

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00925 vom 9. Januar 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-01-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00925](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00925)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00925 du 9 janvier 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00925 del 9 gennaio 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1953, arbeitete zuletzt seit 1991 als Hilfsmagaziner und Hilfsmonteur Kältetechnik bei der Y.\_\_\_\_ AG (beziehungsweise deren Vorgängerfirmen, Urk. 8/12 und Urk. 8/18). Wegen einer medial betonten Gonarthrose rechts bei Status nach Teilmeniskektomie rechts im Februar 2006 wurde er ab 24. September 2007 vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben. Am 15. April 2008 (Urk. 8/3) meldete er sich unter Hinweis auf Schmerzen und Arthrose im rechten Knie und der linken Hüfte bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an.

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog verschiedentlich Akten des Krankentaggeldversicherers, der Helsana Versicherungen AG, bei und tätigte medizinische sowie berufliche Abklärungen. Die Anstellung bei der Y.\_\_\_\_ AG wurde ihm - nach weiterhin anhaltender Arbeitsunfähigkeit - am 22. September 2008 (Urk. 8/23) per 31. Dezember 2008 gekündigt.

Nachdem ein geplantes Arbeitstraining wegen verschlechterter gesundheitlicher Situation nicht durchgeführt werden konnte (Verlaufsprotokoll vom

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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 in der seit dem 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Fassung).

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 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. 2.1

Der seit 1995 behandelnde Dr. med. Z.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 17. Juni 2008 (Urk. 8/15/2-6) eine schwere Gonarthrose rechts seit 2005, eine Coxarthrose beidseits (linksbetont) seit 2007, ein Lumbovertebralsyndrom links sowie einen Status nach Meniskektomie rechts/Gelenkstoilette im Juni 2006 (Ziff. 1.1). Im angestammten Beruf attestierte er eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit seit 24. September 2007 (Ziff. 2), eine angepasste Tätigkeit erachtete er als vollzeitlich zumutbar (Ziff. 5.2).

Am 11. September 2012 (Urk. 8/39/1-4) ergänzte er die Diagnoseliste um eine Epicondylopathie beidseits seit 2011 (Ziff. 1.1) und erachtete eine behinderungsangepasste Tätigkeit (vorwiegend sitzend) als zu 50 bis 100 % zumutbar (Ziff. 1.7). 2.2

Dr. med. A.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, spez. Rheumatologie, schilderte in seinem Konsiliarbericht zu Händen des Krankentaggeldversicherers vom 18. Juni 2008 (Urk. 16) die vorhandenen bildgebenden Untersuchungsergebnisse: Im Kniegelenk (Aufnahme vom 2. Oktober 2007) zeigte sich eine fortgeschrittene mediale Gonarthrose mit Osteophytenbildungen am Tibiaplateau und Femurkondylus sowie eine Retropatellararthrose mit deutlicher Ausziehung am Oberpol. Die Beckenaufnahme (vom 4. Februar 2008) zeigte dysplastische Hüftgelenke mit beginnender Coxarthrose linksbetont (rechtsseitig diskrete degenerative Veränderungen, deutliche Ausziehungen linksseitig, S. 2).

Er diagnostizierte eine fortgeschrittene mediale und retropatelläre

Gonarthrose rechts mit diskreter Ergussbildung und beginnender Oberschenkelatrophie, eine beginnende Coxarthrose links sowie eine diskrete Sklerose rechts (aktuell

asymptomatisch) und ein chronisches Facettengelenks-fortgeleitetes lumbover tebrales Schmerzsyndrom links bei degenerativen Veränderungen ( Diskopathie mehrsegmental L3 bis S1 mit beginnender Spondylarthrose beidseits, deutlich fortgeschritten L5/S1, S. 3).

Dr. A. \_\_\_ befand den Beschwerdeführer bei bestehender Dreietagenproblematik als nicht mehr arbeitsfähig in der angestammten Tätigkeit als Hilfsmonteur (Überlastung des Knie- und Hüftgelenks sowie der lumbalen Wirbelsäule). Er erwartete keine Besserung der Arbeitsfähigkeit, auch nicht durch einen operativen Eingriff am Kniegelenk rechts mit Teilprothese, wegen der Pathologie in Hüfte und Rücken. Ohne operative Intervention befand er eine behinderungsangepasste Tätigkeit als zu 80 % zumutbar (mit entsprechendem Profil, S. 4). 2. 3

Die psychiatrischen Spezialisten des B. \_\_\_ , med. pract . C. \_\_\_ ,

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. D. \_\_\_ , Klinischer Psychologe und Supervisor, bei welchen sich der Beschwerdeführer nach Erhalt des Vorbescheides in Behandlung begeben hatte, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 11. Januar 2013 ( Urk. 8/53) aus ihrem Fachbereich eine mittelgradige depressive Episode sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (S. 1). Sie verwiesen auf seit Beginn der Knie schmerzen im Jahr 2003 sowie der Schmerzen in Hüfte, Fuss, Ellbogen und Lendenwirbelsäule (LWS) geklagte Schlafstörungen, Lust- und Interesselosigkeit, Gedankenkreisen, Rückzug, Antriebslosigkeit, Sinnlosigkeitsgedanken, Verlust von Selbstvertrauen, Müdigkeit. Sie schilderten weiter deutliche Depressionen seit dem Tod des Bruders im Jahr 2001 (S. 2). 2.4 2. 4 . 1

