zervikospondylogenes Syndrom bei Status nach Diszitis C5/6 mit Blockwirbelbildung und massiver Osteochondrose C7/Th1 sowie massive Streckhaltung mit leichter Kyphose
- chronische Kopfschmerzen
- unsystematischer Schwindel
- depressive Verstimmung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seiner Beurteilung fÄ¼hrte er aus, radiologisch gebe es keine ErklÄ¼rung fÄ¼r die starken thorakospondylogenen Beschwerden. Sowohl die zervikalen als auch die thorakalen Beschwerden schienen funktionell Ä¼berlagert zu sein (S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 22. MÄ¼rz 2007 wurde der BeschwerdefÄ¼hrer wegen seit etwa 1994 bestehenden Kopfschmerzen im Kopfwehzentrum A.____ untersucht (Urk. 7/79/14-15). Als Diagnosen wurden eine MigrÄ¼ne ohne Aura und ein chronisches Spannungskopfweg, differentialdiagnostisch ein analgetika-induzierter Kopfschmerz, genannt (S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 27. Juli 2007 berichtete Dr. med. B.____, FMH Kardiologie und FMH Innere Medizin, Ä¼ber seine kardiologische Verlaufskontrolle (Urk. 7/79/20-21 + Urk. 7/79/34). Er fÄ¼hrte aus, unter der aktuellen Blutdruckbehandlung weise der BeschwerdefÄ¼hrer eine sehr gute Blutdruckkontrolle auf (S. 1 Mitte). Als Diagnosen nannte er eine arterielle Hypertonie, funktionelle Thoraxschmerzen, einen Nikotinabusus und eine Adipositas (S. 1 oben). Die vom Patienten subjektiv als stÄ¼rend empfundene Anstrengungsdyspnoe habe im Belastungstest bei altersentsprechend normaler LeistungsfÄ¼higkeit nicht objektiviert werden kÄ¼nnen (S. 3 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 7. Oktober 2007 (Urk. 7/79/25-26) berichteten die Ä¼rzte des Spitals C.____ Ä¼ber eine notfallmÄ¼ssige Selbstzuweisung des BeschwerdefÄ¼hrers wegen starker Kopfschmerzen und seit 2 Wochen bestehender RÄ¼ckenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein (S. 1). Nach entsprechender Medikation seien die Schmerzen regredient gewesen (S. 2).

3.3 Ä Ä Ä Vom 6. November bis 4. Dezember 2007 weilte der BeschwerdefÄ¼hrer in der Klinik D.____, worÄ¼ber am 25. Mai 2010 berichtet wurde (Urk. 7/85). Dabei wurden die folgenden, hier gekÄ¼rzt angefÄ¼hrten, Diagnosen genannt (S. 1):

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (seit zirka 2002)
- chronisches cervicospondylogenes Schmerzsyndrom
- MigrÄ¼ne ohne Aura und chronische Spannungskopfschmerzen
- arterielle Hypertonie
- leichte Coxarthrose beidseits
- rezidivierende depressive Episoden
- psychosoziale Belastungssituation, traumatische Erfahrungen
- Osteopenie
- Alpha-ThalassÄ¼mie
- Carpaltunnelsyndrom beidseits (klinisch), aktuell nicht symptomatisch
- Adipositas

3.4 Ä Ä Ä Vom 11. Februar bis 7. April 2009 war der BeschwerdefÄ¼hrer fÄ¼r 8 Wochen in tagesklinischer Behandlung im Medizinischen Zentrum E.____, worÄ¼ber am 5. Juni 2009 berichtet wurde (Urk. 7/89/27-33). Dabei wurde unter anderem ausgefÄ¼hrt, gemÄ¼ss den Angaben des BeschwerdefÄ¼hrers hÄ¼tten seine Eltern eine gute Beziehung gehabt (S. 2 oben); der BeschwerdefÄ¼hrer sei sehr gut deutsch sprechend (S. 2 unten). Zum Verlauf wurde Ä¼ber eine Reduktion der Depression in Zusammenhang mit der

Tagesstruktur und der Steigerung sozialer Kontakte und eine leichte Reduktion der Kopfschmerzen berichtet; die übrigen Schmerzen seien unverändert geblieben (S. 4).

