

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00227 vom 26. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00227

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00227 du 26 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00227 del 26 agosto 2015

Erwägungen

E. 1

und S. 2 Ziff. 2.7). Am 1. Dezember 2010 erlitt er einen Arbeitsunfall, bei welchem er sich an der rechten Schulter sowie am linken Knie respektive Hand gelenk verletzte (Urk. 8/14 S. 1). Am 1 1. Juli 2011 meldete sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/1/2- 7).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

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 min destens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege benenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden

medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 21. Januar 2014 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 24. Februar 2014 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass ihm ein Anspruch auf eine Invalidenrente zustehe. Eventuell sei durch das Gericht ein medizinisches Gutachten einzuholen, subeventuell sei die Sache zu weiteren Abklärungen und neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2). Mit Vernehmlassung vom 2. April 2014 (Urk. 7) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 3. April 2014 mitgeteilt wurde (Urk. 9).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Baufacharbeiter zu 100 % arbeitsunfähig sei, ihm aber gemäss den Feststellungen der RAD-Ärzte behinderungsangepasste Tätigkeiten in einem Umfang von 80 % zumutbar seien. Aufgrund des Einkommensvergleichs resultiere unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 10 % ein Invaliditätsgrad von 31 %, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (S. 3). Im Verfahren machte sie sodann geltend, dass auch die Kniebeschwerden berücksichtigt worden seien (Urk. 7).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, er sei in einer angepassten Tätigkeit höchstens zu 50 % arbeitsfähig, weshalb er Anspruch auf eine Invalidenrente habe (S. 11 Ziff. 15). Eventuell sei ein medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen respektive subeventuell die Sache zwecks weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 11 Ziff. 17). Der Beschwerdeführer wies darauf hin, dass die angefochtene Verfügung widersprüchlich sei, gehe die Beschwerdegegnerin mit Hinweis auf die psychiatrische Untersuchung durch den RAD-Arzt von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit aus, stelle aber beim Einkommensvergleich auf eine volle Arbeitsfähigkeit ab (S. 11 Ziff. 16). Des Weiteren sei die Beschwerdegegnerin von einem falschen Valideneinkommen ausgegangen (S. 12 Ziff. 18 f.) und der Leidensabzug sei aufgrund des eingeschränkten Belastungsprofils, seines Alters und Migrationshintergrunds sowie der Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht auf 20 % festzusetzen (S. 12 Ziff. 18 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Während die Parteien übereinstimmend davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer in

seinem bisherigen Beruf vollständig arbeitsunfähig ist (Urk. 1 S. 4 Ziff. 8, Urk. 2 S. 1), besteht Uneinigkeit betreffend den Umfang der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Nachdem ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Urk. 8/1/2-7) entsteht (Art. 29 Abs. 1 IVG), sind bei der Prüfung des Rentenanspruchs die Verhältnisse ab Januar 2012 zu beleuchten .
3.

E. 3

Der Unfallversicherer, die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) , sprach dem Beschwerdeführer mit Einspracheentscheid vom 8. September 2014 mit Wirkung ab 1. April 2012 eine Invalidenrente auf der Basis einer Erwerbs unfähigkeit von 35 % sowie eine Integritätsentschädigung zu (Urk. 2 aus Prozess UV.2014.00237). Über die Beschwerde gegen diesen Entscheid wurde mit Urteil vom heutigen Tag entschieden (Prozess UV.2014.00237).

Das Gericht hat von Amtes wegen Urk. 12/161, Urk. 12/183 und Urk. 12/287 aus dem parallel laufenden Verfahren UV.2014.00237 als Urk. 10/1-3 zu den Akten genommen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

1

In ihren Stellungnahmen vom 10. und vom 22. Januar 2013 (Urk. 8/50 S. 3) gingen die RAD-Ärzte zusammenfassend von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % im angestammten Beruf respektive aufgrund des somatischen und psychischen Belastungsprofils von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. 4. 4.1

Aufgrund dieser medizinischen Aktenlage gingen die Parteien zu Recht davon aus, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr zumutbar ist (vgl. E. 2.3) . Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung ergibt sich Folgendes: 4.2

Die Ärzte der Rehaklinik D.____

hielten im Austrittsbericht vom 30. September 2011 (vgl. E. 3.4.2) eine leichte bis mittelschwere Arbeit in einer angepassten Tätigkeit für ganztags zumutbar . Aufgrund der während der Hospitalisation aufgetretenen akuten Arthritis des rechten oberen Sprunggelenks attestierten sie allerdings bis zu deren Abklingen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit. In psychiatrischer Hinsicht verneinten die Ärzte eine arbeitsrelevante Leistungsminderung des Beschwerdeführers. Dr. G.____ attestierte am 11. Oktober 2011 in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 bis 70 % ab Zeitpunkt seines Berichts , ohne die Beschwerden am

rechten oberen Sprunggelenk zu erwähnen (vgl. E. 3.5). Der Kreisarzt Dr. O.____ hielt in seinem Bericht vom 22. Februar 2012 eine leidensangepasste wechselbelastende Tätigkeit von 100 % ab dem 22. Februar 2012 für zumutbar (vgl. E. 3.8). Die RAD- Ärztin med. pract . P.____ ging im Aktenbericht vom

8. Mai 2012 von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit ab September 2011 aus (vgl. E.

E. 3.1.1

mit Hinweisen).

Das fortgeschrittene

Alter führt nicht automatisch zu einem Abzug, zumal sich dieses im Anforderungsniveau 4 sogar eher lohn erhöhend auswirkt. Es ist jedoch bezogen auf die durchschnittliche Lebensarbeitszeit als ein abzugsrelevanter Aspekt immer unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalles zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.2).

Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3).

Die Bedeutung der Anzahl Dienstjahre nimmt im privaten Sektor ab, je niedriger das Anforderungsprofil ist (AHI 1999 177 E. 3b S. 181), weshalb mit Blick auf das Anforderungsniveau 4 die lange Betriebszugehörigkeit keinen Abzug zu rechtfertigen vermag (Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4.

