

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00413 vom 23. Dezember 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-12-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00413

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00413 du 23 décembre 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00413 del 23 dicembre 2014

Erwägungen

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

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

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

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der

gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

E. 2

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte mit Eingabe vom 9. April 2014 Beschwerde und beantragte, es sei ihm ab Dezember 2010 mindestens eine halbe Invalidenrente zuzusprechen; in prozessualer Hinsicht ersuchte er um Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Mai 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), wovon dem Beschwerdeführer am 28. Mai 2014 Mitteilung gemacht wurde (Urk. 8). Mit Eingabe vom 27. November 2014 legte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte ins Recht (Urk. 9 und Urk. 10/1-4). Diese wurden der Beschwerdegegnerin am 2. Dezember 2014 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 11).

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin machte geltend, gemäss den aufgrund des Urteils vom 21. März 2012 getätigten medizinischen Abklärungen habe sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Dezember 2009 nicht wesentlich verschlechtert und verbleibe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für eine behinderungsangepasste Tätigkeit. Der somatische Gesundheitszustand habe sich aufgrund einer neu nachgewiesenen Veränderung an der rechten Schulter mit funktionellen Einschränkungen seit Oktober 2012 (richtig: 2010) verschlechtert, weswegen sich das Ressourcenprofil bei weiterhin 100%iger Arbeitsfähigkeit geändert habe. Gesamthaft sei der Beschwerdeführer weiterhin und unverändert zu 100 % arbeitsunfähig in der bisherigen Tätigkeit. In einer angepassten Tätigkeit sei er weiterhin zu 70 % arbeitsfähig, allerdings bei seit Oktober 2010 geändertem Ressourcenprofil. Ausgehend von einem Valideneinkommen

2012 von Fr. 62'262.50 und einem Invalideneinkommen 2012 von Fr. 43'675.70 ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 30 % . Es bestehe deshalb kein Rentenanspruch.

E. 2.3

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, dass Dr. Z.____ anlässlich der neuerlichen Begutachtung trotz der von ihm geklagten erheblichen Hüftbeschwerden auf bildgebende Abklärungen verzichtet habe. Im Weiteren halte Dr. Z.____ zwar fest, dass die postoperative MRI-Untersuchung (Oktober 2012) weiterhin eine Nervenwurzelkompression L4 beidseits

und Kontakte zur Nervenwurzel L5 beidseits zeige, und räume bezüglich der Situation der LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 eine erhebliche Verschlechterung ein. Sie attestiere aber weiterhin eine Arbeitsfähigkeit ganztags für Lasten bis 15 Kilogramm, was nicht nachvollziehbar sei. Auch bezüglich der AC-Gelenksarthrose räume Dr. Z.____

eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein. Sie liefere aber keinerlei Erklärung für das von ihr postulierte Zumutbarkeitsprofil trotz massiver Befunde der Lenden- und Halswirbelsäule sowie der Schultern samt Coxarthrosen . Ausserdem werfe er ihr Voreingenommenheit und Befangenheit vor. Es sei deshalb eine orthopädische Oberexpertise anzuordnen. Gutachter Dr. A.____ räume ihm weiterhin eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit ein. Berücksichtige man das von ihm für die verbleibende 70%ige Arbeitsfähigkeit festgestellte Arbeitsprofil , resultiere zusammen mit den erwähnten somatischen Befunden eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % für behinderungsangepasste Tätigkeiten (Urk. 1 S. 6) . 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die bis zur erstmaligen Begutachtung des Beschwerdeführers im Dezember 2009 vorliegenden medizinischen Akten wurden im betreffenden Gutachten von Dr. Z.____ vom 23. Januar 2010 (Urk. 7/56/4-18) in chronologischer Reihenfolge einzeln aufgeführt und in den Erwägungen (E.) 2.1 bis 2.6 des Urteils IV.2010.01240 vom 21. März 2012 (Urk. 7/103/4-5) zusammenfassend wieder gegeben. Darauf wird verwiesen.

E. 3.2.1

des Urteils IV.2010.01240 vom 21. März 2012, Urk. 7/103/9-11).

E. 3.2.2

Dr. A.____ stellte in seiner Expertise vom 1. Februar 2010 (Urk. 7/57) aus psychiatrischer Sicht die Diagnose einer leichten depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.01), die sich schleichend seit Mai 2008 im Rahmen der Anpassungsproblematik entwickelt habe

(Urk. 7/57/5) .

Im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung bemerkte Dr. A.____ , dass der Beschwerdeführer den sozialen Anforderungen über viele Jahre gewachsen gewesen sei. Er lebe aber seit etwa zehn Jahren in einer sehr belastenden psychosozialen Situation, hauptsächlich wegen der Krebserkrankung der Ehefrau, wobei sich seine Probleme durch die eigene Erkrankung verstärkt hätten. Nach der Operation im Mai 2008 sei es beim Beschwerdeführer im Rahmen der Anpassungsproblematik zu einer zunehmenden depressiven Entwicklung gekommen, die vor vier Monaten beim Hausarzt zum ersten Mal zum Ausdruck gebracht worden und als depressive Dekompensation zu verstehen sei. Die im Psychostatus erhobenen Symptome würden mit den anamnestic Angaben die Kriterien einer leichten depressiven Episode mit somatischen Symptomen erfüllen und die Arbeitsfähigkeit etwa um 30 % einschränken (Urk. 7/57/7) .

E. 3.2.3

In der interdisziplinären Zusammenfassung (Urk. 7/57/7-9) wurde ausgeführt , dass der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit, die offenbar sehr hohe Anforderungen an die Konzentration, geistige Flexibilität und Schnelligkeit gefordert habe, trotz der nur leichten depressiven Symptomatik und aus rheumatologischer Sicht nicht mehr ausüben könne. In adaptierten Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % . Die Einschränkung sei auf leichte for male Denkstörungen, leichte Antriebsstörungen, reduzierte psychische Belastbarkeit sowie auf eine reduzierte Ausdauer zurückzuführen. Zu empfehlen seien Tätigkeiten, die dem rheumatologischen Anforderungsprofil entsprächen und keine sehr hohen Anforderungen an die Konzentration, geistige Flexibilität und Schnelligkeit stellten; zudem seien Nachtschichten nicht zu empfehlen.