Im Rahmen der orthopädischen Untersuchung durch med. pract . E. \_\_\_ , Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, RAD, vom

15. April 2013 (Bericht vom 8. Mai 2013, Urk. 8/71) klagte der Beschwerdeführer über anhaltende Schmerzen im rechten Knie, im rechten Fuss, in beiden Ellenbogen, in der Hüfte, der LWS und der Schulter-/Nackenregion. Die Beschwerden würden durch körperliche Belastung verstärkt. Beim Gehen habe er starke Schmerzen. Im Liegen seien die Schmerzen etwas geringer ausgeprägt. Insgesamt könne er maximal 20 bis 30 Meter zu Fuss gehen, danach leide er unter starken Rückenschmerzen. Auch im Sitzen leide er unter starken Rücken schmerzen. Diese beständen Tag und Nacht, daher könne er nicht mehr tief schlafen. Auch Alltagsbelastungen wie zum Beispiel spazieren gehen seien ihm nicht mehr möglich ( Ziff. 1).

Nach Einsichtnahme in die medizinischen Vorakten

( Ziff.

## **E. 6**

Juli 2012, Urk. 8/34), holte die IV-Stelle einen aktuellen Arztbericht ein ( Urk. 8/39), nahm Einsicht in ergänzende Akten des Krankentaggeldversicherers ( Urk. 8/40) und stellte mit Vorbescheid vom 15. Oktober 2012 ( Urk. 8/44) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Im Rahmen des Einwandverfahrens ( Urk. 8/45-49 und Urk. 8/54) legte der Versicherte verschiedene Arztberichte auf ( Urk. 8/53, Urk. 8/56; vgl. auch Urk. 8/67-69), worauf die IV-Stelle eine psychiatrische und orthopädische Untersuchung durch Mediziner ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) veranlasste (Berichte vom 8. Mai 2013, Urk. 8/70-71). Nach Eingang weiterer ärztlicher Berichte ( Urk. 8/72, Urk. 8/76 und Urk. 8/82) verfügte die IV-Stelle am 10. September 2013 ( Urk. 2) im ange kündigten Sinne. 2.

Hiergegen erhob der Versicherte am 11. Oktober 2013 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, eine psychiatrische und orthopädische Begutachtung in die Wege zu leiten; gestützt auf das Gutachten sei über den Anspruch auf eine Invalidenrente neu zu verfügen ( Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte am 11. November 2013 ( Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde. Am 12. November 2013 ( Urk. 9) legte der Versicherte weitere medizinische Unterlagen auf ( Urk. 10/1-2). Am 11. Dezember 2013 ( Urk. 11) zog das Gericht die Akten des Kranktaggeldversicherers

bei ( Urk. 14/1-106 und Urk. 16). Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an den gestellten Anträgen fest ( Urk. 21 und Urk. 25). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 7**

S. 7) und Durchführung verschiedener Untersuchungen ( Ziff. 7) diagnostizierte med. pract . E.\_\_\_\_ eine fortgeschrittene mediale Gonarthrose rechts, eine beginnende Cox arthrose links, eine generalisierte Dorsolumbalgie sowie eine Arthralgie beider Ellenbogen ( Ziff. 8). Sie führte aus, die in den Vorberichten dokumentierte Polyarthrose mit Betonung des rechten Kniegelenkes habe im Rahmen der Untersuchung nachvollzogen werden können. Der klinische Untersuchungsbefund entspreche im Wesentlichen demjenigen, welcher von den Ärzten des Spitals F.\_\_\_\_

bereits am 16. Dezember 2005 dokumentiert worden sei (vgl. Urk. 8/69). Der klinische Befund und das vom Beschwerdeführer vorgelegte Knochenszintigramm (vom 19. März 2005, Urk. 8/68) korrespondierten ebenfalls gut. Klinisch bestünden keine schwerwiegenden Funktionsminderungen der Wirbelsäule, was gut mit dem vom Beschwerdeführer vorgelegten Röntgenbefund der Halswirbelsäule (HWS) und LWS vom 12. März 2013 ( Urk. 8/67) korrespondiere, der einen altersgemässen Befund dokumentiere ( Ziff. 9) .

In ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung attestierte med. pract . E.\_\_\_\_ in der bisherigen Tätigkeit als Kommissionierer eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit seit September 2007. Eine angepasste Tätigkeit (körperlich leicht, wechselbelastend, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende und hüft- sowie kniegelenksbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten [Bücken, Hocken, Knien, Überkopfarbeit, Arbeiten in Armvorhalte], ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände, ohne an dauernde Vibrationsbelastungen und Nässe-/Kälteexpositionen) erachtete sie seit jeher als vollumfänglich zumutbar unter dem Hinweis, dass sich der Gesundheitszustand hinsichtlich der funktionellen Befunde seit 2005 kaum verändert habe ( Ziff. 10). 2. 4. 2

Med. pract . G.\_\_\_\_ , Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie , RAD, stellte in seinem Bericht vom 8. Mai 2013 ( Urk. 8/70) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit blieben die psychosozialen Probleme bezüglich des Verlusts seines Bruders im Jahr 2001 sowie seines Sohnes ( Ziff. 9).