Oktober 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

Die Rechtsprechung anerkennt unter dem Titel Beschäftigungsgrad bei Männern, welche aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, einen Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 (Urteil des Bundesgerichts 8C_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2). Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (vgl. die nach dem Beschäftigungsgrad differenzierenden Tabellen T2* in der LSE 06 S.

E. 3.2

mit Hinweisen). 5.1. 4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb , vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E.

4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40

Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a). 5.1. 5

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).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzuges vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C_728/2009 E. 4.1.2). 5.1.6

Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4).

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistisch noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Lediglich wenn - auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (zu diesem Begriff BGE 110 V 273 E. 4b) - unter Berücksichtigung solcher Einschränkungen, die personen- oder arbeitsplatzbezogen sein können, kein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten mehr besteht, rechtfertigt sich allenfalls ein (zusätzlicher) Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E.

E. 3.3

Am 26. August 2011 berichtete Dr. med. C.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, über die konsiliarischen Untersuchungen vom 17., 22. und 25.

August 2011 (Urk. 8/20/24-26) und stellte folgende Diagnosen (S. 1): - Schmerzgetriggerte , wahrscheinlich vasovagale Synkope mit anschliessen dem leichtgradigem Schädel-Hirn-Trauma (Commotio/leichte Contusio cerebri) - Erstmaliger primär fokaler, sekundär generalisierter epileptischer Anfall am gleichen Tag. Differenzialdiagnostisch am ehesten post t raumatischer Früh anfall - Meralgia

paraesthetica beidseits links betont - keine aktuellen Hinweise für eine vordergründige konkomittierende

radikuläre Reiz- und Ausfallskomponente

Dr. C.____ führte aus, der Beschwerdeführer sei am 1. August 2011 nach kurzem Bewusstseinsverlust gestürzt, wobei er sich eine Riss-Quetschwunde am Hinterkopf zugezogen habe. Im Spital sei es anschliessend zu einem Krampfer eignis mit tonischer Verkrampfung im Gesicht und an sämtlichen Extremitäten sowie einem erneuten Bewusstseinsverlust gekommen. Der Arzt hielt fest, der Sturz sei wahrscheinlich als schmerzassoziierte vasovagale Synkope mit nach folgendem Schädel-Hirn-Trauma zu interpretieren, da für eine primäre epileptische Genese anamnestisch keine zwingenden Verdachtsmomente vorlägen. Das Krampfereignis im Spital sei demgegenüber deutlich epileptischer Natur im Sinne eines erstmaligen, primär fokalen (rechts hemisphärischen), sekundär generalisierten epileptischen Anfalls. Der Arzt hielt weiter fest, eine anti-epileptische Abschirmung sei vorerst nicht indiziert (S. 1 f.).

E. 3.4

Vom 30. August bis 27. September 2011 hielt sich der Beschwerdeführer in der Rehaklinik D.____ auf. Im Rahmen dieses Aufenthalts fanden neben der Rehabilitation Abklärungen in organischer Hinsicht und eine psychosomatische Untersuchung statt (Urk. 8/14) .

E. 3.4.1

Im psychosomatischen Bericht vom 23. September 2011 (Urk. 8/20/115-118) stellten Dr. phil. E.____ , Fachpsychologie Klinische Psychologie und Psychotherapie FSP, und Dr. med. F.____ , Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen (S. 1): - ICD-10 F32.0, F45.1, Z63: Leichte bis mittelschwere depressive Episode, inzwischen in fortgeschrittener Remissionsphase, Somatisierungstendenz aufgrund psychosozialer Belastungen

Dr. E.____ und Dr. F.____ führten aus, der psychische Zustand des Beschwerdeführers sei im Vorfeld des Arbeitsunfalls von 2010 aufgrund der Brustkrebsdiagnose der Ehefrau im August 2010 bereits destabilisiert gewesen und es habe sich aufgrund der hinzugekommenen starken Schmerzen und initialen Immobilisierung eine zumindest leicht- bis mittelgradige depressive Symptomatik eingestellt. Es sei dabei eine traurig deprimierte Verstimmung, Affektlabilität, Angst, Freudlosigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisschwäche, und Störungen von Schlaf und Appetenz sowie eine Somatisierungstendenz feststellbar gewesen. Letztere werde durch die ausgeweitete Schmerzsymptomatik ungünstig beeinflusst, wobei auch die gesundheitliche Beeinträchtigung durch weitere Krankheiten (Gichtschübe, Meralgia

paraesthetica beidseits, Adipositas, Refluxkrankheit , Fettleber, Dyslipoproteinämie , Gonarthrose beidseits) ausgewiesen sei. Der Antrieb sei auf bescheidenem Niveau erhalten, nachdem der Beschwerdeführer eine Tagesstruktur einhalte und kein sozialer Rückzug

bestehe. Die depressive Störung befinde sich aufgrund der Verbesserung der Gesamtsituation in bereits fortgeschrittener Remissionsphase und eine fachpsychotherapeutische Weiterbetreuung nach Klinikaustritt sei nicht erforderlich und werde vom Beschwerdeführer auch nicht gewünscht (S. 1 und S. 3). Betreffend die Arbeitsfähigkeit machten Dr. E.____ und Dr. F.____ keine Angaben.

E. 3.4.2

Im Austrittsbericht der Rehaklinik D.____ vom 30. September 2011 (Urk. 8/14) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1 f.): - Unfall vom 1. Dezember 2010: Einen Gasbrenner tragend auf Eis ausge rutscht, Sturz auf rechte Schulter, Verdrehung linkes Handgelenk, Gasflasche schlug an linkes Knie. - Ruptur der Subskapularis - und Supraspinatussehne rechts - Kontusion Kniegelenk links bei Vorschaden - Distorsion Handgelenk links ; leichte Restbeschwerden radiokarpal dorsal Handgelenk links - Unfall vom 10.8.2001: Autounfall, beide Knie angeschlagen - Kniekontusion rechts ; aktuell Gonarthrose medial und femoropatellär rechts - Kniekontusion links mit traumatischer Hämatorbuse