E. 3.3.1

Hinsichtlich des Verlaufes der gesundheitlichen Situation seit Dezember 2009 ist den medizinischen Akten zu entnehmen, dass sowohl der Beschwerdeführer als auch sein Hausarzt, Dr. C.____ ,

– noch vor Erlass der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10. Dezember 2010 (Urk. 7/78) - im Juni resp. im September 2010 darauf hingewiesen hatten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht verschlechtert habe (Hüftschmerzen mit röntgendiagnostisch festgestellter Hüftgelenksarthrose ab März 2010, Notwendigkeit einer erneuten Halswirbelsäulenoperation,

Notwendigkeit einer Operation am Kreuzband [Urk. 7/60, Urk. 7/70/1, Urk. 7/72; vgl. E. 2.8 und E.

E. 3.3.2

Dr. med. D.____ , Oberarzt der Klinik für Rheumatologie des E.____ , diagnostizierte in seinem Bericht an Dr. C.____ vom 22. Oktober 2010 (Urk. 7/108/19-20) (1) ein chronisches cervikovertebrales Syndrom (cervikothorakaler Übergang) beidseits, rechtsbetont , (2) eine PHS cal carea rechts und tendopathica links (Ruptur der M. Supraspinatussehne bei Impingement) , (3) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits, linksbetont (4) symptomatische Coxarthrosen beidseits , (5) einen Diabetes mellitus Typ 2 unter OAD sowie (6) eine arterielle Hypertonie . Im Vordergrund stehe ein chronifiziertes Schmerzsyndrom bei Spondylosis

hyperostatica der Wirbelsäule mit reaktiven muskulären Befunden. Auf die begonnene Medikation habe der Beschwerdeführer noch ungenügend angesprochen, weshalb die Dosis zu verdoppeln sei. Bezüglich PHS der Schulter beidseits habe am 20. Oktober 2010 eine Infiltration stattgefunden.

E. 3.3.3

In seinem Bericht an Dr. C.____ vom 21. Januar 2011 (Urk. 7/108/14-15) führte Dr. D.____ vom E.____ bei gleichen Diagnosen wie im Bericht vom 22. Oktober 2010 aus, dass in der Zwischenzeit aufgrund der Medikation eine 35%ige bis 50%ige Schmerzreduktion erreicht werden können. Im Vordergrund stünden belastungs abhängige chronische Schmerzen insbesondere der unteren LWS ohne Ausstrahlung. In der von Dr. med. F.____ , Oberarzt der Klinik für Neurochirurgie des E.____ , durchgeführten MRI-Untersuchung der LWS vom 2. Dezember 2010 zeige sich weiterhin eine Diskusprotrusion L4/5 mit geringgradiger Einengung der Neuroforamina L4/5 resp. Wurzel L4 beidseits. Aus rheumatologischer Sicht seien die Beschwerden als spondylogen zu beurteilen. Zum

aktuellen Zeitpunkt bestünden keine klinischen Hinweise für eine Radikulopathie .
Zusätzlich bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom mit ungünstigen prognostischen Faktoren (hängiges Gerichtsverfahren mit IV, Arbeitslosigkeit, finanzielle Not). In dieser Situation sei aus rheumatologischer Sicht eine Indikation für eine operative Stabilisation resp. Dekompression nur mit Zurückhaltung zu stellen. Er empfehle eine Verlaufsbeobachtung.

E. 3.3.4

Dr. F.____

diagnostizierte in seinem Bericht an Dr. C.____ vom 28 .

Januar 2011 (Urk. 7/108/30) linksseitige Lumboischialgien bei Segmentde generation L4/5 mit Recessusstenosen , (2) Schulterschmerzen beidseits, (3) Cervicobrachialgien beidseits sowie (4) einen Status nach Diskektomie C5/6 und C6/7 mit Implantatio n von Prodisc-C-Prothesen am 2. Mai 2008. Angesichts der Tatsache, dass die LWS-Beschwerden aktuell wieder etwas in den Hintergrund getreten seien, kein neurologisches Defizit vorliege und er nach den Erfahrungen an der HWS an einem Erfolg einer weiteren Operation der LWS zweifle, sei vereinbart worden, zunächst den weiteren Verlauf abzuwarten.

E. 3.3.5

In seinem Bericht an Dr. G.____ vom 31. März 2011 (Urk. 7/108/31) führte Dr. F.____ vom E.____ bei gleichen Diagnosen aus, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Konsultation vom 29. März 2011 über praktisch unverändert bestehende Schmerzen im Sinne von linksseitigen Lumboischialgien mit Schmerzausstrahlung vom Rücken in den lateralen Ober- und Unterschenkel berichtet. Ausserdem plage ihn ein schnellender Mittelfinger der linken Hand. Aktuell nehme er aber keine Schmerzmedikamente ein. Ein sensomotorisches Defizit bestehe nicht. Anhand des im Dezember 2010 durchgeführten MRI mit Nachweis einer Recessusstenose bei Diskusdegeneration L4/5 bestehe die Empfehlung einer Dekompression mit Diskektomie. Der Beschwerdeführer neige dazu, die Operation durchführen zu lassen, wolle sich jedoch noch den genauen Termin überlegen.

E. 3.3.6

Im Bericht der Wirbelsäulen- und Schmerz- Clinic

H.____ an Dr. C.____ vom 7. April 2011 (Urk. 7/108/10) wurde ausgeführt, dem Beschwerdeführer sei anhand der bildgebenden Diagnostik (LWS-MRI vom Dezember 2010) die Ursache seiner Beschwerden erklärt worden . Bei unauffälligem Neurostatus und unverändertem Befund seit 2007 sei ihm eine weitere konservative Behandlung empfohlen worden .