Der Arzt führte aus, eine mittelgradige Depression habe nicht ausgewiesen werden können. Widersprüchlich sei auch die Aktenlage: In einem Bericht aus dem Jahr 2012 dementiere der Beschwerdeführer, im August überhaupt an Depressionen zu leiden und wolle deswegen auch nicht weiter Trimipramin einnehmen, im November werde angegeben, er

leide schon seit 2001 an Depressionen wegen des Todes des Bruders. Hierbei falle auf, dass er sich an den Tod seines Sohnes, welcher 23-jährig verstorben sei, und die Umstände überhaupt nicht erinnere und dies für ihn keine Rolle zu spielen scheine. Als funktionelle Einschränkungen bestehe eine Müdigkeit aufgrund von Schlafstörungen, die einen leichten Effekt auf die Konzentration und Aufmerksamkeit haben könnten (Ziff. 10).

Med. pract. G.\_\_\_\_ empfahl in therapeutischer Hinsicht eine Schmerzbehandlung und eine präventive psychotherapeutische Behandlung so wie - bei Persistieren der Müdigkeit trotz Behandlung - eine neuropsychologische Testung (Ziff. 11). 2.5 2.5 .1

Die Fachleute des B.\_\_\_\_ ( Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie FMH, Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Anästhesiologie FMH, med. pract. C.\_\_\_\_ , Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt für Physikalische Therapie/Rheumatologie FMH, Dr. phil. D.\_\_\_\_ ) berichteten am 15. Mai 2013 ( Urk. 8/76) über ihre Einschätzungen unter Berücksichtigung der Akten der Invalidenversicherung sowie der „Unfall-Haftpflichtakten“ (richtig wohl: Akten des Krankentaggeldversicherers) . Sie stellen folgende Diagnose (S. 1): 1.

Polyarthralgie rechts mit/bei -

bekannter Gonarthrose rechts -

Riss des Hinterrhorns und der Pars intermedia des medialen Meniskus -

Horizontale Ruptur des Vorderhorns und der Pars intermedia des lateralen Meniskus -

ausgeprägte aktivierte Varusgonarthrose ( F.\_\_\_\_ 6. Januar 2006) -

Status nach Kniearthroskopie rechts

### **E. 9**

Februar 2006 mit Teilmenisektomie mediales

Meniskushinterhorn und -vorderhorn, Teilmenisektomie lateraler

Meniskus-Korpus ( F.\_\_\_\_

### **E. 10**

. Februar 2006) 2.

Coxarthrose

beidseitig mit/bei -

bekanntes

Gonarthrose rechts ( F.\_\_\_\_ 19. März 2008) 3.

Fußgelenkschmerzen beidseitig

mit/bei -

Status nach Motorradunfall 1981 in L.\_\_\_\_ -

Fraktur rechter Unterschenkel, heute fortgeschrittene posttraumatische

Arthrose Chopartgelenk rechts und oberes Sprunggelenk ( OSG ) rechts -

Status nach Operation rechter Fuss 1981 ( F.\_\_\_\_ 19. März 2008) -

Status nach Operation linker Fuss 1995 -

Status nach Achillessehnenruptur links ca. 2005 mit operativer Sanierung ca. 2005

( Dr. med.

M.\_\_\_\_

9. März 2011) 4.

Leichtgradiges

zervikozephalisches Syndrom ( Dr. M.\_\_\_\_ 9. März 2011) mit/bei -

Höhenminderung C5-6 mit auch ventralen und dorsalen spondylophytären

Appositionen (monosegmentale Osteochondrose), leichtgradige, kaudal betonte

Unkovertebralar- sowie auch Spondylarthrosen (12. März 20

### **E. 13**

MRI

LWS) 6.

Leichtgradige

Epikondylopathie beidseits ( F.\_\_\_\_ 20. November 2007) bei Status nach Kompressorarbeit 7.

Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) 8.

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung ( ICD-10 F45.4)

Die Ärzte verwiesen auf die Angabe des Beschwerdeführers, wonach die Beschwerden aus seiner Sicht mit dem Tod des Bruders im Jahr 2001 zusammen hingen, damals habe er während einem Monat kaum gesprochen (S. 3).

Unter Hinweis auf Schmerzangaben in sämtlichen fachspezifischen Untersuchungen und subjektiv empfundener 100% iger

Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten (bei subjektiv positivem Leistungsbild: Spazieren ca.