präpatellär ; aktuell Gonarthrose lateral und femoropatellär links - Unfall vom 11.10.2002: Sturz, unter ein Schaltungselement geraten - Kontusion der Lendenwirbelsäule mit Frakturen der Procc . transversi L2 und L3 links sowie Commotio cerebri - Unfall vom 17.12.2004: Sturz von einem 2,5 m hohen Betonelement rückwärts auf die Füsse - Kontusion und Stauchung der Lendenwirbelsäule, Zerrung der rechten Schulter ; aktuell: Chronisches thorako-lumbospondylogenes Syndrom - ICD-10 F32.0, F45.1, Z63: Leichte bis mittelschwere depressive Episode, inzwischen in fortgeschrittener Remissionsphase. Somatisierungstendenz aufgrund psychosozialer Belastungen - Rezidivierende Gichtschübe seit 1998 am oberem Sprunggelenk rechts, Hand, Ellbogen und Zehengelenken - Akutes oberes Sprunggelenk rechts, während der Rehabilitation aufgetreten. Verdacht auf Arthritis urica - Mergalgia

paraesthetica beidseits - Am 1. August 2001 (richtig : 2011, vgl. E. 3.3) schmerzgetriggerte , wahrscheinlich vasovagale Synkope mit anschliessendem leichtgradigem Schädel-Hirn-Trauma und in der Folge erstmaligem, primär fokalem, sekundär generalisiertem epileptischem Anfall. Differenzialdiagnostisch: Am ehesten posttraumatischer Frühfall, CT Schädel in Italien (Befund unbekannt) - Adipositas - Chronische gastroösophageale

Refluxkrankheit , kleine axiale Hiatushernie - Verdacht auf nicht alkoholische Fettleber. Differenzialdiagnostisch: Alkoholische Fettleber - Leichte arterielle Hypertonie (neu diagnostiziert) - Dyslipoproteinämie

Im Zeitpunkt des Klinikaustritts bestanden gemäss den Angaben der Ärzte folgende Beschwerden (S. 2): - Kraftdefizit und Bewegungsschmerzen Schulter rechts sowie Schmerzen in Rechtsseitenlage - Chronische thorakolumbale Rückenschmerzen mit Blockierungsgefühlen, vor allem beim Stehen-Gehen, Wiederaufrichten nach Bücken und bei Rumpfrotation - Belastungsverstärkte Dauerschmerzen und Instabilitätsgefühl in beiden Kniegelenken - Hypästhesie ventral an beiden Oberschenkeln - Hypästhesie an beiden Fusssohlen und allen Zehen, Ameisenlaufen in den Zehen - Traurig-deprimierte Verstimmung, Affektlabilität, Angst, Freudlosigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisschwäche, Antriebsminderung sowie Störungen von Schlaf und Appetenz; wahrscheinliche Somatisierungstendenz (z.B. Herzstechen ohne Befund, allgemeine vegetative Labilisierung)

Die Ärzte führten aus, dass eine mässige bis deutliche Symptomausweitung habe beobachtet werden können, welche teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen sei. Es sei zudem davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können und dass deshalb die physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar seien. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich im Wesentlichen auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen (S. 3).

Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wiesen die Ärzte darauf hin, dass die psychische Störung keine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründe. Die Tätigkeit als Baumaurer sei seit 28. September 2011 nicht mehr zumutbar. Demgegenüber hielten sie eine angepasste leichte bis mittelschwere Arbeit für ganztags zumutbar, wobei Einschränkungen betreffend die rechte Schulter, die Wirbelsäule sowie die Knie bestünden. Tätigkeiten über Schulterhöhe, wiederholte und monotone Schulterbewegungen und häufig wiederholter Krafteinsatz des rechten Arms seien dabei ausgeschlossen respektive das Hantieren von Lasten bis maximal 15 kg sei nur vereinzelt möglich (S. 3 f.). Im Zusammenhang mit den Beschwerden der Wirbelsäule seien wechselbelastende Tätigkeiten ohne häufig wiederholtes Bücken, Rumpfrotation sowie Zwangshaltungen des Rumpfes möglich. Überdies sei häufig wiederholtes Treppensteigen, Knien oder Kauern zu vermeiden.

Aufgrund der akuten Arthritis des rechten oberen Sprunggelenks sei aktuell von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit auszugehen. Die Ärzte wiesen darauf hin, dass sich der Beschwerdeführer beruflich umorientieren und eine dem Belastungsprofil angepasste Arbeitsstelle suchen sollte, sobald die Arthritis abgeklungen sei (S. 4).

E. 3.5

Am 11. Oktober 2011 (Urk. 8/15/5-8) stellte Dr. med. G.____, Oberarzt Rheumatologie am B.____, folgende Diagnosen (S. 1): - Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronische Gichtarthritis, EM 2010, ED 2011 - Schwerpunktbefall: Hand, Ellbogen, oberes Sprunggelenk und Zehengelenke beidseitig - humoral leicht erhöhte entzündliche Aktivität - Ellenbogenpunktat vom 9.8.2011: Harnsäurekristalle, bakt. Kultur negativ, 26'800 Zellen - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom der unteren Lendenwirbelsäule und mittleren Brustwirbelsäule bei im Vordergrund stehen den myofaszialem Syndrom - thorakal leicht linkskonvexe Skoliose, thorakale Abflachung - kleine bis mittelgrosse extraforaminale Diskushernie L2/3 links und L3/4 rechts, unauffälliges MRI Brustwirbelsäule (MRI Brustwirbelsäule vom 12.7.2011 und Lendenwirbelsäule vom 7.6.2011) - Status nach BV-gesteuerter EDA L3/4 am 27.6.2011 ohne Wirkung - Meralgia

paraesthetica beidseits - Status nach operativer Rekonstruktion einer Rotorenmanschettenruptur rechts am 27.1.2011 mit persistierenden belastungsabhängigen Schmerzen - Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Beginnende Gonarthrose beidseits bei Status nach lateraler Teilmenispektomie links 2009 - Chronische

gastroösophageale

Refluxkrankheit , kleine axiale Hiatus hernie - Unklare Hepathopathie

Dr. G.____ hielt fest, dass der Beschwerdeführer seit 2002 an chronischen thorax- und lumbalen Schmerzen leide, wobei die bisher durchgeführten therapeutischen Ansätze keine Beschwerdereduktion gebracht hätten und diesbezüglich ein stabil schlechter Zustand bestehe. Der letzte akute Gichtschub vom 9. August 2011 habe mit Steroiden erfolgreich behandelt werden können, wobei weitere Schübe auch in Zukunft möglich und von einer erfolgreichen Schubprophylaxe abhängig seien, insgesamt aber eine gute Prognose bestehe (S.