E. 3.3.7

Dr. F.____ hielt in seinem Bericht an Dr. C.____ vom 18. Mai 2011 (Urk. 7/108/32) fest, dass sich der Beschwerdeführer angesichts der zunehmenden Schmerzen jetzt für die Operation der LWS entschieden habe . Eine neue Schmerzsymptomatik bestehe nicht. Weiterhin zeige sich kein sensomotorisches Defizit. Aufgrund der schon länger zurückliegenden MRI-Aufnahmen werde präoperativ noch ein aktuelles MRI veranlasst.

E. 3.3.8

Das in der Folge am 17. Juni 2011 durchgeführte MRI der LWS zeigte auf dem Niveau L4/5 eine fokale Diskushernie median bis recessal mit begleitender deutlicher Recessuseinengung beidseits linksbetont und rezessalen Kompressionen der Wurzeln L5 beidseits linksbetont (Urk. 7/108/34).

E. 3.3.9

Vom 26. Juni bis 1. Juli 2011 war der Beschwerdeführer in der Klinik für Neurochirurgie des E.____ hospitalisiert, wobei dort am 27. Juni 2011

von Dr. F.____ eine mikrochirurgische Dekompression beidseits von links vorgenommen wurde. Im betreffenden Austrittsbericht vom 6. Juli 2011 wurde dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 24. Juni bis 30. August 2011 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 7/108/33).

E. 3.3.10

Am 31. August 2011 berichtete Dr. F.____

Dr. C.____, dass die Dekompression der Recessusstenose beim Beschwerdeführer nicht den gewünschten Erfolg gebracht habe. Subjektiv beklage er eher mehr Beschwerden, auch wenn er keine Schmerzen mehr im Ober- und Unterschenkel angebe. Auch die Schulter- und Nackenschmerzen hätten zugenommen. In dieser schwierigen Situation halte er eine stationäre Behandlung für angezeigt. Des Weiteren ersuche ihm – Dr. F.____ – auch eine erneute Evaluation durch die IV durchaus gerechtfertigt (Urk. 7/108/35-36).

E. 3.3.11

Dr. C.____ verwies in seinem Verlaufsbericht vom 30. Juli 2012 in diagnostischer Hinsicht auf die von ihm beigelegten – vorstehend auszugsweise wiedergegebenen - Berichte des E.____. Seit dem Tod der Ehefrau am 14. August 2011 nach langjährigem Tumorleiden bestehe eine zunehmende depressive Verstimmung. Anlässlich der letzten Kontrolle vom 3. Juli 2012 habe sich ein deutlich depressiver Beschwerdeführer gezeigt. Körperlich habe er ihn nicht untersucht. Die gegenwärtige Behandlung bestehe in regelmässigen Kurzgesprächen und in einer medizinischen Behandlung mit Mirtazapin. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit dem 15. April 2008 bis andauernd zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei ihm keine Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 7/108/6-9).

E. 3.4

4

Im Rahmen der interdisziplinären Zusammenfassung und Beurteilung wurde dem Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. In adaptierten Tätigkeiten, welche die im internistisch-rheumatologischen und im psychiatrischen Gutachten aufgeführten Einschränkungen berücksichtigten, sei der Beschwerdeführer zu 70 % arbeitsfähig (Urk. 7/118/11).

E. 3.4.1

In der Folge wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin erneut durch Dres. Z.____ und A.____

bidisziplinär (internistisch-rheumatologisch und psychiatrisch) begutachtet, wobei er am 17. Oktober 2012 durch Dr. Z.____ und am 8. November 2012 durch Dr. A.____ fachärztlich untersucht wurde (Urk. 7/117-118).

E. 3.4.2

Dr. Z.____ erhob in ihrem internistisch-rheumatologischen Verlaufsgutachten vom 22. Dezember 2012 (basierend auf dem Gutachten vom 23. Januar 2010, Urk. 7/117) die folgenden rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/117/54): (1) Cervikospondylogenes Syndrom links betont bei (a) Cervicobrachialgie links seit Mitte 2007 bei Wurzelkompression syndrom C7 links mit Foramenstenose C5/C6 und C6/C7 (MRI Dezember 2007), (b) Status nach operativer Diskektomie C5/C6 und C6/C7 mit Implantation zweier Bandscheibenprothesen am 2. Mai 2008 und guter Lage der Implantate (Röntgen August 2010), (c) ohne radikuläre Zeichen mit mässiger knöcherner foraminale Enge C6/C7 (gemeint wohl: C5/C6) und leichtgradiger knöcherner foraminale Einengung C6/C7 links (MRI und CT HWS November 2008), (2) ein lumbospondylogenes Syndrom links mehr als rechts bei (a) Status nach mikrochirurgischer Dekompression L4/L5 beidseits am 17. Juni 2011 wegen Wurzelkompressionssyndrom L5 links bei Recessusstenose L4/L5 beidseits mit stationärer medianer bis recessaler linksbetonter Diskushernie L4/L5 und stationärer osteodiskaler neuroforaminale Einengung der Nervenwurzeln L4 beidseits und foraminalem Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 beidseits (MRI Oktober 2012) (b) ohne radikuläre Zeichen, (3) Schulterschmerzen links mehr als rechts bei (a) links: chronischer Rotatorenmanschetten-Läsion links mit Partialruptur des M. Supraspinatus (7 Millimeter), Tendinose der Infra- und Subscapularis-Sehne (MRI Dezember 2008) sowie mässiger AC-Gelenksarthrose und beginnende r

Omarthrose (Röntgen Oktober 2010) und (b) rechts: beginnender Omarthrose, kleinster Verkalkung am Ansatz des Supraspinatus-Muskels ohne Ruptur und schwerer AC-Arthrose (Röntgen und Ultraschall Oktober 2010). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. Z.____ (1) einen Nikotinabusus, (2) einen Vitamin D-Mangel (Erstdiagnose Dezember 2009), (3) einen Diabetes mellitus (Erstdiagnose 2002 mit ungenügender Einstellung unter oraler Therapie), (4) eine geringe Coxarthrose beidseits (Röntgen und Sonographie Oktober 2010) sowie (5) einen Status nach schmerzhaftem Fersensporn (Erstdiagnose November 2007).