1

km, kurze Strecken Autofahren für kleinen Einkauf, leichtes Kochen; bei negative m Leistungsbild : kaum interdisziplinäre Schmerzbehandlung, Treppen steigen mit kleinem Einkauf, keine Haushaltstätigkeiten, kein Strassen, kein Publikumsverkehr, keine

längeren, einseitigen Tätigkeiten, kein langes Stehen oder Gehen) gingen die Ärzte aus anästhesiologischer (schmerztherapeutischer) Sicht für die bisherige Tätigkeit (Bauwerker im Tiefbau, richtig: Hilfsmagaziner und Hilfsmonteur Kältetechnik, vgl. dazu auch Stellenbeschreibung der ehemaligen Arbeitgeberin, Urk. 8/12 Ziff. 5) von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit aus. Angepasste Tätigkeiten (vorwiegend im Sitzen unter Vermeidung von monotonen Belastungsmustern und ohne schweres Heben) erachteten sie als zu 20% zumutbar.

Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht verwiesen die Ärzte auf eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans : Für alle Tätigkeiten mit schwerem

Heben oder Tragen von Lasten sowie in wirbelsäulen belastenden Tätigkeiten und in Zwangshaltung, für langandauerndes

reines Stehen, insbesondere in vornehmlich geneigter Körperhaltung, für alle Tätigkeiten mit repetitiven Rumpf- oder HWS-rotierenden Stereotypen sowie Arbeiten überwiegend im Überkopfbereich befanden sie den Beschwerdeführer auf Grund der

medizinischen Diagnose für nicht geeignet . Als im Umfang von 50 % zumutbar erachteten sie körperlich leichte Tätigkeiten in wirbelsäulen adaptierten

Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen , Stehen und Gehen ohne Heben von schweren Lasten, nicht mehr als 5

kg kurzfristig und 2

kg längerfristig.

Auch aus rein orthopädischer Sicht befanden sie eine nur sitzende Tätigkeit während eines halben Tages für zumutbar.

In rheumatologischer Hinsicht schlossen sie auf eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit, befanden diese aber unter Berücksichtigung „aller Facetten der Persönlichkeit“ als vollständig aufgehoben.

Zusammenfassend schlossen die Ärzte aus somatischer Sicht auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, unter Berücksichtigung der aus psychiatrischer Sicht vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit auf eine entsprechende vollständige Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten (S. 5 f.). 2.5 .2

In ihrer Stellungnahme vom 11. Juli 2013 ( Urk. 8/82) kritisierten med. pract . C.\_\_\_\_ und Dr. phil. D.\_\_\_\_ vom B.\_\_\_\_ die von den RAD-Ärzten erstellten Gutachten (E. 2.3) in mehrfacher Hinsicht. So monierten sie beim psychiatrischen Gutachten eine despektierliche und zudem falsche Bemerkung betreffend Tod des 23-jährigen Sohnes

(„er weiss nicht einmal woran“ [ Urk. 8/70 S. 4 ] , spiele für ihn überhaupt keine Rolle [ Urk. 8/70 S. 5 ] ) , welche bereits die Richtungsvorgabe des Gutachtens zeichne mit falschen Informationen bei sogenannt guter

Verständigung mit dem Beschwerdeführer ( Urk. 8/70 S. 1 ) samt daraus gezogenen genehmen Schlussfolgerungen in

Richtung einer Arbeitsunfähigkeit von 0 % . Erstens handelt es sich bei dem 23-jährigen „Sohn“ um eine

23-jährige anorektische Tochter aus erster Ehe, welche an dieser Krankheit verstorben sei .

Zweitens wisse der Beschwerdeführer sehr wohl, woran sie verstorben sei , wenn auch nur etwas Zeit zur

Verfügung stehe , diese mit Schuldgefühlen besetzte Traumatisierung zu explorieren. Das

„eigene Haus mit verschiedenen Wohnungen“ ( Urk. 8/70 S. 1 ) sei in Wirklichkeit ein Haus mit fünf

Zimmern, es existieren keine Wohnungen in dem Haus (S. 1).

Die Beschwerden seien wohl auch wegen der mangelnden Verständigung auf fünf Symptome

beschränkt (Urk. 8/70 S. 2): Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, Gedankenkreisen um Schmerzen,

Schlafstörungen, Müdigkeit. Das angegebene Gewicht von 108

kg bei 186

cm Körpergrösse (Urk. 8/70 S. 4) sei falsch, der Beschwerdeführer sei bei einem Höchstgewicht von 104

kg und nicht mehr. Sodann sei ein psychiatrischer Befund geschildert worden, welcher wegen dem Lächeln des Beschwerdeführers alle Symptome negiere.

Die Beschwerden seien durch das B.\_\_\_\_

ausführlicher erhoben worden: Seit Beginn der Kniebeschmerzen rechts 2003 (heute Gehilfe) und der Schmerzen in Hüfte, Fuss, Ellbogen und LWS bestünden Schlafstörungen, Lust- und Interessenlosigkeit,

Gedankenkreisen (um die Schmerzen), Rückzug (kaum Kollegen), Antriebslosigkeit (ausser

etwas Ergometer und ca. 10 min spazieren kaum Bewegungsgewohnheiten),

Sinnlosigkeitgedanken, Verlust von Selbstvertrauen, Müdigkeit, keine

Appetitverminderung. Damit seien die ICD-10 Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode vollständig erfüllt. Es bestünden

deutliche Depressionen seit dem Tod des Bruders 2001 (Magenkarzinom) und dem Tod des Sohnes des Bruders 2007 (Unfall).