2).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit wies Dr. G.____ darauf hin, dass im angestammten Beruf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall in 2010 bestehe. In einer angepassten Tätigkeit, mithin einer leichten Arbeit mit der Möglichkeit zum Positionswechsel, attestierte er eine Arbeitsfähigkeit von 60 bis 70 % . Er hielt zudem fest, dass eine Steigerung der Leistungsfähigkeit mit Gichtprophylaxe, Ausbau der Analgesie und gegebenenfalls durch eine Facetteninfiltration erreicht werden könne (S. 3 f.).

E. 3.6

Am 31. Oktober 2011 (Urk. 8/20/13-17) berichteten Dr.

H.____ , Assistenzarzt, und Dr. med. I.____ , Oberarzt am B.____ , über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 12. bis 19.

Oktober 2011. Sie führten aus, der Beschwerdeführer sei am 12.

Oktober 2011 nach einem generalisierten epileptischen Anfall notfallmässig ins Spital eingeliefert worden. Während ein MRI des Schädels keine erklärenden Pathologien gezeigt habe, sei im EEG ein intermittierender Herdbefund fronto - centro -temporal rechts feststellbar gewesen. Computertomographisch hätten sich keine Hinweise auf eine cerebrale Raumforderung oder eine intracranielle Blutung gezeigt. Die Ätiologie sei unklar geblieben, seit der Hospitalisation sei es aber zu keinem weiteren Anfall gekommen und es sei auf eine medikamentöse Therapie verzichtet worden (S. 2).

Die Ärzte wiesen weiter darauf hin, dass während des Klinikaufenthalts die weiteren geklagten Beschwerden als eine akute polyartikuläre Gicht interpretiert worden seien , wobei der Beschwerdeführer ein erfreuliches Ansprechen auf die entsprechende Therapie gezeigt habe (S. 2).

E. 3.7

In ihrem Bericht vom 7. November 2011 (Urk. 8/20/4-10) berichteten Dr. med. Herren J.____ , Leitende Ärztin, Dr. med .

K.____ , Spitalfachärztin ipw , Dr.

G.____ , Dr. L.____ , Oberarzt Neurologie, und Dr. M.____ , Oberarzt Neurochirurgie am B.____ , über interdisziplinäre Abklärung vom 31. Oktober 2011. Zusätzlich zu den bereits im Bericht vom 11. Oktober 2011 genannten Diagnosen (vgl. E. 3.5) stellten die Ärzte folgende Diagnosen (S. 1 f.): - Rezidivierende Gichtschübe, EM 2010, ED 2011 - Status nach Infiltration oberes Sprunggelenk rechts am 17.10.11 mit 0,5 ml Diphrosos -

Emotionale Belastungsreaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung (ICD 10 F43.23) - Status nach operativer Rekonstruktion einer Rotatorenmanschettenruptur rechts am 27.1.2011 - aktuell: Ruptur der M. Supraspinatus - Sehne links und kleine Re-Ruptur der Supraspinatus - Sehne rechts (Sonographie Schulter beidseitig vom 25.10.2011) - Unklare Hepatopathie - Differenzialdiagnostisch NASH oder ASH - Abdomen-Sonografie 08/11 Dr. N.____ : Leber mit deutlich hypo echogenem , jedoch homogene m

Parenchymmuster - Verdacht auf generalisierten, epileptischen Anfall am 12.10.11 - Status nach erstmaligem primär fokalem, sekundär generalisiertem epileptischen Anfall 07/11, am ehesten posttraumatischer Frühanfall - MRI Schädel am 23.8.11: Unauffällig - EEG 08/11 Dr. C.____ : Intermittierender Herdbefund fronto - centro -temporal rechts

Die Ärzte führten aus, weder die am 27. Juni 2011 durchgeführte BV-gesteuerte EDA L3/4 noch die Infiltration der linken Leiste bei Verdacht auf Meralgia

paraesthetica hätten zu einer Reduktion der Beschwerden geführt (S. 2). Mit Bezug auf die arthritischen Beschwerden sei unter Therapie indessen eine Beschwerdereduktion von 50 % erreicht worden (S. 3).

Betreffend die psychischen Beschwerden hielten die Ärzte fest, es hätten keine Hinweise auf höhergradige kognitive Defizite, phobische Ängste, Zwänge, psychotisches Erleben, depressive Antriebsstörung, intrusives Erleben, posttraumatische Symptome oder Suizidalität bestanden. Das formale Denken sei geordnet und die Schwingungsfähigkeit, erhaltene Freude und Interessen seien feststellbar gewesen. Während sich leichte Stimmungsschwankungen gezeigt hätten, sei aus klinischer Hinsicht kein durchgehendes depressives Syndrom im Sinne einer manifesten depressiven Episode erkennbar gewesen.

Die Ärzte wiesen weiter darauf hin, dass sich unter Berücksichtigung der individuellen Belastungsfaktoren (chronisches multifaktorielles Schmerzsyndrom, anhaltende Arbeitsunfähigkeit nach traumatischer Rotatorenmanschettenruptur, Krebserkrankung der Ehefrau) Hinweise auf eine vorbestehende psychische Belastungsreaktion mit laut Angaben des Beschwerdeführers zuletzt eingetretener Besserungstendenz gezeigt hätten. Insgesamt könne vermutet werden, dass die psychischen Belastungsfaktoren die Schmerzsymptomatik modulierend beeinflussen, wobei die individuelle Bedeutung möglicher psychischer Faktoren hinsichtlich des Schweregrads respektive der Aufrechterhaltung der Schmerzsymptomatik gegenwärtig nicht abschliessend beurteilt werden könne. Die Ärzte wiesen sodann darauf hin, dass der Beschwerdeführer gegenwärtig keine weiteren Gesprächskontakte wünsche und in diesem Kontext den positiv erlebten familiären Zusammenhalt sowie bestehende stabile Sozialkontakte erwähnt habe (S. 3 und 6).