Der Beschwerdeführer klagt über ausgedehnte Schmerzen und gebe an, dass weder die Operation an der HWS noch diejenige an der LWS seine Schmerzen gelindert habe. In der aktuellen Untersuchung sei nun neu eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit der LWS in allen Richtungen vorhanden. Unter Ablenkung bewege er weiterhin die HWS normal. Die Brustwirbelsäule und alle peripheren Gelenke seien normal beweglich. Die Muskulatur sei nicht verspannt. Sein zeitweise hinkender Gang normalisiere sich unter Ablenkung. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Es fänden sich nun Gebrauchsspuren an den Fingerkuppen des Daumens und des Zeigefingers beidseits, während bei der Erstuntersuchung nur rechts Gebrauchsspuren sichtbar gewesen seien. Die maximale Kraft der Hände habe sich gegenüber der Erstuntersuchung massiv erhöht. Die Bioimpedanz-Analyse habe sowohl im Dezember 2009 als auch im Oktober 2012 eine erfreulich grosse Muskelmasse gezeigt. Eine lang andauernde körperliche Schonung habe daher nicht stattgefunden. Nach ihrer klinischen Untersuchung im Dezember 2009 seien im Oktober 2010 geringe Coxarthrosen beidseits und eine schwere AC-Gelenksarthrose rechts bildgebend dokumentiert. Die Lage der cervicalen Implantate sei im Oktober 2010 bildgebend unverändert gut gewesen. Die postoperative MRI-Untersuchung der LWS (Oktober 2012 [vgl. Bericht des Institutes für Radiologie des E.____ an Dr. Z.____ vom 23.

Oktober 2012, Urk. 7/117/60-61]) habe weiterhin Nervenwurzelkompressionen L4 beidseits und Kontakte zu den Nervenwurzeln L5 beidseits gezeigt. In der Blutuntersuchung sei, wie schon im Dezember 2009, weiterhin ein ungenügend eingestellter Diabetes mellitus vorhanden gewesen. Auch habe sich weiterhin ein deutlicher Vitamin D-Mangel gezeigt, nun etwas weniger ausgeprägt als bei der Erstuntersuchung. Die Medikamentenanalyse im Blut zeige jetzt eine deutlich bessere Compliance als anlässlich der Erstanalyse. Die vorhandenen Befunde erklärten zwar die Beschwerden des Beschwerdeführers, aber nicht deren Ausmass. Im Vergleich zur Voruntersuchung sei er weiterhin durch die eingeschränkte Funktion der Wirbelsäule limitiert. Neu sei er seit Oktober 2010 auch durch eine reduzierte Funktion des rechten Schultergelenkes eingeschränkt (Urk. 7/117/55).

Was die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers betreffe, so sei er unverändert weiterhin durch die eingeschränkte Funktion der Wirbelsäule sowie durch die eingeschränkte Funktion der linken Schulter limitiert. Neu sei er seit Oktober 2010 auch durch die eingeschränkte Funktion der rechten Schulter limitiert. Seither könne er nur noch Lasten bis zu 15 Kilogramm heben und tragen (leichtes bis mittleres Belastungsprofil). Tätigkeiten, welche diesem Profil entsprächen, könne er ganztags ausüben. In einer adaptierten Tätigkeit sei er nie langfristig arbeitsunfähig gewesen. Bis Oktober 2010 habe er in einer adaptierten Tätigkeit Lasten bis zu 25 Kilogramm hantieren können, danach nur noch Lasten bis zu 15 Kilogramm. Nicht adaptierte Tätigkeiten habe er ab dem 8. Februar 2007 nicht mehr ausüben können (Urk. 7/117/56).

E. 3.5.1

Dr. med. I.____, Facharzt Allgemeinmedizin, hielt in seinen

– im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten - Bericht an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 15. und 27. Mai 2013 fest, dass er den Beschwerdeführer im Rahmen der Praxisübernahme von Dr. C.____ seit dem 9. Januar 2013 betreue. Der Beschwerdeführer leide im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndroms an einer Depression (innere) Traurigkeit und stetig vorhandenen schmerzhaften Bewegungseinschränkungen beider Schultern (Schulterarthrose rechts, chronische Rotatorenmanschettenläsion links), der Halswirbelsäule (zervikales Syndrom) sowie auch gelegentlich unter lokal lumbal auftretenden Bewegungsschmerzen (lumbales Syndrom [Urk. 7/133/1]). Gemäss seiner ersten groben Einschätzung und unter dem Vorbehalt erstens einer angepassten Tätigkeit und zweitens einer stabilen psychischen Verfassung unterlege er die Zumutbarkeit einer 75%-Stelle (6 Stunden am Tag). Dies sei als Richtungshilfe, jedoch ausdrücklich nicht als gutachterliche Aussage zu verstehen (Urk. 7/133/1-3).