Dr. med. F.____, Facharzt Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 19. Januar 2010 (Urk. 7/78) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 21. April 2009 (Ziff. 1.2). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1):

- Depression
- unter psychiatrischer Behandlung
- posttraumatische Belastungssituation
- rezidivierende Migräne ohne Aura mit begleitenden chronischen Spannungskopfschmerzen (bestehend seit Jahren)

Aus kardiovaskulärer Sicht gebe es keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit (Ziff. 1.7).

Med. pract. G.____, Ärztin für physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, berichtete am 26. Januar 2010 (Urk. 7/79/1-10), sie behandle den Beschwerdeführer seit dem 3. August 2009 (Ziff. 1.2). Die bisherige Tätigkeit als Maschinist sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar; körperlich leichte Tätigkeiten mit wechselnder Körperhaltung seien ihm 6-8 Stunden täglich zumutbar (Ziff. 1.7).

3.5 Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gab in seinem Bericht vom 15. April 2010 (Urk. 7/84/1-2) an, dass er den Beschwerdeführer seit September 2005 behandle (Ziff. 1.2). Als Diagnose nannte er rezidivierende, teils schwere, depressive Episoden (Ziff. 1.1). In der angestammten Tätigkeit als Fabrikarbeiter bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit seit Behandlungsbeginn (Ziff. 1.6). Er empfahl, ein integratives somato-psychisches Gutachten zu veranlassen (Ziff. 1.11).

Am 2. Juli 2010 berichteten die Ärzte des Schmerzprogramms der Klinik I.____, der Beschwerdeführer erfülle die notwendigen Aufnahmekriterien nicht (Urk. 7/90/37).

3.6 Vom 9. bis 27. August 2010 weilte der Beschwerdeführer in der Rehabilitationsklinik J.____, worüber am 23. September 2010 berichtet wurde (Urk. 7/90/38-42). Dabei wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1):

- chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)
- Verdacht auf PTBS (ICD-10: F43.1)
- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1)
- arterielle Hypertonie
- Adipositas per magna
- Alpha-Thalassämie
- Migräne ohne Aura

Â Â Â Â Â Â Â Â Anamnestisch wurde unter anderem die Angabe des Beschwerdeführers berichtet, er habe in seinem Heimatland drei Monate im Gefängnis verbracht (S. 1 unten). Gemäss der Erhebung am Eintrittstag liege beim Patienten eine chronifizierte Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren vor. die depressive Symptomatik werde als wiederkehrend berichtet, gegenwärtig imponiere das Bild einer mittelgradigen Episode. Diese sei auf die belastende psychosoziale Situation zurückzuführen (S. 3 unten).

Â Â Â Â Â Â Â Â In den therapeutischen Gesprächen habe der Patient anamnestisch von Gewalterlebnissen in der Ursprungsfamilie und im Krieg in seiner Heimat sowie Negativerfahrungen bei der Flucht in die Schweiz berichtet. Er habe dabei Symptome beschrieben, welche die Verdachtsdiagnose einer PTSD nahelegten (S. 4 Mitte).

3.7 Â Â Â Â Am 29. November 2010 erstatteten Dr. med. K. ____, FMH Orthopädische Chirurgie, Dr. med. L. ____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. T. ____, FMH Neurologie, und Dr. med. M. ____, FMH Innere Medizin, Zentrum Y. ____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/90/2-32). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 10 ff.) und die von ihnen am 18./19. Oktober 2010 (vgl. S. 1) erhobenen Befunde (S. 12 ff.).

Â Â Â Â Â Â Â Â Als vom Beschwerdeführer angegebene Leiden nannten sie multiple Beschwerden am Bewegungsapparat und Kopfschmerzen (S. 10 Ziff. 3.2.1) sowie viele psychische Probleme (S. 13 Ziff. 4.1.1.2).