Die B.\_\_\_\_-Fachleute monierten sodann das Fehlen einer Fremdanamnese: Die Ehefrau berichte, dass der Beschwerdeführer vor allem draussen sitze,

immer alleine sei, nur noch einen kleinen Einkauf machen könne, zu Hause oft TV schaue, nur

wenig spaziere, nur teilweise

kochen könne und häufig Fehler mache. Er werde auch rasch aggressiv, ertrage das Singen der Tochter oder das Lachen

nicht, nachts sei er sehr unruhig, schlafe, schaue dann TV und stehe auf. Er fahre nur noch kurze Strecken

Auto. In L.\_\_\_\_ sei die Situation etwas besser, die Reise nach L.\_\_\_\_ werde im Bus zurückgelegt, in der Folge habe er dann über Tage viel mehr Schmerzen (S. 2).

Die Spezialisten schlossen aufgrund des HAMD-Wertes von 26 auf eine schwere Depression, unter Einbezug einer gewissen Grundaktivität auf eine mittelgradige, und attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten (S. 2 f.). 2.6

Am 28. November 2013 ( Urk. 22) berichteten Dr. med. N.\_\_\_\_ , Oberarzt, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt FMH Neurologie, sowie med. pract . O.\_\_\_\_ , Assistenzärztin, P.\_\_\_\_ , über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 16. Oktober bis 22. November 2013. Aus ihrem Fachbereich diagnostizierten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (S. 1).

Sie verwiesen auf die Therapie auf ihrer Spezialstation Depression 50plus mit zunächst antidepressiver Medikation mit guter Verträglichkeit und rascher Besserung der Schmerzsymptomatik sowie gebessertem Nachtschlaf. Ebenso schilderten sie eine Aufhellung der Stimmung. Die Schmerzmedikation habe schrittweise reduziert und schliesslich ganz abgesetzt werden können. Daneben habe der Beschwerdeführer regelmässig und motiviert am multimodalen Therapieprogramm teilgenommen, bestehend aus psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen, Aktivierungs- und Physiotherapie, Ohrakupunktur sowie Schmerzgruppe. Dabei habe er neue Verhaltensweisen im Umgang mit den Schmerzen im Alltag erlernt. Am Wochenende habe er Belastungserprobungen im häuslichen Umfeld durchgeführt, welche durchweg gut verlaufen seien. Er habe sich vorgenommen, wieder Kontakte zu seinen Kollegen aufzubauen und mit diesen in Zukunft weniger problematische Themen zu diskutieren.

Für die weitergehende Therapie habe sich der Beschwerdeführer zur Teilnahme in einer Tagesklinik entschieden, das Q.\_\_\_\_ habe er abgelehnt. Der Austritt habe in stabilisiertem Zustand ohne Hinweis auf Eigen- oder Fremdgefährdung in die vorbestehenden Verhältnisse stattgefunden (S. 3). 3. 3.1

Aufgrund der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in organischer Hinsicht an diversen Beschwerden leidet, namentlich an einer Gonarthrose rechts, einer Coxarthrose beidseits sowie einem Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen. Vorbestehende Fussbeschwerden (nach einem Motorradunfall vor Jahren) hatten indes keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die erwähnten Leiden führten denn auch zur Attestierung einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit durch sämtliche beteiligten Ärzte sowie zur Auflösung des langjährigen Arbeitsverhältnisses durch die Arbeitgeberin. 3.2

Ausser den nach Erlass des Vorbescheids aufgesuchten Spezialisten des B.\_\_\_\_ befanden sämtliche beteiligten Ärzte eine Tätigkeit, welche auf die geschilderten Problemkreise Rücksicht nimmt, als hochprozentig zumutbar. Dr. Z.\_\_\_\_ ging 2008 von einer bis zu 100%igen Arbeitsfähigkeit aus (E. 2.1), Dr. A.\_\_\_\_ attestierte in selben Jahr eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (E. 2.2) und die RAD-Orthopädin med. pract . E.\_\_\_\_ schloss im Jahr 2013 auf eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit unter Hinweis auf seit 2005 kaum veränderte funktionelle Befunde (E. 2.4.1).

Diese Einschätzungen überzeugen: So ist ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer Knie, Hüfte und Rücken aufgrund der ausgewiesenen Pathologie nicht mehr belasten kann. Die formulierten Stellenprofile decken diese Problemkreise denn auch konsequent ab. Sodann schilderten die Ärzte keine Problematik in dem Sinne, dass der Beschwerdeführer - bei idealen Verhältnissen - übermässiger Pausen bedürfte oder sonst wie nicht praktisch vollzeitlich einer Erwerbstätigkeit nachgehen können sollte.