E. 3.5.2

Dr. F.____ erhob in seinem – ebenfalls im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten – Bericht an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 22. Juli 2013 im Wesentlichen (1) chronische Lumboischialgien bei degenerativen LWS-Veränderungen mit Rezessusstenosen LWK4/5 beidseits, (2) einen Status nach mikrochirurgischer Dekompression L4/5 beidseits von links am 27. Juni 2011, (3) chronische Cervikobrachialgien linksbetont bei degenerativen Veränderungen, (4) einen Status nach Diskektomie C5/6 und C6/7 mit Implantation von Diskusprothesen am 2. Mai 2008 sowie (5) linksbetonte Schulterschmerzen bei chronischer Rotatorenmanschettenläsion links und

Omarthrose beidseits . Für eine einfache Hilfsarbeitertätigkeit bestünden keine Einschränkungen, bezüglich komplexer anspruchsvollerer Tätigkeiten mit entsprechenden Anforderungen an die körperliche Belastungsfähigkeit bestehe jedoch eine Beeinträchtigung. Insbesondere schnelle repetitive Arbeiten, Arbeiten in gebückter oder sitzender Position sowie Überkopfarbeiten, schweres Heben oder Tragen über 15 Kilogramm seien zumindest vollschichtig nicht durchführbar. Für eine nicht adaptierte Hilfsarbeit schätze er die Beeinträchtigung auf mindestens 50 % . Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei auch in einer Hilfsarbeitertätigkeit entsprechend den erwähnten Limiten eingeschränkt. Für eine solche Tätigkeit halte er ihn für zu 70 % arbeitsfähig (Urk. 7/133/4-5 ; vgl. auch Urk. 7/131).

E. 3.6

In den Akten liegen im Weiteren die vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte der J.____, vom 14. Juli 2014 und des Muskulo -Skelettal-Zentrums, Orthopädie Obere Extremitäten, der K.____ Klinik vom 20. und 21. August sowie vom 20. Oktober 2014 (Urk. 10/1-4). Daraus geht hervor, dass am 11. Juli und 20. August 2014 bildgebende Abklärungen bezüglich der Schultern stattfanden (Urk. 10/1-2) . Im genannten Bericht der K.____ Klinik vom 21. August 2014 wurde ausgeführt, dass klinisch ein chronisches Impingementsyndrom beider Schultern imponiere. Gestützt auf die Bildgebung liessen sich die Beschwerden durch die heute erhobenen Befunde erklären. Auf der linken Seite sei die Rotatorenmanschetten -Ruptur bereits im Dezember 2008 dokumentiert. Gestützt auf die sonographischen Befunde scheine eine Progression vorzuliegen. Es dränge sich hier die Wiederholung der Arthro-MR-Bildgebung auf (Urk. 10/3) . Laut dem Bericht der K.____ Klinik vom 20. Oktober 2014 wurde gleichentags eine diagnostische therapeutische Schulterarthroskopie links mit Burssektomie , Acromioplastik , arthrotischer Tenotomie und Tenodese der langen Bizepssehne sowie eine arthroskopische

Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion vorgenommen. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Lagerist von mindestens drei Monaten (Urk. 10/4). 4. 4.1

Das bidisziplinäre Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. A.____

vom 23. Januar resp. 1. Februar 2010 (Urk. 7/56-57) wurde im Urteil IV.2010.01240 vom 21. März 2012 bereits gewürdigt. Das Gericht erwog hierzu, Dr. Z.____ und Dr. A.____ hätten einlässlich dargelegt, dass der Beschwerdeführer seit Mai 2008 aus somatischer Sicht ganztätig Arbeiten mit etwa mittelschweren körperlichen Anforderungen ausführen könne, in seiner Leistungsfähigkeit aber aus psychiatrischer Sicht etwa zu 30 % eingeschränkt sei . Die Einschätzung von Dr. Z.____ , dass der Beschwerdeführer – gegebenenfalls mit der entsprechenden Medikation – aufgrund der diagnostizierten Einschränkungen trotz seiner Schmerzen eine körperlich wenig anspruchsvolle Arbeit verrichten könnte, sei nachvollziehbar. Ebenfalls plausibel sei - angesichts der schwierigen Lebenssituation des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Begutachtung - die durch Dr. A.____ diagnostizierte psychische Dekompensation in der Form einer leichten depressiven Episode und die dadurch verminderte Leistungsfähigkeit.

Auf die gutachterlich am 1. Februar 2010 interdisziplinär beurteilte medizinisch-theoretische Leistungsfähigkeit von ca. 70 % in angepassten Tätigkeiten könne nach dem Gesagten somit abgestellt werden.

An der damaligen Schlussfolgerung des Gerichts kann – auch unter Berücksichtigung der aktualisierten Aktenlage – ohne Weiteres festgehalten werden. 4.2

Das interdisziplinäre Verlaufsgutachten von Dr. Z.____ und Dr. A.____

vom 22. Dezember 2012 resp. 10. Januar 2013 (Urk. 7/117-118) beruht auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Auch haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Das Verlaufsgutachten erfüllt demnach alle recht sprechungsgemässen Kriterien für eine beweistaugliche medizinische Entscheidungsgrundlage, weshalb ihm – wie bereits dem Vorgutachten – grundsätzlich voller Beweiswert zukommt (vgl. E. 1.4). 4.3 4.3.1

Auf ein den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an sich genügendes Gutachten darf dann nicht abgestellt werden, wenn Umstände vorliegen, die in objektiver Weise und nicht bloss aufgrund des subjektiven Empfindens der Partei geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit und Unvoreingenommenheit des Verfassers resp. der Verfasserin zu erwecken (BGE 137 V 210 E. 6.1.2).

Nach der Rechtsprechung begründet eine Vorbefassung des Arztes, der zur erneuten Begutachtung beigezogen wird, nicht von vornherein den Anschein der Befangenheit (BGE 132 V 93 E. 7.2.2). Entscheidend ist, dass das Ergebnis der Begutachtung nach wie vor als offen und nicht vorbestimmt erscheint. Dies ist zu bejahen, wenn der Sachverständige andere Fragen zu beantworten oder sein erstes Gutachten lediglich zu erläutern oder zu ergänzen hat, nicht aber, wenn er die Schlüssigkeit seiner früheren Expertise überprüfen sollte

(vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_134/2011 vom 6. Juni 2011 E. 2.2 und 8C_35/2014 vom 16. Juni 2014 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Im Urteil IV.2010.01240 vom 21. März 2012 waren ergänzende medizinische Abklärungen einzig deshalb als erforderlich erachtet worden, weil aufgrund der damals gegebenen Aktenlage nicht zuverlässig beurteilt werden können, ob sich die medizinische Situation im Zeitraum von knapp einem Jahr seit der Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. Z.____ und Dr. A.____ im Dezember 2009 bis zum Erlass der Verfügung vom 10. Dezember 2010 (Urk. 2) verändert hat (Urk. 7/103/10-11). Aus der Vorbefassung von Dr. Z.____ an sich kann demnach nicht auf Befangenheit geschlossen werden. Der Beschwerdeführer begründet seinen Vorwurf der Voreingenommenheit von Dr. Z.____ denn auch nicht mit der Vorbefassung, sondern damit, dass sie ihn mehrfach suggestiv befragt habe, warum er nicht nach Hause gehe, ob er denn in den letzten Jahren nicht mehr in die Heimat gereist sei. Er habe ihr geantwortet, er besitze die finanziellen Mittel nicht, um nach L.____ zu reisen. Er sei in all den Jahren nie mehr in seine Heimat gereist. Dr. Z.____ habe ihm nicht geglaubt. Vielmehr habe sie verlangt, dass er ihr seinen Pass vorweise, was er auch getan habe (Urk. 1 Seite 5).

Im internistisch-rheumatologischen Gutachten vom 23. Januar 2010 hatte Dr. Z.____ unter dem Titel „Jetziges Leiden und subjektive Angaben der ver sicherten Person inkl. Tagesablauf“ unter anderem festgehalten, gemäss seinen Angaben habe der Beschwerdeführer einen Führerausweis und besitze ein Auto. Seit sechs oder sieben Jahren

sei er nicht mehr im Ausland in den Ferien gewesen (Urk. 7/56/22). Im Verlaufsgutachten vom 22. Dezember 2012 führte sie unter dem gleichen Titel unter anderem ebenfalls an, der Beschwerdeführer habe einen Führerausweis und besitze ein Auto. Er sei schon viele Jahre lang nicht mehr in L. ___ gewesen (Urk. 7/117/45).

Dazu ist vorab zu bemerken, dass sich radiologisch erhobene Veränderungen, namentlich im Wirbelbefund, allein nicht notwendig gerweise im Ausmass der funktionellen Einschränkung niederschlagen. Es gehört daher zur Aufgabe des Gutachters, derartige Befunde anhand der Klinik zu überprüfen und deren Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag

substantiiert darzulegen (Urteile des Bundesgerichtes 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 5 und 9C_68/2014 vom 2. Juni 2014 E. 3.3). Dazu gehören auch Feststellungen zum Verhalten sowie die Freizeitbeschäftigungen der versicherten Person.

Die Frage von Dr. Z. ___ nach allfälligen Reisen ins Ausland, namentlich auch in die Heimat, erscheint deshalb durchaus als sachbezogen und einer nachvollziehbaren Begründung der Schlussfolgerungen dienlich. Auch die übrigen Feststellungen von Dr. Z. ___ erscheinen sachlich und neutral, weshalb objektiv der Vorwurf der Voreingenommenheit nicht nachvollzogen werden kann. 4.3.2

Der Beschwerdeführer brachte gegen das Verlaufsgutachten von Dr. Z. ___ vom 22. Dezember 2012 im Weiteren vor, dass sie auf neue bildgebende Abklärungen bezüglich der Coxarthrosen verzichtet und das von ihr neu formulierte Arbeitsprofil nicht begründet habe.

Hierzu ist festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung der Gutachter in , was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zu kommt (Urteil des Bundesgerichtes 8C_768/2012 vom 24. Januar 2013 E. 3). Es blieb demnach grundsätzlich Dr. Z. ___ überlassen, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten ärztlichen Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.4 mit Hinweis). Dr. Z. ___ hat in ihrem Verlaufsgutachten die Entwicklung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers seit der erstmaligen Begutachtung im Dezember 2009 sehr sorgfältig und umfassend dokumentiert (Urk. 7/117/5-44). Daraus geht zwar hervor, dass im März 2010 durchgeführte Röntgenaufnahmen leichte bis mässige coxarthrotische Veränderungen ergeben hatten (Urk. 7/117/19). Allfällige daraus resultierende Beschwerden bildeten in der Folge aber im Rahmen der zahlreichen ärztlichen Konsultationen und Untersuchungen (vgl. auch E. 3.3) kein Thema mehr. Die von Dr. Z. ___ im Oktober 2012 durchgeführte klinische Untersuchung ergab sodann bezüglich der Hüftbeweglichkeit unauffällige Befunde (Urk. 7/117/50). Es ist deshalb nicht zu beanstanden, dass Dr. Z. ___ bezüglich der Hüften keine aktuellen bildgebenden Abklärungen veranlasst hat.

Im Weiteren ist aufgrund der medizinischen Akten zwar ausgewiesen, dass seit der erstmaligen Begutachtung im Dezember 2009 neue Diagnosen und Befunde im Bereich der Schultern (Sonographie vom 20. Oktober 2010, Urk. 7/117/24) dazu gekommen sind und eine Zunahme der Beschwerden im Bereich der LWS stattgefunden hat, weshalb der Beschwerdeführer im Juni 2011 operiert wurde. Indes lässt sich daraus nicht einfach auf eine höhere

Einschränkung der Leistungsfähigkeit schliessen. Invalidenversicherungsrechtlich sind nicht die Diagnosen und deren Anzahl entscheidend, sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichtes 9C_948/2012 vom 22. Juli 2013 E. 4.1 unter Hinweis auf BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 4c und 5a).