Â Â Â Â Â Â Â Â Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 Ziff. 5.1):

- chronisches zervikal und lumbal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom
- fortgeschrittene degenerative Veränderungen der unteren Halswirbelsäule mit Blockwirbelbildung C5/6 und im Segment C6/7 akzentuierter Osteochondrose und Spondylose
- anamnestisch Status nach bakterieller Spondylodiszitis
- unvollständige Lumbalisation von S1 bei insgesamt moderaten degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule
- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.01)
- chronische Spannungskopfschmerzen
- Migräne ohne Aura
- Analgetika-induzierter Kopfschmerz
- unspezifische Schwindelbeschwerden, wahrscheinlich medikamentös induziert
- leichtgradiges subakromiales Impingement Schulter rechts
- klinisch keine Hinweise auf eine funktionell relevante Läsion der Rotatorenmanschette

Â Â Â Â Â Â Â Â Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 28 Ziff. 5.2):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

- Residuen einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F62.0)
- Adipositas mit Body Mass Index 35.7 kg/m²
- deutliche hypochrome Mikrozytämie
- anamnestisch Alpha-Thalassämie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer Beurteilung fährten die Gutachter aus, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Getrænkeproduktion habe der Beschwerdeführer häufig hohe Gewichte bewegen müssen; dafür sei aus orthopädischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 28 Ziff. 6.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Arbeitsfähigkeit in anderen Tätigkeiten fährten sie aus, für bestimmte - näher umschriebene - Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit mit um 20 % vermindertem Rendement, somit eine zumutbare effektiv verwertbare Arbeitsleistung von 80 %. Aus psychiatrischer und neurologischer Sicht bestehe bei vollzeitlicher Präsenz eine Leistungseinbuße von 20 %. Aus internistischer Sicht beständen keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend bestehe für körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnden Positionen, wo eine Hebe- und Traglimite von 5 kg nur ausnahmsweise und von 10 kg gar nicht überschritten werde und keine Zwangshaltungen von Nacken und Rumpf oder überkopfbewegungen der Arme vorkämen, eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit mit um 20 % vermindertem Rendement, somit eine zumutbare effektiv verwertbare Arbeitsleistung von 80 %; die Einschränkungen aus psychiatrischer und somatischer Sicht ergänzten sich dabei und kumulierten sich nicht (S. 29 Ziff. 6.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Explorand erachte sich selbst in Anbetracht seines Gesamtzustandes als nicht mehr arbeitsfähig in jeder Tätigkeit, was die Gutachter betreffend die früher ausgeübte Tätigkeit in der Getrænkeproduktion gut nachvollziehen könnten. Bezüglich körperlich adaptierter Tätigkeiten bestehe jedoch ein deutlicher Gegensatz zu ihrer Beurteilung (S. 30 Ziff. 6.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu früheren ärztlichen Einschätzungen Stellung nehmend fährten die Gutachter unter anderem aus, im Bericht des behandelnden Psychiaters vom April 2010 (vgl. vorstehend E. 3.5) werde eine teils schwere depressive Episode festgehalten. Aufgrund ihrer Befunde könnten sie grundsätzlich die depressive Störung bestätigen, seien aber der Auffassung, dass diese lediglich leichtgradiger Art sei, da beim Exploranden die Integration in die Familie und die Mobilität im Alltag auf durchaus noch vorhandene Ressourcen verwiesen (S. 16 Ziff. 4.1.8). Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (gemäß dem Bericht über die tagesklinische Behandlung im Zentrum E.____; vgl. vorstehend E. 3.4) könnten sie bestätigen wie auch grundsätzlich das Vorliegen einer depressiven Störung, allerdings nicht mittelgradigen Ausmasses. Bezogen auf den Austrittsbericht der Klinik J.____ fährten sie aus, grundsätzlich könnten auch die Residuen einer posttraumatischen Belastungsstörung bestätigt werden; ihre Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei jedoch differenziert zu beurteilen (S. 17 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin äusserten sich die Gutachter am 23. Mai 2011 (Urk. 7/94) und fährten aus, es handle sich nicht um eine andere Beurteilung des bekannten Sachverhalts von 2003, sondern es seien tatsächlich neue medizinische Probleme aufgetaucht. Schon allein auf somatischer Ebene seien einige