Anderer Meinung waren einzig die B.\_\_\_\_ -Ärzte, welche aus organischer Hinsicht bloss auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit schlossen und aus anästhesiologischer Sicht auf eine lediglich

20%ige (E. 2.5.1). Diese von sämtlichen Vorberichten erheblich abweichende Folgerung wurde seitens der B.\_\_\_\_-Ärzte nicht begründet, obwohl ihnen die Vorakten zur Verfügung standen und eine Auseinandersetzung damit möglich gewesen wäre. Dies erscheint als unüberwindbarer Mangel der Einschätzung (vgl. hierzu E. 1.4). So findet sich für die anästhesiologische Beurteilung - ausser dem Verweis auf verschiedene Schmerzen - keine Begründung für die fast vollständig aufgehobene Arbeitsfähigkeit auch in einer leistungsgerechten Tätigkeit. Ebenso wurde die aus wirbelsäulenchirurgischer und orthopädischer Sicht attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht weiter begründet. Die Ärzte legten nicht dar, aus welchem Grund eine höhere Arbeitsleistung, welche ja gerade Rücksicht auf die körperlichen Beschwerden nimmt, nicht möglich sein sollte. So verwiesen sie namentlich nicht auf Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen körperlichen Einschränkungen und unterliessen es auch darzulegen, weshalb der Beschwerdeführer beispielsweise auch mit vermehrten Pausen nicht mehr höherprozentig arbeitsfähig sein sollte. Auch liessen sie unkommentiert, weshalb der Beschwerdeführer im Bus nach L.\_\_\_\_ reisen (Urk. 8/76 S. 3), nicht aber - während wesentlich weniger langer Dauer am Stück - eine auf die Gesundheitsschäden Rücksicht nehmende Tätigkeit ausüben konnte. 3.3 3.3.1

Die Schlussfolgerung einer jedenfalls 80%igen Restarbeitsfähigkeit (entsprechend der Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_) erscheint auch unter Berücksichtigung des zeitlichen Ablaufs als zutreffend: Nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im September 2007 war die Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ vom Juni 2008 im massgeblichen Zeitpunkt des möglichen Rentenbeginns nach Ablauf des Wartjahres (1. September 2008) aktuell, weshalb ohne Weiteres darauf abgestellt werden kann, was denn auch vom Beschwerdeführer nicht bestritten wird. Er monierte demgegenüber, dass diese Einschätzung angesichts der neu hinzugetretenen Beschwerden (Zervikalsyndrom, Coxarthrose links und rechts sowie rezidivierende depressive Episode) überholt sei (Urk. 21 S. 4). 3.3.2

Zur Relevanz der (neuerdings beidseitig diagnostizierten) Coxarthrose ist festzuhalten, dass Dr. A.\_\_\_\_ bereits im Jahr 2008 eine beidseitige Coxarthrose schilderte. So diagnostizierte er wohl eine linksbetonte Coxarthrose, verwies aber gleichzeitig auf degenerative Veränderungen auf der rechten Seite (E. 2.2). Med. pract. E.\_\_\_\_ war die beidseitige Beschwerdepematik ebenfalls bekannt (E. 2.4.1). Die formulierten Stellenprofile zielten denn auch seit jeher auf eine gänzlich und nicht bloss halbseitig hüftschonende Tätigkeit ab, weshalb nicht zu ersehen ist, weshalb eine gewisse Akzentuierung zu einer Verminderung der Arbeitsfähigkeit führen sollte.

Das neu hinzugetretene Zervikalsyndrom wurde von med. pract. E.\_\_\_\_ ebenfalls berücksichtigt, sie interpretierte indes die aufliegenden Röntgenbilder als altersgemäss (E. 2.4.1). Dem Bericht vom 12. März 2013 (Urk. 8/67) über die Röntgenuntersuchung vom gleichen Tag ist eine regelrechte Haltung der HWS mit allseits erhaltenem dorsalem Alignment ohne signifikante degenerative Veränderungen des regelrecht zentrierten Dens zu entnehmen. Der untersuchende Arzt schilderte eine Höhenminderung der Bandscheibe C5/6 mit auch ventralen und dorsalen spondylophytären Appositionen im Sinne einer monosegmentalen

Osteochondrose. Weiter erwähnte er leichtgradige, kaudal betonte Unkovertebral- sowie Spondylarthrosen bei regelrechter Weite des ossären

Spi nalkanals . Aufgrund dieser diskreten Befunde ist nicht ersichtlich, inwieweit die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers weitergehend eingeschränkt sein sollte, zumal das formulierte Stellenprofil aufgrund des lumbospondylogenen Syn droms ohnehin keine wirbelsäulen belastende Tätigkeit umfasst. 3.3.3

Nachdem auch die zwischenzeitlich aufgetretene Ellenbogenproblematik abge klingen ist (deutliche Besserung im Verlauf unter kombinierten physiothera peutischen/physikalischen Massnahmen sowie Anwendung einer Epicondylus bandage mit Behandlungsabschluss am 28. August 2012, Urk. 8/56) besteht kein Anhalt für eine im Vergleich zum Zeitpunkt der Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_ (2008) sowie med. pract . E.\_\_\_\_ (2013) verschlechterte organische Patholo gie. 3.4

Zusammenfassend ist bezüglich des organischen Gesundheitszustandes und der diesbezüglichen Arbeitsfähigkeit auf die genannten überzeugenden Einschät zungen abzustellen, wobei offen bleiben kann, ob mit med. pract . E.\_\_\_\_ eine vollzeitliche oder mit Dr. A.\_\_\_\_ eine 80%ige Restarbeitsfähigkeit gegeben ist. Diese arbiträre Differenz ist nicht von entscheidungswesentlicher Bedeutung. Von weiteren Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, stehen doch die organischen Gesundheitsschädigungen fest. Damit ist darauf zu ver zichten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d). 4. 4.1

