

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00611 vom 2. November 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00611](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00611)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00611 du 2 novembre 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00611 del 2 novembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1964, zuletzt als Chauffeur im Zeitungsvertrieb tätig (Urk. 7/35 /1-21 S. 23), meldete sich am 25. Juni 2012 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an, unter Hinweis auf ein Bronchialasthma, einen erhöhten Cholesterinspiegel, Knieprobleme, eine Depression sowie weitere Beschwerden (Urk. 7/1

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8

Abs. 1

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

#### **E. 1.2**

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.

#### **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 ihrer 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 4. Juni 2014 Beschwerde (Urk. 1) mit den Anträgen, die Verfügung vom 2. Mai 2014 sei aufzuheben und es sei die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen. Eventuell sei ihm mindestens eine Viertelsrente zuzusprechen (S. 2). Die IV-Stelle schloss in ihrer Vernehmlassung vom 3. Juli 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Beschwerdeantwort, Urk. 6), wovon der Beschwerdeführer am 7. Juli 2014 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 8). Mit Eingabe vom 20. Mai 2015 (Urk. 9) reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Dr. med. Z. \_\_\_\_, Fachärztin FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 30. Januar 2015 (Urk. 10) zu den Akten, welcher der Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 21. Mai 2015 (Urk. 11) zugestellt wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung vom 2. Mai 2014 mit dem Ergebnis des Y. \_\_\_\_ -Gutachtens vom 12. August 2013. Sie verneinte einen Rentenanspruch, da in der einjährigen Wartezeit keine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % bestanden habe. Zu den Vorbringen im Vorbescheidverfahren hielt die Beschwerdegegnerin fest, der am 18. Juni 2013 diagnostizierte Diabetes mellitus führe – wenn er gut eingestellt sei – aus versicherungsmedizinischer Sicht zu keiner dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 2 S. 1 f.).

In der Beschwerdeantwort vom 3. Juli 2014 führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, gestützt auf das Y. \_\_\_\_ -Gutachten sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass keine langandauernde – über die pneumologisch erklärbar en 30 %

hinausgehende – Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer seit der Aufgabe seiner bisherigen Tätigkeit keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen sei und damit nicht alles im Rahmen seiner Selbsteingliederungspflicht Zumutbare unternommen habe, um die Folgen seiner Beschwerden zu mindern, könne nicht zu einer Invalidität im Sinne des IVG führen (Urk. 6).

### **E. 2.2**

Hiergegen wandte der Beschwerdeführer ein, die Auswirkungen des erstmals im Juni 2013 diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 2 mit Polyneuropathie seien nicht klar, weshalb sich die Rückweisung der Sache zwecks ergänzender interner Abklärung aufdränge (Urk. 1 Ziff. 4). Im Weiteren sei aber selbst ohne Berücksichtigung des Diabetes mellitus Typ 2 und der Folgeerkrankung Polyneuropathie

gestützt auf das Gutachten des

Y. \_\_\_\_ ein Rentenanspruch ausgewiesen (Ziff. 5). 3. 3.1

Das Y. \_\_\_\_

erstattete der IV-Stelle am 12. August 2013 ein interdisziplinäres Gutachten betreffend die Fachgebiete Psychiatrie ( Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie) ,

Innere Medizin (Dr.

med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin und Onkologie FMH) , Orthopädie/Traumatologie ( Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie) , Neurologie ( Dr. A.\_\_\_\_ ) und Pneumologie ( Dr. med. D.\_\_\_\_ , FMH Pneumologie und Innere Medizin; Urk. 7/3 5/1-21), gestützt auf die vorhandenen Arztberichte, auf eine persönliche Befragung sowie auf klinische Untersuchungen

und Beurteilungen in den einzelnen Fachgebieten (S. 1). Die Gutachter stellten folgende Diagnosen (S. 16) :

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Verdacht auf rezidivierende Depression, derzeit beschwerdefrei ( ICD-10 F33.4 ) 2. Asthma bronchiale, aktuell partiell kontrolliert (nach GINA-Guidelines) Lungenfunktion

am 21.6.13: mittelschwere, partiell reversible, obstruktive Ventilationsstörung (FEV1 63% -> 71% Soll) mit Lungenüberblähung und statischem air trapping 3.