zusätzliche Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben worden. Dazu habe sich mittlerweile auch der psychische Zustand des Versicherten etwas verschlechtert, was sie im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischen Symptomen, klassifiziert hätten (S. 1 Ziff. 1). Für körperlich adaptierte Tätigkeiten entsprechend dem im Gutachten formulierten Belastungsprofil hätten aus psychiatrischer Sicht dokumentierte Einschränkungen ab Februar 2009 bestanden, die im Verlauf bis zum Gutachten in etwa konstant geblieben sein dürften. Wann genau zwischen 2004 und 2010 auf somatischer Ebene die beschriebene Verschlechterung eingetreten sei, lasse sich retrospektiv nicht mehr sagen (S. 2 Ziff. 2).

3.8 Am 10. November 2011 berichtete Dr. med. N.____, Oberarzt, Psychiatrische Klinik O.____, über ein Vorgespräch mit dem Beschwerdeführer (7/109 = Urk. 7/111 = Urk. 13). Dieser sei vom behandelnden Psychiater zur Abklärung des Verdachts auf eine posttraumatische Belastungsstörung und einer eventuellen stationären Therapie zugewiesen worden (S. 1 oben).

Er nannte folgende Diagnosen (S. 2):

- posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F40.1)
- mittel- bis schwergradige depressive Episode (ICD-10 F32.2)
- dissoziative Störung (ICD-10 F44.9)

Die Diagnose einer PT(B)S lasse sich auch durch die Testung mit dem Essener Traumainventar deutlich verifizieren und aufgrund der Schwere und Komplexität der Erkrankung sei eine spezifische stationäre Traumatherapie indiziert (S. 2 Mitte).

3.9 Am 14. März 2012 nahmen die Y.____-Gutachter zum O.____-Bericht und den ihnen vom Gericht unterbreiteten Fragen Stellung (Urk. 12). Sie führten aus, sie schlössen die Diagnose einer PTBS nicht aus. Allerdings seien sie der Meinung, dass es sich dabei lediglich um Residuen und nicht um das Vollbild einer PTBS handle; beispielsweise fehlten die bei einer PTBS typischen Erinnerungsintrusionen. Sie wiesen auch darauf hin, dass der Explorand in der Schweiz während 11 Jahren in vollem Pensum als Maschinist in einer Getränkefirma angestellt war. Es mute deshalb merkwürdig an, wenn die PTBS, ohne das Hinzukommen einer erneuten Retraumatisierung, eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben sollte. Ausserdem sei die attestierte depressive Störung nicht kategorisch von der PTBS zu trennen, sie könne als Langzeitfolge im Zusammenhang mit den früher erlebten traumatischen Ereignissen interpretiert werden. Dadurch könne gesagt werden, dass die PTBS indirekt eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausübe (S. 1 Ziff. 1.1). Weiter führten sie aus, sie hielten auch nach Einsicht in den O.____-Bericht an der attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % fest. Sie hätten schon im Gutachten auf eine insuffiziente Behandlungssituation in Form einer erniedrigten Antidepressiva-Konzentration im Serum hingewiesen. Der Explorand sei gemäss ihrer Auffassung weiter behandlungsbedürftig und sie begräussten eine Intensivierung derselben (S. 1 f. Ziff. 1.2).