In psychiatrischer Hinsicht erkannte RAD-Arzt med. pract . G.\_\_\_\_ keine Pa thologie mit Krankheitswert (E. 2.4.2), währenddem die Spezialisten des B.\_\_\_\_ wie auch die Ärzte der P.\_\_\_\_ eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine mittelgradige depressive Episode diagnostizierten (E. 2.3, E. 2.5 und E. 2.6). Zu letzterem Bericht ist anzumerken, dass er nach Erlass der angefoch tenen Verfügung am 10. September 2013 erging und Rückschlüsse auf die Ver hältnisse im relevanten Zeitpunkt des Verfügungserlasses - bei Klinikeintritt am 16. Oktober 2013 - nur bedingt möglich sind. 4.2

Was die mannigfaltige Kritik der B.\_\_\_\_ -Spezialisten am psychiatrischen RAD-Gutachten betrifft (E. 2.5.2), bleibt festzuhalten, dass der Grund für die Ver wechslung des Kindes des Beschwerdeführers, welches verstorben ist (Tochter statt Sohn), nicht eruiert werden kann. Allenfalls war der verstorbene Sohn des Bruders gemeint (E. 2 .5.2). Dass der RAD-Arzt unsorgfältig vorging, ist jeden falls nicht erstellt, ebenso gut ist auch ein Verständigungsproblem mit dem - aktenkundig der deutschen Sprache mächtigen ( Urk. 8/70 S. 1) Beschwerdefüh rer - denkbar. Auch wenn der Beschwerdeführer im Jahr 2008 offenbar nur ge brochen Deutsch gesprochen haben mag ( Urk.

## **E. 16**

S. 2), fanden doch sämtliche weiteren Abklärung en, auch jene im B.\_\_\_\_ , ohne Beizug eines Dolmetschers statt und konnte er jüngst auch problemlos an einer Gruppenther apie teilnehmen ( Urk. 22 S. 3). Ebenfalls möglich sind unpräzise Angaben des Beschwerdefüh rers. Auch die falsche Schilderung der Wohnsituation (eigenes Haus mit ver schiedenen Wohnungen statt Reiheneinfamilienhaus) sowie eine abweichende Gewichtsangabe (108 statt 104 kg) sind nicht geeignet, die Angaben des Psy chiaters in Frage zu stellen.

Dass einzig aufgrund eines gezeigten Lächelns eine Psychopathologie verneint worden ist, ergibt sich nicht aus dem fraglichen Gutachten; dieses ist wesentlich differenzierter. Dass der Beschwerdeführer seine Beschwerden gegenüber den B.\_\_\_\_ -Ärzten ausführlicher beschrieben hat, tut dem Beweiswert des früher er stellten RAD- Gutachtens ebenfalls keinen Abbruch.

Zum Fehlen fremdanamnestischer Auskünfte ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer erst nach Erhalt des Vorbescheids um Unterstützung durch das

B.\_\_\_\_\_

bemühte und im Zeitpunkt der RAD-Untersuchung keine psychiatrische Behandlung erfolgte. Damit konnten gar keine - fachärztlichen - fremdanamnestischen Angaben eingeholt werden, was praxisgemäss ohnehin nicht zwingend nötig ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_768/2012 vom 24. Januar 2013)

E. 3 ). Bei im Vordergrund stehender Schmerzproblematik hatte der Gutachter auch keine Veranlassung, die Ehefrau des Beschwerdeführers um weitere Angaben zu ersuchen. 4.3  
4.3.1

Wie es sich mit der genauen Diagnose im Detail verhält, kann indes offen gelassen werden. Relevant sind die pathologischen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und nicht die entsprechenden Kodifizierungen. Diesbezüglich steht fest, dass der Beschwerdeführer an einer Schmerzproblematik leidet. Will man diese als somatoforme Schmerzstörung sowie depressive Episode fassen, ergibt sich Folgendes. 4.3.2

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

4.3.3

Ein Komorbidität ist vorliegend - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk.

**E. 21**

S. 2 f.) - nicht gegeben:

Vorwegzuschicken ist, dass leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis praxisgemäss als therapierbar gelten ( statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2).

Die invalisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung ist indes nicht schlechthin auszuschliessen, deren Annahme bedingt jedoch, dass es sich nicht bloss um die Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbstständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt (Urteile des Bundesgerichts 9C\_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2 und 9C\_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1). Im Weiteren ist vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen. Falls die mittelgradige depressive Störung vorliegend als psychische Komorbidität zur depressiven

Episode betrachtet werden müsste, fehlt es an der

rechtsprechungsgemäss erforderlichen Schwere, Ausprägung und Dauer dieses psychischen Leidens, was schon daraus hervorgeht, dass - bis zum Erhalt des Vorbescheides - gar keine Psychotherapie durchgeführt wurde (vgl. zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1).