Dr. Z.____ hat anlässlich der Verlaufs begutachtung im Oktober 2012 – wie bereits anlässlich der Begutachtung im Dezember 2009 (Urk. 7/56/23-31) – eine einlässliche klinische Untersuchung durchgeführt (Urk. 7/117/47-53). Dabei hat sich zwar neu eine Bewegungseinschränkung der LWS gezeigt. Radikuläre Zeichen waren aber – wie bereits in der Voruntersuchung sowie anlässlich der zahlreichen Konsultationen im E.____ (vgl. E. 3.3) - nicht festzustellen. Im Rahmen ihrer Beurteilung hat Dr. Z.____ alsdann nachvollziehbar dargelegt, dass und weshalb sich die

von ihr erhobenen – nach dem Gesagten für die Einschätzung des Ausmasses der funktionellen Einschränkungen massgebenden – klinischen Befunde zwar auf die körperliche Belastbarkeit des Beschwerdeführers auswirken und ab Oktober 2010 eine Anpassung des in ihrem Vorgutachten vom 23. Januar 2010 formulierten Belastungsprofils erforderlich machen,

der vollzeitlichen Ausübung einer dem neuen Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeit aber nicht entgegen stehen. Die Einschätzung von Dr. Z.____ erscheint daher überzeugend. 4.4

Ebenso verhält es sich bei der von Dr. A.____ aufgrund der neuerlichen psychiatrischen Untersuchung vom 8. November 2012 (Urk. 7/118) vorgenommenen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, welche denn seitens des Beschwerdeführers auch nicht in Frage gestellt wurde. Anzumerken ist, dass die Einschätzung der psychisch bedingten (zeitlichen) Einschränkung mit 30 %

angesichts der von Dr. A.____ erhobenen Befunde und der dementsprechend als leicht eingestuften depressiven Symptomatik aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht sehr grosszügig erscheint, zumal offenkundig auch psychosoziale Faktoren (langjährige Krankheit und Tod der Ehefrau, finanzielle Probleme) massgebend zum Beschwerdebild beigetragen haben. Hinzu kommt, dass sich der Beschwerdeführer bislang noch nie einer regelmässigen fachärztlichen Behandlung unterzogen und zumindest zeitweise offenbar auch die vom Hausarzt seit 2009 verschriebenen Psychopharmaka abgesetzt hat (Urk. 7/118/5 und

Urk. 7/133/2), was nicht auf einen erheblichen psychischen Leidendruck schliessen lässt und sich im Übrigen mit Blick auf die dem Beschwerdeführer obliegende Schadenminderungspflicht als bedenklich erweist. 4.5

Soweit sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellt, die psychisch bedingte Einschränkung sei zusätzlich zu den somatischen Befunden zu berücksichtigen, ist zu bemerken, dass die Kombination mehrerer Funktionsstörungen nicht notwendigerweise zu einer Addition der in unterschiedlichen medizinischen Fachdisziplinen attestierten Arbeitsunfähigkeiten führt. Beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen überschneiden sich vielmehr in aller Regel deren erwerbliche Auswirkungen, weshalb der Grad der Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich in einer sämtlichen Behinderungen umfassenden medizinischen Gesamtbewertung zu bestimmen

ist (Urteil des Bundes gerichtes 9C_948/2012 vom 22. Juli 2013 E. 4.3 mit Hinweisen).

Die Gutachter sind im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung vom 10. Januar 2013 zum Schluss gelangt, dass dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung sowohl der somatischen als auch der psychischen Befunde eine behinderungsangepasste Tätigkeit – nach wie vor - zu 70 % zumutbar ist (Urk. 7/118/11), was überzeugend erscheint. 4.6.4.1

Die weiteren in den Akten liegenden Arztberichte enthalten keine Angaben, welche die gutachterliche Einschätzung in Frage zu stellen vermöchten und/oder auf eine nach der Verlaufsbeurteilung im Oktober/November 2012 bis zum Erlass der – rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden (BGE 130 V 446 E. 1.2 mit Hinweisen) – Verfügung vom 10. März 2014 (Urk. 2) eingetretene massgebliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers schliessen lassen würden. 4.6.2

Dr. G.____ attestierte dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 30. Juli 2012 – wie bereits in den Vorberichten – eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (Urk. 7/108/5-9). Wie bereits im Urteil IV.2010.01240 vom 21. März 2012 (Urk. 7/103/10) bemerkt wurde, erscheint dies angesichts des Behandlungsauftrages zwar verständlich, ist aber aufgrund der von ihm gestellten Befunde und Diagnosen nicht nachvollziehbar. 4.6.3

Dr. I.____ und Dr. F.____ gingen in ihren Berichten an die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 15./27. Mai 2013 (Urk. 7/133/1-3) resp. 16./22. Juli 2013 (Urk. 7/131) und Urk. 7/133/4-5) – in Übereinstimmung mit den Gutachtern – von einer 70%igen resp. (Dr. F.____) resp. sogar von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit (Dr. I.____) in behinderungsangepasster Tätigkeit aus. Das von Dr. F.____

formulierte Belastungsprofil stimmt dabei im Wesentlichen mit dem gutachterlichen überein. Namentlich beziffert er auch die zumutbare Gewichtslimite mit 15 Kilogramm. Wohl nahmen Dr. I.____ und Dr. F.____ ihre Einschätzungen insbesondere aus somatischer Sicht vor. Aufgrund ihrer Angaben entsteht jedoch der Eindruck, dass auch psychische Faktoren massgeblich in ihre Beurteilungen miteingeflossen sind (s. insbesondere Urk. 7/131/2 und Urk. 7/133/2). Hinzu kommt, dass (auch) sie als behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten des Beschwerdeführers aussagen dürften (BGE 125 V 353 E. 3b/cc, BGE 122 V 160 E. 1c, je mit Hinweisen).