E. 3.8

Am 22. Februar 2012 wurde der Beschwerdeführer durch den SUVA- Kreisarzt Dr. med. O.____, Facharzt für Chirurgie FMH, untersucht. Im entsprechenden Bericht (Urk. 12/161 aus Prozess UV.2014.00237 = Urk. 10/1)

stellte der Kreisarzt folgende Diagnosen (S. 18 f.): - Sturz am 1. Dezember 2010 mit - Kapselruptur rechte Schulter - vollständiger Ruptur der Supraspinatussehne - Ruptur der Supraspinatussehne und der Subscapularissehne - Status nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion am 27. Januar 2011 - eingeschränkter Beweglichkeit im rechten Schultergelenk - Kniekontusion beidseits am 10. August 2001 mit - Status nach Rearthroscopie mit lateraler Teilmeniskektomie und Débridement am 15. November 2002

- beginnender Früharthrose rechts - Sturz am 1. Oktober 2002 mit -
Lendenwirbelsäule-Kontusion mit Processus

transversus Frakturen L2 und L3 links - Commotio cerebri - Bei Schalungsarbeiten am 17. Dezember 2004 verletzt worden mit - Kontusion/Stauchung lumbal - Zerrung rechte Schulter - Hyperurikämie - Diskushernie L2/L3 und L3/L4 mit Verlagerungen der Nervenwurzel - Bandscheibendegeneration L4/L5 - Spondylarthrosen - Symmetrische Coxarthrosen - Chronisches lumbospondylogenes / lumboischialgiformes Schmerzsyndrom - Leichte bis mittelschwere depressive Episode - Somatisierungstendenz aufgrund psychosozialer Belastungen

Mit Bezug auf die Rücken-, Bein-, Fuss- und Schulterbeschwerden sowie die akute Arthritis des rechten oberen Sprunggelenks (S. 1) attestierte Dr. O.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maurer. Die Ausübung wechselbelastender Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten mit einer Gewichtsbelastung für den rechten Arm von selten 20 kg, repetitiv 10 kg bis in Tischhöhe, selten 10 kg und repetitiv 3 kg bis in Brusthöhe ohne Überkopfarbeiten, ohne Arbeiten an stossenden, schlagenden und vibrierenden Maschinen und ohne höhere Anforderungen an die Innen- und Aussenrotation des rechten Arms hielt Dr. O.____ ab dem Untersuchungsdatum am 22. Februar 2012 zu 100 % für zumutbar (S. 20). Hinsichtlich der Schulterbeschwerden wies der Kreisarzt darauf hin, es bestehe eine deutliche, allerdings auch durch Selbstlimitierung hervorgerufene Einschränkung der Beweglichkeit im rechten Schultergelenk (S. 19).

3.9

In ihrer Stellungnahme im Feststellungsblatt vom 8. Mai 2012 (Urk. 8/31) attestierte die RAD-Ärztin med. pract. P.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab Dezember 2010. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung unter Ausschluss ungünstiger Witterungsbedingungen, auch mit gelegentlichem Heben, Tragen und Transportieren von Lasten bis maximal 10 kg körpfernah, ohne Verharren in Zwangshaltungen) postulierte die Ärztin einen stufenweisen Einstieg (beginnend mit 50 %) und das Erreichen eines Arbeitspensums von 100 % innerhalb fünf Wochen (pro Woche 10 %) und ging von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ab September 2011 (Abklingen des letzten Gichtschubes) aus (S. 3). 3.10

Die Beschwerdegegnerin bot den Beschwerdeführer für den 18. Dezember 2012 zu Untersuchungen im RAD bei Dr. med. Q.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und med. pract. P.____ auf (Urk. 8/42).

E. 3.9

). In ihrem Untersuchungsbericht vom 22. Januar 2013 (vgl. E.

3.10.2) attestierte sie – in Kenntnis des zwischenzeitlich abgeklungenen Gichtschubs und im Einklang mit den Ärzten der Rehaklinik D.____

-

in somatischer Hinsicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab 18. Dezember 2012. Der RAD-Arzt Dr. Q.____ ging im Bericht vom 22. Januar 2013 (vgl. E. 3.10.1) im Zusammenhang mit den psychischen Beschwerden nach Subtraktion der diagnose-unspezifischen Überlagerungsfaktoren von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % in

einer angepassten Tätigkeit aus.

4.3

4.3.1

Vorwegzuschicken ist, dass der Untersuchungsbericht der RAD-Ärztin med. pract . P.____ vom 22. Januar 2013 (vgl. E. 3.10.2) für die Bestimmung des Invaliditätsgrades des Beschwerdeführers umfassend ist und auf den erforderlichen Untersuchungen beruht. Besagter

Bericht wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind auch die Schlussfolgerungen der RAD-Ärztin in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann. Es ist schlüssig dargelegt worden, dass dem Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht die Ausübung einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulen- und knie gelenksbelastende Zwangshaltungen und ohne Aktivitäten mit besonderer Belastung des Schultergürtels, ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände, ohne Vibrations- und Schlagbelastungen und ohne Nässe- und Kälteexposition) im Umfang von 100 % zumutbar ist. Der Bericht von med. pract . P.____ erfüllt demnach die praxismässigen Kriterien an den Beweiswert einer ärztlichen Expertise (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidfindung darauf abzustellen ist.

Die Feststellung von med. pract . P.____ betreffend die 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit stimmt mit der Einschätzung der Ärzte der Rehaklinik D.____ sowie des Kreisarztes Dr. O.____ überein, welche mit Bezug auf die somatischen Beschwerden ebenfalls von einer entsprechenden Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgingen (vgl. E. 3.4.2 und E. 3.8). Die Ausübung einer vollzeitlichen leidensangepassten Tätigkeit ist dem Beschwerdeführer unter somatischen Gesichtspunkten seit der kreisärztlichen Untersuchung am 22. Februar 2012 zumutbar.