3.10 Am 14. Mai 2012 nahmen Dr. N.____, und lic. phil. P.____, Psychologin, Klinik O.____, Stellung (Urk. 20) und berichteten, der Beschwerdeführer sei am 12. März 2012 in die offen geführte Spezialstation für Traumafolgestörungen eingetreten; ein solcher Aufenthalt dauere erfahrungsgemäss zirka 12 Wochen (S. 1 Ziff. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Stellungnahme der Y.____-Gutachter (vorstehend E. 3.9) fÄ¼hrten sie aus, das Vollbild einer PTBS kÄ¶nne sich auch nach Jahrzehnten ohne grÄ¶sseren Ä¶usseren Anlass entwickeln. Bei einer VerÄ¶nderung der psychosozialen Situation, beispielsweise ArbeitsunfÄ¶higkeit aufgrund somatischer oder psychischer Erkrankungen, brÄ¶chen die bisherigen BewÄ¶ltigungsstrategien zusammen. Der BeschwerdefÄ¼hrer sei vorher im Vierschichtbetrieb beschÄ¶ftigt gewesen und habe sich zudem um die Erziehung seiner Kinder gekÄ¼mmert, weil dies fÄ¼r seine Ehefrau aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nur bedingt mÄ¶glich gewesen sei. Die Ablenkung durch diese Aufgaben sowie der Lebensinhalt hÄ¶tten ihres Erachtens zumindest teilweise gedient, das intrusive Erleben einzuschrÄ¶nken (S. 2 Ziff. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass gemÄ¶ss den Y.____-Gutachtern die attestierte depressive StÄ¶rung nicht kategorisch von der PTBS zu trennen sei, erscheine durchaus plausibel, zumal es Ä¶berlappungen in den Symptomen beider StÄ¶rungen gebe. Dennoch seien ihres Erachtens die Kriterien gemÄ¶ss der klassifikatorischen Diagnostik mit ICD-10 sowie DSM-IV fÄ¼r beide StÄ¶rungen hinreichend erfÄ¼llt (S. 2 f.). Dies fÄ¼hrten sie nÄ¶her aus, indem sie drei diagnostische Kriterien der PTBS (intrusives Wiedererleben, Vermeidung, Ä¶bererregung) und deren Symptomatik auflisteten (S. 3 Ziff. 6). Dem Ausmass der Traumata werde ihres Erachtens im Gutachten kaum Rechnung getragen. Beispielsweise halte der Gutachter geordnete und harmonische FamilienverhÄ¶ltnisse sowie eine strenge Erziehung fest; im therapeutischen Setting berichte der BeschwerdefÄ¼hrer jedoch von brutaler Gewalt seitens des Vaters gegen ihn selbst sowie von fast tÄ¶glicher Gewalt gegen seine Mutter (S. 3 f.). Die Ä¶ngste, die im Gutachten als diffus beschrieben und im Rahmen der depressiven StÄ¶rung interpretiert wÄ¼rden, Ä¶kÄ¶nnten ebenfalls als emotionale Reaktionen bei der Begegnung mit Trigger-Reizen im Rahmen der Posttraumatischen BelastungsstÄ¶rung gesehen werdenÄ¶. Bei Traumapatienten vor allem mit langer Leidensgeschichte seien solche Trigger hÄ¶ufig weit entfernt vom ursprÄ¼nglichen Trauma, so dass deren genaue Identifizierung und / oder Nachvollziehbarkeit schwer fielen (S. 4 oben). Schliesslich fÄ¼hrten sie - mit nÄ¶herer BegrÄ¼ndung - aus, ihres Erachtens handle es sich um eine mittelgradige depressive Episode (S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Austrittsbericht vom 30. Mai 2012 (Urk. 23) wurde ausgefÄ¼hrt, es sei insgesamt subjektiv und objektiv zu einer leichten Verbesserung des Zustandsbilds gekommen (S. 4 oben). WÄ¶hrend des Aufenthalts und auch bei Austritt sei der BeschwerdefÄ¼hrer zu 100 arbeitsunfÄ¶hig gewesen (S. 5 Mitte).

3.11Ä Ä Am 30. Januar 2013 berichteten die Ä¶rzte der Abteilung Paraplegie der Klinik R.____ Ä¼ber ihre neurologische Untersuchung vom Vortag (Urk. 29/1) und fÄ¼hrten aus, die Befunde seien gut vereinbar mit einer Myelopathie (S. 3 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 26. Februar 2013 berichteten die Ä¶rzte der WirbelsÄ¶ulensprechstunde der Klinik R.____ Ä¼ber unverÄ¶ndert bestehende Nackenschmerzen und fÄ¼hrten aus, welche Art von Operation indiziert sei; der BeschwerdefÄ¼hrer werde sich dies Ä¼berlegen (Urk. 29/2).