Pseudoradiculäres

lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit einer reaktiven Iliolumbalen

Ansatzendopathie infolge langfristig vorliegender Fehl- und Überbelastung durch ein deutliches Übergewicht von zirka 40 kg (BMI 36 kg/m<sup>2</sup>) 4. Gonarthrose beidseits 5. Verdacht auf degeneratives HWS-Syndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in den linken Arm

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 6. Hypertonie, unter Therapie befriedigend eingestellt 7. Adipositas (BMI 36 kg/m<sup>2</sup>)

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

Diabetes unter oralen Antidiabetica gut eingestellt

#### **E. 9**

Verdacht auf Hypothyreose

#### **E. 10**

dekompensierte Platt-Knick-Spreizfüsse

#### **E. 11**

Nabelhernienrezidiv ohne zwingende OP- Indikation

#### **E. 12**

obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS), ED 04/2013 Auto-CPAP-Therapie seit 04/2013, residueller AHI unter ausgezeichneter Therapieadhärenz von 1.3/h

#### **E. 13**

Verdacht auf Zustand nach Spannungskopfschmerz

#### **E. 14**

Verdacht auf Zustand nach arzt n ei mittelinduzierte m Kopfschmerz

#### **E. 15**

Verdacht auf Zustand nach Kopfschmerz bei unzureichend behandeltem Schlaf apnoe-Syndrom

Sie führten dazu aus, aus psychiatrischer Sicht ergäben sich derzeit keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (S. 12).

Der klinische Befund der internistischen Untersuchung sei mit Ausnahme einer deutlichen Adipositas unauffällig gewesen. Ein Diabetes sei bekannt und mit oralen Antidiabetica behandelt (S.

13). Aus pneumologischer Sicht bestehe indessen zurzeit aufgrund des partiell kontrollierten Asthmas bronchiale mit einer aktuellen Atemreserve von 71 % eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit in der Größenordnung von 30 % . Wegen der grenzwertigen respiratorischen Partialinsuffizienz kämen keine körperlich anstrengenden Tätigkeiten in Frage. Zudem sollte auf eine lufthygienisch optimale Umgebung geachtet werden. Bei dokumentiertem erfreulichem Therapieerfolg bestehe keine zusätzliche Verminderung der Arbeitsfähigkeit infolge des OSAS (S. 15).

Was die orthopädisch begründeten Funktionseinbußen betreffe stehe eine beginnende beidseitige Gonarthrose im Vordergrund. Der klinisch führende Befund sei ein Streckdefizit links mehr als rechts sowie ein deutliches retro patellares Gelenkreiben. Ansonsten sei die Kniefunktion beidseits noch ausreichend erhalten. Insbesondere bestünden keine Instabilität, keine floride

Meniscopathie und auch kein Hinweis für einen akuten arthritischen Kniegelenkreizzustand. Im Rahmen einer kürzlich in der Klinik E.\_\_\_\_ stattgefundenen Abklärung sei festgestellt worden, dass derzeit noch keine operative Behandlungsindikation bestehe. Kniegelenkschonende Tätigkeiten seien somit zumutbar (S. 13) .

Die lumbovertebralen Rückenschmerzen gründeten

bei einer vollständig freien Rumpf- und Rückenbeweglichkeit

rein funktionell in einer rechtsseitigen ileolumbalen

Ansatzendinopathie

als Folge einer anhaltenden statischen Fehl-

und Überbelastung der distalen Lendenwirbelsäule bei einem Übergewicht von zirka 30 bis 40 Kilogramm (BMI 37kg/m<sup>2</sup> ). Prinzipiell seien die Rückenbeschwerden einer physiotherapeutischen Behandlung zugänglich. Vorrangig sei jedoch – auch unter dem Aspekt , eine physiotherapeutische Behandlung effizient zu machen – eine angemessene Reduzierung des Körpergewichts. Eine adäquate Gewichtsminderung von 30 bis 40 Kilogramm würde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einer spürbaren Regredienz sowohl der tieflumbalen Rückenschmerzen als auch der beidseitigen Kniegelenkbeschwerden beitragen.

Beim Versicherten zeigten sich im Weiteren bis auf die

vermutete n

pseudo radikulären Beschwerden im linken Arm keine neurologischen Auffälligkeiten (S. 14 f. ).

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer könne leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 Kilogramm im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen ausführen. Zu vermeiden seien Tätigkeiten mit statischer Rumpfbelastung sowie eine ständige vorn überbeugte Haltung. Auch kniende, hockende, kauende Tätigkeiten seien nicht möglich. Bei der bisherigen Tätigkeit als Fahrer eines Minibusses, welche der Beschwerdeführer wegen einer betriebsinternen Umstellung habe aufgeben müssen (S. 14), seien die vorbeschriebenen Kriterien weitgehend erfüllt (S. 17).