Insoweit diese Einschätzung der seitens der Rehaklinik D.____ am 30. September 2011 wegen der akuten Arthritis im oberen Sprunggelenk vorübergehend bescheinigten vollständigen Arbeitsunfähigkeit (E. 3.4) widerspricht, erklärt sich dies mit der von Dr. O.____ nicht (mehr) berücksichtigten Arthritis im Sprunggelenk; denn diese hatte sich unter der medikamentösen Behandlung gebessert, wie auch den Berichten der Ärzte des B.____ (E. 3.6-7) zu entnehmen ist und med. pract . P.____ später erläutert hat (E. 3.10.2). In Anbetracht dieses Verlaufs, mithin der Ende 2011 eingetretenen Verbesserung der Arthritis, ist hingegen nicht ersichtlich, weshalb diese Restarbeitsfähigkeit erst ab dem Untersuchungszeitpunkt bei med. pract . P.____, das heisst ab 18. Dezember 2012 (Urk. 8/47/7) gelten soll. Es ist vielmehr auf den Kreisarztbericht abzustellen und davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im Januar 2012 aus somatischer Sicht in einer Verweistätigkeit vollständig arbeitsfähig war.

An dieser Beurteilung vermag der Bericht von Dr. G.____ vom 11. Oktober 2011 (vgl. E. 3.5), worin dieser in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 bis 70 % postuliert, nichts zu ändern. Insbesondere ist anzunehmen, dass er bei seiner

zurückhaltenderen Zumutbarkeitsbeurteilung die sowohl von Dr. O.____ als auch von med. pract . P.____ erhobene lediglich funktionelle Einschränkung unkritisch übernommen hat , denn diese n Umstand erwähnte Dr.

G.____ nicht. Sodann

ist bezüglich des Berichts von Dr. G.____ der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b / cc mit weiteren Hinweisen) . Im Bericht vom 6. Juni 2013 hielt Dr. G.____ eine Vermittelbarkeit im freien Arbeitsmarkt für leichte Tätigkeiten schliesslich gar nicht mehr gegeben (Urk. 3/6), ohne seine abweichenden Einschätzungen zu erläutern. Diesen widersprüchlichen Angaben kann daher keine Beweiskraft beigemessen werden.

Was den Einwand des Beschwerdeführers betrifft, die behandelnde Dr. med. R.____ habe in ihren Berichten eine uneingeschränkte Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten ausgeschlossen (Urk. 1 S. 7 Ziff. 10), so ist darauf hinzuweisen, dass solche Berichte weder im hiesigen Verfahren noch im Verfahren gegen die SUVA (Prozess UV.2014.00237) aktenkundig sind. Bezüglich des Hinweises des Beschwerdeführers, im Bericht der RAD-Ärztin med. pract . P.____ würden die Knieprobleme nicht oder zu wenig berücksichtigt , ist auf die eingehende

Befundbeschreibung beider Kniegelenke im RAD-Bericht zu verweisen (Urk. 8/47 S. 5).

Betreffend den Einwand des Beschwerdeführers, er müsse sich demnächst vor erst am linken Knie und später allenfalls auch am rechten Knie operieren lassen , ist zu bemerken , dass für die Beurteilung des Invaliditätsgrades die Verhältnisse bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens (Verfügung vom 21. Januar 2014; Urk. 2) massgebend sind (Urteil des Bundesgerichts 9 C_698/2012 vom 3. Mai 2013 E. 1.1), weshalb auf allfällige für die Zukunft geplante operative Eingriffe an den Knien nicht abzustellen ist. Schliesslich ist auch die vom Beschwerdeführer postulierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit entgegen seiner Behauptung nicht durch die

medizinische Aktenlage ausgewiesen (Urk. 1 S. 11 Ziff. 15) .

4.3.2

Was die psychischen Störungen des Beschwerdeführers betrifft , so bescheinigte Dr. Q.____ zwar eine Arbeitsfähigkeit von nurmehr 80 %

in einer angepassten Tätigkeit (zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck mit geringem Publikumsverkehr und ohne besondere Anforderungen an Umstellungs- und Anpassungsvermögen ; vgl. E. 4.3.1), worauf die Beschwerdegegnerin indes nicht abstellte. Dabei wies sie auf die von Dr. Q.____ beobachteten Verhaltensauffälligkeiten und auf den vom Beschwerdeführer beschriebenen Tagesablauf hin, und hielt dafür, dass die psychischen Ressourcen das Ausüben einer vollen Tätigkeit erlaubten (vgl. Urk. 8/52 S. 2 oben). Nachdem das Bundesgericht mit zur Publikation bestimmtem Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden ,

so auch eine chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10 F45.41; vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_96/2014 vom 23. Mai 2014 E.

4.4.2), eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert hat, ist zu prüfen, welche Auswirkungen sich dadurch auf den hier zu beurteilenden Fall ergeben (zur Anwendbarkeit einer Rechtsprechungsänderung auf laufende Verfahren vgl. BGE 137 V 210 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 2.2; zur Frage des rechtlichen Gehörs vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_283/2015 vom 24. Juni 2015, welches ohne vorherigen Schriftenwechsel erging). Weiterhin kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (BGE 130 V 396). Auch künftig wird der Rentenanspruch - in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 der Bundesverfassung (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) - anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.2 und 139 V 547 E. 5.9), und es braucht medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Indes hält das Bundesgericht an der Überwindbarkeitsvermutung nicht weiter fest (Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 3.5). Das vom Bundesgericht eingeführte strukturierte Beweisverfahren hat, soweit ersichtlich, an der bisherigen höchstgerichtlichen Rechtsprechung nichts geändert, wonach eine Anpassungsstörung ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren ist, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2007 vom 28. Juli 2008