Ä

E. 4

4.1Ä Ä Ä Ä Zur diagnostischen Kontroverse zwischen den Y.____-Gutachtern und den behandelnden Fachleuten der Klinik O.____ betreffend PTBS ist einleitend festzuhalten,

dass der seit 2005 behandelnde Psychiater noch im April 2010 keine PTBS erwähnte, weder als Diagnose noch als Verdachtsdiagnose (vorstehend E. 3.5).

Erstmals wurde eine solche Verdachtsdiagnose im Austrittsbericht der Klinik J. ___ im September 2010 erwähnt (vorstehend E. 3.6). Im Y. ___-Gutachten wurden sodann im November 2010 Residuen einer PTBS diagnostiziert (vorstehend E. 3.7), wobei diese nach ICD-10 als andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) klassifiziert wurden. Erst rund ein Jahr später überwies der behandelnde Psychiater den Beschwerdeführer zur Abklärung einer allfälligen PTBS an die Klinik O. ___, wo sodann im November 2011 eine PTBS diagnostiziert wurde (vorstehend E. 3.8); dass dabei die Klassifizierung nach ICD-10 für soziale Phobien (F40.1) und nicht diejenige für eine PTBS (F43.1) genannt wurde, dürfte ein Versehen gewesen sein.

Erwähnenswert ist sodann, dass die O. ___-Fachleute erstens zum Beleg dafür, dass die diagnostischen Kriterien für eine PTBS erfüllt seien, nur deren drei auflisteten. Unerwähnt blieb das Kriterium eines Ereignisses von aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmass, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (ICD-10) beziehungsweise das Stressorkriterium des eine Bedrohung des Lebens beziehungsweise der körperlichen Integrität bedeutenden Ereignisses verbunden mit der Reaktion von intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Grauen (DSM-IV).

Zudem nannten sie zwar die zu den von ihnen aufgelisteten Kriterien gehörenden Symptome und brachten damit implizit zum Ausdruck, diese seien beim Beschwerdeführer gegeben. Ein Nachweis dafür in Form von konkreten, beim Beschwerdeführer feststellbaren Befunden findet sich jedoch in der O. ___-Stellungnahme nicht, und auch nicht im Austrittsbericht vom Mai 2012 (Urk. 23), wo ausser Eintritts- und Austrittsstatus in erster Linie über den Verlauf und die Beurteilung berichtet wurde.

Schliesslich kann der kritischen Bemerkung, im Y. ___-Gutachten werde dem Ausmass der Traumata kaum Rechnung getragen, nur bedingt gefolgt werden. Es ist der Beschwerdeführer, dessen Angaben festgehalten wurden. So hat er nicht nur den Y. ___-Gutachtern, sondern beispielsweise 2009 auch den Ärzten des Zentrums E. ___ unter anderem von einer guten Beziehung der Eltern untereinander berichtet (vorstehend 3.4). Wenn er nun später im therapeutischen Setting über Erinnerungen zu berichten wusste, die mit den früheren Angaben divergierten, so mag dies aus therapeutischer Sicht seinen guten Sinn haben, eignet sich jedoch nicht dazu, den früheren Berichterstatern einen fachlichen Vorwurf zu machen.

4.2 Aus den genannten Kritikpunkten, die gegenüber der Beurteilung durch die O. ___-Fachleute anzubringen sind (vorstehend E. 4.1), folgt, dass diese jedenfalls nicht in einem Masse nachvollziehbar und überzeugend ausgefallen ist, dass ihr gegenüber dem Gutachten aus Gründen der inhaltlichen Plausibilität der Vorzug zu geben wäre.