Weiter erschöpft sich die Ursache der (allenfalls als eigenständig anzusehenden Aspekte der) depressiven Episode hauptsächlich in belastenden Lebensereignissen (Tod der Tochter, des Bruder sowie des Neffen), weshalb nicht ersichtlich ist, weshalb therapeutische Erfolge nicht erzielt werden können sollten, zumal solche erst nachträglich eingeleitet wurden. Es fehlt damit an einer konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweisen würde

(BGE 140 V 193 E. 3.3). Damit verbleibt kein Raum für die Annahme einer Komorbidität der (mittelgradigen) depressiven Episode. Die Richtigkeit dieser Feststellung ergibt sich denn auch dem Umstand, dass die nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingeleiteten Bemühungen einen gewissen Erfolg zeigten, erschien doch der Beschwerdeführer offenbar nach der Therapie in der P.\_\_\_\_

als aufgeheilt, stabilisiert und schmerzmedikamentenfrei

(E. 2.6). 4.3.4

Die ergänzenden praxisgemässen Kriterien zur ausnahmsweisen Annahme einer Nichtüberwindbarkeit sind sodann nicht gegeben: Wohl liegen unbestrittenermassen chronische körperliche Begleiterkrankungen vor, diese sind aber nicht von solchem Ausmass, dass der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit (in entsprechend angepasster Tätigkeit) wesentlich eingeschränkt wäre. Ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung liegt sodann nicht vor. Die Schmerzen treten im Wesentlichen belastungsabhängig auf und lassen sich durchaus kontrollieren. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist sodann nicht ersichtlich, geht doch der Beschwerdeführer selber einkaufen und spazieren (Urk. 8/70 S. 2), fährt Auto und geht auch in die Ferien (Urk. 8/76 S. 3). Bei bislang fehlenden (beziehungsweise erst kurz vor Erlass der angefochtenen Verfügung eingeleiteten) therapeutischen Bemühungen kann von vornherein nicht von einer verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren

innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung ausgegangen werden, ebenso wenig von einem unbefriedigenden Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung. 4.4

Bei fehlender Komorbidität

der mittelgradigen depressiven Episode und der Annahme der Überwindbarkeit der aus der somatoformen Schmerzstörung folgenden Problematik besteht für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen auch bei Abstellen auf die Angaben der den Beschwerdeführer behandelnden Ärzte kein Raum.

Auch in psychiatrischer Hinsicht sind von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist. 5.

Die Beschwerdegegnerin legte ihrem Einkommensvergleich ein Valideneinkommen von Fr. 64'610.-- (gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin, Urk. 8/12 Ziff. 2.11) zugrunde und ging von einem Invalideneinkommen basierend auf den vom Bundesamt für Statistik publizierten Tabellenlöhnen für einfache und repetitive Tätigkeiten aus (Fr. 59'978.90); hiervon gewährte sie einen Abzug (Alter und Dienstjahre) von 10%

(zum Abzug vom Tabellenlohn: BGE 126 V 75) und errechnete einen Wert von Fr. 53'981.--. Dieses Vorgehen wurde beschwerdeweise nicht beanstandet, gibt indes zu folgenden Bemerkungen Anlass:

Geht man von der arbiträren Einschätzung des Dr. A.\_\_\_\_ und damit von einer Restarbeitsfähigkeit von 80% aus, so resultiert im massgebenden Jahr 2008 ein vermindertes Einkommen von Fr. 47'983.10 (Fr. 59'978.90 x 0.8). Aufgrund der statistisch verminderten Einkommen teilzeit erwerbstätiger Männer (Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.2 mit Hinweisen) rechtfertigt sich bei dieser Ausgangslage ein Abzug vom Tabellenlohn von höchstens 15% (statt 10%). Dies unter dem Hinweis, dass dem Beschwerdeführer immer noch eine breite Palette möglicher Tätigkeiten offensteht und die von der Beschwerdegegnerin angeführten Gründe Alter und Dienstjahre (Urk. 2 S. 2) im Segment einfacher und repetitiver Tätigkeiten gerade nicht ausschlaggebend sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_939/2011 vom 13. Februar 2012 E. 5.2.3 und 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.1, je mit Hinweisen), wohl aber die verminderte Einsatzfähigkeit. Allerdings ist der Umstand, dass die versicherte Person gemäss den medizinischen Angaben auf eine Tätigkeit angewiesen ist, die im Sitzen verrichtet werden kann und die Möglichkeit zu gelegentlichen Positionswechseln bietet, ihre Einsatzmöglichkeiten daher begrenzt sind, im Hinblick auf den allein massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht abzugsrelevant (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8).

Damit resultiert ein Invalideneinkommen von jedenfalls Fr. 40'785.65 (Fr. 47'983.10 x 0.85), was verglichen mit dem ausgewiesenen

Valideneinkommen von Fr. 64'610.-- zu einer Lohneinbusse von Fr.

## **E. 23**

4'824.35 und einem Invaliditätsgrad von 36,9% führt. Damit hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung zu Recht verneint, was zur

Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind mit

Fr. 9 00.-- zu bemessen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt.

3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 GräubSonderegger

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