E. 3.3.2 mit Hinweisen). In Bezug auf diese Diagnose ist daher der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass der Beschwerdeführer nicht an einer stark ausgeprägten und von den bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren losgelösten, mithin an einer verselbständigten psychischen Störung leidet, welche seine Arbeitsfähigkeit zu beeinträchtigen vermöchte. Damit bleibt zu prüfen, wie es sich mit der chronischen Schmerzstörung verhält. Dem Gutachten von Dr. Q.____ ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer ein intaktes Familienleben pflegt, Freunde hat und diese besucht. Er versuche täglich zu laufen, wenn auch nicht länger als 10 Minuten. Er nehme Arzttermine und Therapien wahr oder bringe seine Ehefrau zu solchen. Allein oder mit Unterstützung koche er für die ganze Familie und kaufe ein. Nach dem Abendessen schaue er fern (Urk. 8/46/2). Die Frage, weshalb keine Versicherung bezahle, zermalme ihn (Urk. 8/46/7). Unter diesen Umständen kann nicht davon ausgegangen werden, der Versicherte sei am Rand seiner physischen und psychischen Belastbarkeit. Hinzu kommt, dass er unbestrittenermassen noch keine psychiatrische Behandlung in Anspruch nahm beziehungsweise eine solche nicht wünschte (Urk. 8/46/8), was klar gegen einen erheblichen Leidensdruck spricht (Urteil des Bundesgerichts 8C_771/2014 vom 19. Februar 2015 E. 4.2.2; vgl. auch zur Publikation bestimmtes Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 4.4.2). Zudem ist mangels entsprechender Therapie nicht auszuweisen, ob das geklagte Leiden behandlungsresistent ist, welche Frage auch Dr. Q.____ aufwarf (Urk. 8/46/9). Im Lichte dieser gutachterlichen Angaben kann eine Behandelbarkeit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit verneint werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_3/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.3.3 f.). Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von der gutachterlichen Einschätzung einer Restarbeitsfähigkeit von 80 %

abwich und mangels eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausging. 4.4

Nach dem Gesagten ist erstellt, dass dem Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ab Januar 2012 zumutbar ist. Vor diesem Hintergrund sind von weiteren Sachverhaltsabklärungen, insbesondere von der vom Beschwerdeführer beantragten Einholung eines medizinischen Gutachtens (Urk. 1 S. 2), keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb sich solche erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 122 V 162 E. 1d). 5.

5.1.5.1.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich auswirkt. 5. 1. 2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art.

E. 3.10

.1

Am 22. Januar 2013 erstattete der RAD-Arzt Dr. Q.____ in Kenntnis der Aktenlage und gestützt auf die eigene Untersuchung einen psychiatrischen Untersuchungsbericht (Urk. 8/46) und stellte folgende Diagnosen (S. 7): - Psychiatrische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nach ICD-10: - Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Psychiatrische Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nach ICD-10: - Keine - Somatische Diagnosen nach Aktenlage: - Chronische Gichtarthritis - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom der unteren Lendenwirbelsäule und der mittleren Brustwirbelsäule bei im Vordergrund stehendem myofaszialem Syndrom - Meralgia

paraesthetica beidseits - Status nach operativer Rekonstruktion einer Rotatorenmanschettenruptur rechts am 27. Januar 2011 mit persistierenden belastungsabhängigen Schmerzen - Beginnende Gonarthrose beidseits bei Status nach lateraler Teilmenispektomie links 2009 - Unklare Hepatopathie - Chronische gastroösophageale

Refluxkrankheit - Kleine axiale Hiatushernie

Dr. Q.____ führte aus, der Beschwerdeführer habe betreffend seinen Tagesablauf angegeben, dass er morgens um 7.30 Uhr aufstehe, den Briefkasten leere und zusammen mit seiner Ehefrau frühstücke. Danach nehme er seine Medikamente, nehme Arzttermine und Therapien wahr oder bringe seine Ehefrau zu solchen Terminen oder Therapien. Die Einkäufe erledige er zusammen mit seinem Schwager, wobei er Kleinigkeiten selber einkaufen könne. Die Nachmittage verbringe er auf dem Sofa und „habe zu nichts Lust“. Das Abendessen, welches mit der ganzen Familie eingenommen werde, bereite entweder er oder seine Kinder vor. Danach schaue er fern und gehe zwischen 22.30 und 23 Uhr ins Bett (S. 2).

Der Arzt hielt ferner fest, Anzeichen für einen sozialen Rückzug seien nicht feststellbar gewesen; der Beschwerdeführer habe über Freunde berichtet, welche ihn besuchen würden (S. 2, S. 5). Dr. Q.____

führte weiter aus, die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sowie zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei leicht reduziert. Gleiches sei bezüglich der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten,

Selbstbehauptungsfähigkeit, Fähigkeiten zu ausserberuflichen Aktivitäten sowie betreffend die Wegefähigkeit feststellbar gewesen. Es habe zudem eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz sowie eine intrapsychische Selbstlimitierung vorgelegen (S. 6 f.).

Dr. Q.____

legte weiter dar, aufgrund der funktionellen Einschränkungen handle es sich diagnostisch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) sowie um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Obwohl der Beschwerdeführer während der Untersuchung eine maximale subjektive Schmerzstörung (VAS 10/10) angegeben habe, seien während der Explorationsdauer keine Schmerzexpressionen oder schmerzbedingte Ausgleichshaltungen und Positionswechsel beobachtbar gewesen, weshalb es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung handeln könne, da es am Erfordernis von andauernden schweren und quälenden Schmerzen gefehlt habe und allfällige Schmerzen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien. Entsprechend liege keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor. Ebenso wenig bestehe ein mehrjähriger Verlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, unbefriedigenden Behandlungsergebnissen oder gescheiterten Rehabilitationen. Aufgrund der psychosozialen Belastungssituation mit finanziellen Schwierigkeiten und der Krebserkrankung der Ehefrau sei von einer eher ungünstigen Prognose für den Beschwerdeführer auszugehen, wobei dieser allerdings von einer fachpsychiatrischen Behandlung profitieren könne. Dr. Q.____ wies zudem auf die Inkonsistenz im Verhalten des Beschwerdeführers beim Wechsel von der psychiatrischen zur orthopädischen Untersuchung hin, wonach der Beschwerdeführer in letzterer Untersuchung überhaupt nicht mehr niedergestimmt gewirkt habe (S. 7 f.).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hielt Dr. Q.____ fest, dass beim Beschwerdeführer nach Subtraktion diagnose-unspezifischer Überlagerungsfaktoren (ausgeprägte Verdeutlichungstendenz, intrapsychische Selbstlimitierung, Migrationshintergrund, finanzielle Schwierigkeiten, erkrankte Ehefrau) seit dem Einwand vom 11. Juni 2012 bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % in einer angepassten Tätigkeit bestehe. Letztere setze zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck mit einem geringen Publikumsverkehr sowie ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre voraus (S. 8). 3. 10. 2