Mit den Berichten von Dr. I.____ und Dr. F.____ lässt sich daher eine über 30 % hinausgehende Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ebenfalls nicht begründen. 4.6.4

Zu den vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichten (Urk. 10/1-4 ; vgl. E. 3.6) ist schliesslich zu bemerken, dass für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung der Sachverhalt im Zeitpunkt des Verfügungserlasses

massgebend ist (BGE 130 V 138 E. 2.1). Ausserdem geht aus diesen Berichten zwar eine Progredienz der Befunde im Bereich der Schultern hervor. Dies lässt aber nach dem Gesagten (vgl. E. 4.3.1) nicht ohne Weiteres darauf schliessen, dass sich auch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit seit der Beurteilung im Oktober/November 2012 massgeblich verschlechtert hat, zumal ihm im Operationsbericht vom 20. Oktober 2014 postoperativ nur für die angestammte Tätigkeit

als Lagerist eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 10/4). Entgegen seiner Auffassung (Urk. 9) kann der Beschwerdeführer daher auch aus diesen Berichten nichts zu seinen Gunsten ableiten. 4.7

Demnach ist gestützt auf die Gutachten von Dr. Z. ___ und Dr. A. ___

(Urk. 7/56-57 und Urk. 7/117-118) davon auszugehen, dass seit 8. Februar 2007 in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht. In einer

– bis September 2010 den gutachterlichen Belastungsprofilen gemäss interdisziplinärer Zusammenfassung vom 1. Februar 2010 (Urk. 7/56/7-8) und ab Oktober 2010 denjenigen gemäss interdisziplinärer Zusammenfassung vom 10. Januar 2013 (Urk. 7/118/11) Rechnung tragenden - behinderungsangepassten Tätigkeit war und ist der Beschwerdeführer jedoch zu 70 % arbeitsfähig. 5.5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 5.2

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruches massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

Vorliegend bestand in der angestammten Tätigkeit ab Februar 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 4.7). Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im März 2008 (Urk. 7/14, Aktenverzeichnis zu Urk. 7/1-137). Ein allfälliger Rentenanspruch konnte demnach frühestens im September 2008 entstehen (Art. 29 Abs. 1 IVG). 5.3.1

Das Valideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin aufgrund des vom Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Jahr 2006 bei der Y. ___ AG erzielten Einkommens (Fr. 4'350.-- x 13 [Urk. 7/18/3] = Fr. 56'550.--) ermittelt, was nicht zu beanstanden ist. Für den massgeblichen Zeitpunkt eines allfälligen Rentenbeginns (2008) ergibt sich unter Berücksichtigung der Nominalloohnerhöhung für Männer (Index 2006: 115.5; Index 2008: 120.0

[Bundesamt für Statistik, Nominallohnindex 1993 – 2010] ein Valideneinkommen von Fr. 58'753.30

(= Fr. 56'550.-- : 115.5 x 120). 5.3.2

Die Beschwerdegegnerin hat zur Bemessung des Invalideneinkommens zu Recht den monatlichen Bruttolohn (Zentralwert) von Männern für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) im privaten Sektor herangezogen. Dieser betrug im Jahr 2008 Fr. 4'806.-- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2008 TA1 S. 26), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,6 Stunden im Jahre 2008

(vgl. die Volkswirtschaft 12 -2014, Tabelle B9.2 S. 92) einen monatlichen Verdienst von Fr. 4'998.20 resp. einen Jahresverdienst von Fr. 59'978.40

(x 12) und für das zumutbare Pensum von 70 % einen solchen von Fr. 41'984.90

(= Fr. 59'978.40 x 0,7) ergibt. 5.3.3

Soweit sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt stellte, dass dem Beschwerdeführer kein Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren sei (Urk. 7/119), kann ihr aufgrund der nachfolgenden Erwägungen nicht gefolgt werden.

Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unter durchschnittlichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1 mit Hinweisen).

Vorliegend ist mit Bezug auf einen allfälligen behinderungsbedingten Abzug zu beachten, dass die von den Gutachtern formulierten Anforderungs- und Leistungsprofile

grundsätzlich eine zum zeitlich nur noch reduziert zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellen. Dem Beschwerdeführer steht aber, auch nach der ab Oktober 2010 ausgewiesenen Verschlechterung (vgl. E. 4.3), noch ein weites Spektrum an zumutbaren Hilfsarbeiten, wie zum Beispiel Kontroll- und Überwachungsaufgaben sowie andere leichte bis mittelschwere Betriebsarbeiten, offen. Wie dargelegt (vgl. E. 4.4), ist sodann die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit 70 % aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht als sehr grosszügig zu betrachten. Für einen zusätzlichen „leidensbedingten“ Abzug besteht deshalb kein Anlass. Ebenso wenig sind der Migrationshintergrund des Beschwerdeführers, dessen Alter oder der mehrjährige Arbeitsunterbruch mit Blick auf einfache Tätigkeiten im Anforderungsniveau 4 der LSE ein lohnminderndes Erschweris im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichtes 9C_199/2013 vom 4. Februar 2014 E. 3.4.2). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass sich die Teilzeitarbeit bei Männern im Anforderungsniveau 4 tendenziell lohnmindernd auswirkt (Urteile des Bundesgerichtes 9C_643/2010 vom 27. Dezember 2010 E. 3.4 und 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.2 unter Hinweis auf die nach dem Beschäftigungsgrad differenzierten Tabellen T2* in der LSE 2006 und T6* in der LSE 2004). Im Jahr 2006 erzielten Männer im Anforderungsniveau 4 bei einem Arbeitspensum zwischen 75 % und 89 % auf gerechnet auf ein Vollzeitpensum durchschnittlich ein um 6,1 % tieferes Einkommen als Vollzeitbeschäftigte (LSE 2006 Seite 16). Dies wurde von der Beschwerdegegnerin zu Unrecht ausser Acht gelassen. Selbst wenn man dem Beschwerdeführer unter diesem Titel einen grosszügigen Abzug von 10 % gewähren würde, ergäbe sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Diesfalls wäre nämlich das Invalideneinkommen 2008

mit Fr. 37'786.40 (= 0,9 x Fr. 41'984.90) zu beziffern. Ausgehend vom ermittelten Valideneinkommen

2008 von Fr. 58'753.30 ergäbe sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 20'966.90 resp. ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 36 %, was für den Anspruch auf eine Invalidenrente nach wie vor nicht ausreicht. 6.

Demnach hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Ergebnis zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist abweichend von Art. 61 lit. a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festgelegt.

Die Gerichtskosten sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christina Ammann - 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. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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).

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