4.3 Sodann fällt ins Gewicht, dass gemäss konstanter Praxis des Bundesgerichts die Diagnose gemäss ICD-10 zwingend ein belastendes Ereignis oder eine Situation mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (Urteil 9C_665/2010 vom 25. November 2010 E. 4.1) beziehungsweise ein traumatisierendes Ereignis von

aussergewöhnlicher Schwere (Ä), etwa die Verwicklung in kriegerische Ereignisse mit dem Erleben unmittelbar drohender Todesgefahr sowie existenzbedrohende Lager- und Foltererlebnisse (Urteil 8C_223/2012 vom 14. August 2012 E. 4.1) verlangt. Dafür nicht ausreichend sind etwa frühere Kriegserlebnisse ohne Verwicklung in direkte Kampfhandlungen (Urteil I 203/06 vom 28. Dezember 2006 E. 4.3) oder eine schwierige Kindheit und die Erfahrung von Beziehungsgewalt in Adoleszenz und Erwachsenenalter (Urteil 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter ist zu berücksichtigen, dass nach den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 die Störung dem Trauma mit einer Latenz von selten mehr als sechs Monaten folgt. Deshalb war für das Bundesgericht nicht zu beanstanden, dass bei einem Versicherten die Belastung aufgrund von beinahe 20 Jahre zurückliegenden Kriegserfahrungen mit Geschehnissen, die für ihn eine aussergewöhnliche Bedrohung darstellten, mangels spezieller symptomatischer Anhaltspunkte für das Vorliegen einer PTBS von den Gutachtern ausschliesslich in den Kontext einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt worden war (Urteil I 750/06 vom 22. August 2007 E. 3.2.1).

4.4 Ä Ä Ä Folgt man den dargelegten Grundzügen der massgebenden Rechtsprechung (vorstehend E. 4.3), so fällt ein Abstellen auf die Beurteilung durch die behandelnden O.___-Fachleute vollends ausser Betracht (vgl. dazu auch Urteil I 715/05 vom 27. Januar 2006 E. 6.2).

4.5 Ä Ä Ä Ä Damit ist die Ausgangslage betreffend die medizinische Beurteilung praktisch gleich wie im 2006 vom Bundesgericht beurteilten und ebenfalls den Beschwerdeführer betreffenden Fall, war doch auch damals zu entscheiden, ob auf das damals vorliegende Gutachten oder die Einschätzung durch den behandelnden Psychiater abzustellen sei. Das Bundesgericht gab dem Gutachten den Vorzug, und zwar unter anderem mit der Begründung, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und sie dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050 f.). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 175 Erw. 4; Urteil D. vom 13. Juni 2001, I 506/00) kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil H. vom 18. April 2006, I 783/05). Dies ist zu verneinen, hat sich doch der Gutachter - wie auch die Vorinstanz dargelegt hat - eingehend mit den von Dr. med. S.____ gestellten Diagnosen auseinandergesetzt und seine Diagnose nachvollziehbar dargelegt. (Urteil I 51/06 vom 19. September 2006, E. 3.1.2).

4.6 Ä Ä Ä Ä So verhält es sich auch hier, so dass der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt ist, dass von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in dem Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeiten auszugehen ist.

4.7. Die vom Beschwerdeführer nachgereichten Arztberichte (Urk. 29/1-2) lassen erkennen, dass erstmals im Januar 2013 eine - eventuell operationsbedingte - Myelopathie diagnostiziert wurde (vorstehend E. 3.11).

Diese Berichte enthalten - abgesehen davon, dass keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ersichtlich sind - nichts, dass darauf schliessen liesse, dass die neu gestellte Diagnose schon im Verfallungszeitpunkt (Dezember 2011) relevant gewesen sein könnte. Sie beschlagen somit einen Zeitraum, welcher der Überprüfung im vorliegenden Verfahren nicht zugänglich ist, und bleiben dementsprechend ausser Betracht.

E. 5

5.1. Die Beschwerdegegnerin hat die der angefochtenen Verfallung zugrunde gelegte Invaliditätsbemessung (Urk. 7/95) ausgehend von der Arbeitsfähigkeit, wie sie vorstehend umschrieben wurde, vorgenommen, was demnach nicht zu beanstanden ist.

5.2. Dabei hat sie auf behinderungsbedingte Einschränkungen (nur sehr leichte Arbeit, keine Zwangshaltungen, keine Überkopparbeiten, Wechselbelastung) hingewiesen und damit einen Abzug vom Tabellenlohn von 25 % begründet (Urk. 7/95 S. 2), womit ein Invaliditätsgrad von 51 % resultierte.