Zur Frage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit führten die Y.\_\_\_\_-Gutachter aus, aus orthopädischer Sicht wäre rein hypothetisch rückblickend seit der Arbeitsaufnahme im Jahr 2010 die Wiederaufnahme der früheren Tätigkeit anfangs zumindest auf einem 50%-Niveau zumutbar. Bei der Wiederaufnahme einer Tätigkeit, die mit dem vorbeschriebenen Profil übereinstimme, sollte anfangs und für einen Zeitraum von zirka drei Monaten nur von einem 50%igen Niveau ausgegangen werden. Nach hinreichender Eingewöhnung und auch in Korrelation mit einer kontinuierlich erfolgenden Reduzierung des Körpergewichts sei sodann eine Steigerung sukzessive möglich. Aus pneumologischer Sicht begründe das Asthma eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 30%. Gesamthaft bestehe somit aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 50%, eine Steigerung auf 70% sei sukzessive möglich (S.

18). 3.2

Am 18. Juni 2013 suchte der Versicherte notfallmässig die Klinik und Poliklinik für Innere Medizin des F.\_\_\_\_ auf, unter Angabe von cholikartigen, epigastrischen abdominalen Schmerzen und zudem „Brennen“ in allen vier Extremitäten. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten einen Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose) sowie den Verdacht auf eine Gastroenteritis und hielten fest, die brennenden Beschwerden in allen vier Extremitäten würden sie am ehesten im Rahmen einer Polyneuropathie bei einem unbehandelten Diabetes Mellitus Typ

2 sehen. Sie hätten diesbezüglich eine Therapie mit Metformin 500

mg 1xd begonnen. Die Notfallmediziner baten den Hausarzt um Einstellung des Diabetes Mellitus Typ 2 und empfahlen des Weiteren die Vorstellung bei einer Diabetes- und Ernährungsberatung (Urk. 7/42). 3.3

Dr. med. G.\_\_\_\_ vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle hielt in ihrer Stellungnahme vom 30. April 2014 fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht führe ein gut eingestellter Diabetes mellitus zu keiner dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zu berücksichtigen sei in der Einstellungsphase (mehrere Wochen), dass Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten beziehungsweise an gefährlichen Maschinen vermieden werden sollten (Urk. 7/44 S.

2). 4. 4.1

Die Beweiswertigkeit des Y.\_\_\_\_-Gutachtens vom 12. August 2013, das die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vollumfänglich erfüllt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c), ist zwischen den Parteien zu Recht

unbestritten .

Auch der Beschwerdeführer stellte im Grundsatz auf das in allen Teilen nachvollziehbare und differenzierte Gutachten ab, machte allerdings geltend , die Auswirkungen des

– erst nach der internistischen gutachterlichen Untersuchung

vom 15. Mai 2013 anlässlich einer Notfall konsultation

im

F.\_\_\_\_ am 18. Juni 2013 diagnostizierten – Diabetes mellitus Typ

2 seien von der IV-Stelle nicht rechtsgenügend abgeklärt worden . Er rügte namentlich, dass die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme keine Angaben zur im Bericht des

F.\_\_\_\_ erwähnten Folgeerkrankung einer Polyneuropathie gemacht habe ( Urk. 1 Ziff. 4) .  
4.2

Diesem Vorhalt kann nicht gefolgt werden. Zum einen ist festzustellen, dass die Notfallärzte die Polyneuropathie, die ihnen als einzig mögliche Erklärung für die Schmerzen erschien , nicht einmal als Verdachtsdiagnose aufführten . Offen sichtlich ergaben die weiteren Abklärungen – die Notfallmediziner empfahlen eine Vorstellung beim Hausarzt am darauffolgenden Tag – keine neuen Erkenntnisse, welche diese Vermutung erhärtet hätten. Der Beschwerdeführer

legte

im laufenden Beschwerdeverfahren einen rheumatologischen Untersuchungsbericht von Dr.

Z.\_\_\_\_

vom 30.

Januar 2015 zuhanden des Hausarztes (Urk. 10) auf ( Urk. 9) . Auch dort wurde zwar die Diagnose eines Diabetes mellitus Typ

2 erwähnt , allerdings mit dem ausdrücklichen Hinweis, dass hierzu keine neuen Gesichtspunkte bestünden .