Die RAD-Ärztin med. pract. P.____ stellte in ihrem Bericht vom 22. Januar 2013 (Urk. 8/47) folgende Diagnosen (S. 7): - Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule bei Degeneration der Lendenwirbelsäule - Schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Schultern, rechts mehr als links bei Status nach Rotatorenmanschettenruptur - Verdacht auf Retropatellearthrose - Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Hyperurikämie mit rezidivierender Gichtarthritis

Die RAD-Ärztin führte aus, der Untersuchungsbefund der Rehaklinik D.____ vom 30. September 2011 (vgl. E. 3.4.2) sei im Wesentlichen nachvollziehbar. Im Gegensatz zum damaligen Zeitpunkt bestünden aktuell indessen keine Hinweise auf eine floride Gichtarthritis. Ebenso wenig seien Schwellungen, Überwärmungen oder Rötungen an den

grossen und kleinen Gelenken feststellbar gewesen, was dem Befund des B.____ vom 11. Oktober 2011 (vgl.

E.

3.5) entspreche (S. 7).

Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt die RAD-Ärztin fest, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter seit 1.

Dezember 2010 zu 100 % arbeitsunfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulen- und kniegelenksbelastende Zwangshaltungen und ohne Aktivitäten mit besonderer Belastung des Schultergürtels (Bücken, Hocken Knien, Überkopfarbeit, Arbeiten in Armvorhalte, repetitive Belastungen der ausgestreckten Arme), ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände, ohne Vibrations- und Schlagbelastungen und ohne Nässe- und Kälteexposition sei indessen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit seit 18. Dezember 2012 gegeben (S. 7).

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 13

Ziff. 21). Entsprechend sei von einem Invaliditätsgrad von 71 % (bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % und einem Leidensabzug von 20 %) respektive 54 % (80%ige Arbeitsfähigkeit und Leidensabzug von 20 %) beziehungsweise von 48 % (80%ige Arbeitsfähigkeit und Leidensabzug von 10 %) auszugehen (S. 14 Ziff. 22-24).

E. 16

ATSG; BGE 134 V 64 E.

4.2.1) nicht abzugsrelevant

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8) .

Das Angewiesensein auf das Entgegenkommen eines verständnisvollen Arbeitgebers stellt praxismässig kein anerkanntes eigenständiges Abzugskriterium dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8, Urteil 8C_91/2013 vom 22. August 2013 E. 3.3.4) . 5.2

5.2.1

Gemäss dem

Fragebogen des letzten Arbeitgebers des Beschwerdeführers vom 25. August 2011 (Urk. 8/13 S. 2 Ziff. 2.10) hätte der AHV beitragspflichtige Lohn des Beschwerdeführers im Jahr 2011 Fr. 85'865.-- betragen (Urk. 8/13 S. 2 Ziff. 2.10). Aus den vom letzten Arbeitgeber im (parallel laufenden) unfallversicherungsrechtlichen Verfahren gemachten Angaben ist

ersichtlich, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2012 eine Lohnsteigerung erfahren und in diesem Jahr Fr. 86'710.-- verdient hätte (Urk. 10/3, Bericht vom 7. Juni 2012). Darauf ist abzustellen.

An dieser Beurteilung vermag der Einwand des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin, wonach zur Ermittlung des Valideneinkommens auf das im Auszug aus dem individuellen Konto für das Jahr 2010 aufgeführte Einkommen zuzüglich Nominallohnentwicklung für das Jahr 2012 abzustellen sei (Urk. 8/52 S. 2), nichts zu ändern. Zur Berechnung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (2012, vgl. E. 2.3) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (vgl. E. 5.1.3). Entsprechend sind die aktuellsten Lohnangaben des letzten Arbeitgebers heranzuziehen, zumal kein Grund besteht, die Richtigkeit dieser Angaben anzuzweifeln. 5.2.2

Zur Berechnung des Invalideneinkommens ist auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2010 (LSE) abzustellen, gemäss welchen sich der Lohn (40-Stunden-Woche) für einfache und repetitive Tätigkeiten für Männer im Jahr 2010 auf Fr. 4'901.--

belief (LSE Tabelle TA1 Total aller Wirtschaftszweige Ziff. 1-93, Anforderungsniveau 4, Männer). Unter Berücksichtigung der

durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im massgebenden Jahr 2012 (vgl. Die Volkswirtschaft 3/4-2015 S. 88 Tabelle

B9.2) und der Nominallohnentwicklung für Männer (vgl. Die Volkswirtschaft 3/4-2015 S. 89 Tabelle B10.3 Index 2150 auf Index 2188) resultiert ein mögliches Einkommen von Fr. 62'395.-- (Fr. 4'901.-- / 40 x 41.7 x 12 / 2150 x 2188).

Im Hinblick auf das eingeschränkte Belastungsprofil des Beschwerdeführers sowie des Umstands, dass Männer mit Teilzeitpensen

in einfachen und repetitiven Tätigkeiten schlechter entlohnt werden als vollzeitliche männliche Erwerbstätige, erscheint - mit der Beschwerdegegnerin - ein leitensbedingter Abzug in der Höhe von 10% als angemessen (vgl. E. 5.1.5 f.), weshalb von einem Invalideneinkommen von Fr. 56'156.--

auszugehen ist. 5.2.3

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 86'710.-- (vgl. E. 5.2.1) und einem Invalideneinkommen von Fr. 56'156.-- (vgl. E. 5.2.2) resultiert ein Invaliditätsgrad von gerundet 35% (BGE 130 V 121).

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem

Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Beat Wachter -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage je einer Kopie von
Urk. 10/1-3 - 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 Bundes
gesetzes 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 Beweis mit tel
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubSchleiffer Marais

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