In ihrer Beschwerdeantwort stellte sie sich auf den Standpunkt, ein solcher Abzug sei nicht gerechtfertigt, denn mit der Restarbeitsfähigkeit von (lediglich) 80 % sei bereits berücksichtigt, dass diese Tätigkeit körperlich leicht und wechselbelastend sowie ohne Zwangshaltungen und Überkopparbeiten und mit einer Gewichtslimite sein müsse; daher sei grundsätzlich kein leidensbedingter Abzug vorzunehmen (Urk. 6 S. 1 f. Ziff. 2).

5.3. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu korzieren. 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). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt

werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

5.4. Ob ein (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeter) Leidensabzug vorzunehmen sei, ist eine Rechtsfrage (BGE 132 V 393 E. 3.3 S. 399).

Die Höhe des Abzugs ist eine Frage des Ermessens, das nur bei fehlerhafter Betätigung der Korrektur zugänglich ist (BGE 132 V 393 E. 3.3 S. 399). Das kantonale Gericht hat sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen (Urteil des Bundesgerichts I 337/06 vom 14. Juli 2006 E. 3.2), das Bundesgericht seinerseits korrigiert nur eine vorangegangene rechtsfehlerhafte Ermessensbetätigung (BGE 132 V 393 E. 3.3 S. 399).

5.5. Die Beschwerdegegnerin hat den Abzug betreffend in der Beschwerdeantwort einen anderen Standpunkt eingenommen als noch in der angefochtenen Verfügung. War sie in der Verfügung davon ausgegangen, es sei ein Abzug angezeigt, so vertritt sie nun die Meinung, es sei grundsätzlich kein Abzug vorzunehmen (vorstehend 5.2).

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren aktuellen Standpunkt sinngemäss damit, dass den sich aus dem Belastungsprofil ergebenden Einschränkungen (körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeit, keine Zwangshaltungen und Überkopparbeiten; Gewichtslimite) im Gutachten dadurch Rechnung getragen worden sei, dass die Arbeitsfähigkeit lediglich mit 80 % veranschlagt wurde.

Diese Interpretation des Gutachtens steht im Widerspruch zu dessen Wortlaut und ergibt keinen Sinn. Die Gutachter haben ein Belastungsprofil formuliert, das umschreibt, welche Tätigkeiten überhaupt in Frage kommen; Tätigkeiten, die nicht diesem Profil entsprechen (beispielsweise körperlich mittelschwere und schwere, oder solche mit Zwangshaltungen und Überkopparbeiten) kommen demnach gar nicht in Frage. Für Tätigkeiten, die dem genannten Profil entsprechen, attestierten die Gutachter sodann eine Leistungsfähigkeit von 80 %. Es kann keine Rede davon sein, die von der Beschwerdegegnerin dem Belastungsprofil entnommenen Elemente seien in der Arbeitsfähigkeit von 80 % berücksichtigt, vielmehr sind sie in dem Sinne vorausgesetzt, dass nur solche Arbeiten überhaupt in Frage kommen und selbst dann die Arbeitsfähigkeit nur 80 % beträgt.

5.6. Dem Standpunkt der Beschwerdegegnerin, aus den von ihr genannten Gründen sei gar kein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt, kann mangels Plausibilität somit nicht gefolgt werden. Es ist im Gegenteil festzuhalten, dass die aus dem Belastungsprofil sich ergebenden Einschränkungen einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen.

5.7. Welche Höhe dieser - hier grundsätzlich angezeigte - Abzug haben soll, ist eine Ermessensfrage (vorstehend E. 5.4). Die Beschwerdegegnerin hat ihr diesbezügliches Ermessen im Rahmen der angefochtenen Verfügung betätigt und hat einen Abzug von 25 % vorgenommen. In diese Ermessensausübung der Beschwerdegegnerin einzugreifen besteht für das angerufene Gericht keine Veranlassung, sind doch keine Anzeichen ersichtlich (oder von den Parteien geltend gemacht worden), dass die Ermessensbetätigung anders als pflichtgemäss erfolgt sein könnte.