Zum anderen erscheint auch fraglich , ob

es sich bei der auf der Notfall station des F.\_\_\_\_ gestellten Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 2 um eine gegenüber dem bereits im Gutachtenszeitpunkt bekannten Diabetes „neue Diagnose“ handelt . Empfohlen die Notfallärzte doch – in Unkenntnis der bereits laufenden Medikation ( Urk. 7/42 S. 3) – den Beginn einer Behandlung mit Metformin 500 mg/ täglich ( Urk. 7/42 S. 2 ), was weit unter der im internistischen Y.\_\_\_\_ - Teilgutachten erwähnten Dosierung desselben Medikamentes von 1 ‘ 000 mg morgens und abends liegt ( Urk. 7/ 35 / 22-28 S. 23). Auch die empfohlene Einstellung des Diabetes mit regelmässigen Kontrollen

hatte bereits stattgefunden . Die Gutachter gingen von einem unter oralen Antidiabetika gut eingestellten

Diabetes aus. Es drängt sich die Vermutung auf, dass die „Erstdiagnose“ auf Laborbefunden und in Unkenntnis der bisherigen Krankheitsgeschichte beruht . Der Versicherte spricht

schlecht Deutsch ( Urk. 7/35/1-21 S. 8); es bestanden Verständigungsprobleme ( Urk. 7/42 S. 4) .

Was den Diabetes mellitus Typ 2 betrifft ,

bleibt es somit bei der schlüssigen gut achterlichen Würdigung, wonach der gut eingestellte Diabetes keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat (E. 3.1, vgl. auch die Stellungnahme der RAD-Ärztin, E. 3.3 ; ferner etwa Bundesgerichtsurteil 8C\_903/2014 vom 13. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen, wonach Adipositas und Diabetes nach der Rechtsprechung grundsätzlich keine Invalidität zu begründen vermögen ) . Daran vermag der Umstand, dass beim Beschwerdeführer am 18. Juni 2013 auf der Notfallstation

des F.\_\_\_\_ einmalig

ein zu hoher Blutzuckerspiegel festgestellt wurde, nichts zu ändern . Es sind in dieser Hinsicht keine weiteren Abklärungen angezeigt, da von ihnen keine neuen entscheiderelevanten Ergebnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3 ) .

4.3

4.3.1

Zu diskutieren bleibt indessen die Frage nach den Auswirkungen der orthopädischen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit , namentlich die Massgeblichkeit der gutachterlichen Einschränkung, wonach dem Beschwerdeführer bei Wiederaufnahme einer Tätigkeit zuerst während zirka dreier Monate lediglich ein 50 % -Pensum und erst nach hinreichender Eingewöhnung sowie auch in Korrelation mit einer kontinuierlich erfolgenden Reduzierung des Körpergewichts eine Steigerung auf ein 70 % -Pensum sukzessive möglich sei . Hier gilt es zu berücksichtigen , dass

die Arbeitsfähigkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes darstellt (Art.

6

ATSG; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.1 f. zur Aufgabenteilung von rechtsanwendender Stelle und begutachtender Arztperson bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ). Im Weiteren spielen beim Invaliditätsbegriff nur Einschränkungen in der Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsfähigkeit eine Rolle, die voraussichtlich bestehen bleiben oder längere Zeit dauern ( Art. 8 Abs. 1 ATSG).

Die Rechtsanwender überprüfen die Angaben der Arztpersonen zur Arbeitsunfähigkeit frei, und zwar insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, namentlich , ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben , die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind ( Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist ( Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG ). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ( BGE 141 V 281 E. 5.2.2 mit Hinweisen ). 4.3.2

Die zunächst für den Zeitraum von drei Monaten ab Wiedereintritt ins Arbeitsleben attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit begründeten die Gutachter im Wesentlichen mit dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht mehr gewohnt sei, regelmässig zu arbeiten.

Der Y.\_\_\_\_ -Teilgutachter und Orthopäde Dr. C.\_\_\_\_ führte hie zu aus, seit der arbeitgeberseitigen Kündigung im Jahr 2010 (wegen betriebsinterner Umstellung und Auslagerung; Urk. 7/29-35 S. 32) könne (aus orthopädischer Sicht) retrospektiv rein hypothetisch von einer fortbestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Nachdem aber inzwischen eine zirka zweijährige Arbeitslosigkeit und somit auch eine körperliche Entwöhnung von einer regelmässigen somatischen Belastung vorliege, sollte bei Wiedereintritt in eine angepasste Tätigkeit zu Beginn und für einen Zeitrahmen von drei Monaten nur von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Danach sei eine sukzessive Steigerung auf ein 100%-Niveau möglich. Zur Besserung der Prognose und längerfristigen Erhaltung der Arbeitsfähigkeit sei zudem eine adäquate Gewichtsreduktion von 30 bis 40 Kilogramm innert eines Zeitrahmens von zirka zwei Jahren sinnvoll (Urk. 7/29-35 S. 34). 4.3.3

Aus diesen Ausführungen kann aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht geschlossen werden, dass beim Beschwerdeführer bis zum Zeitpunkt der Einarbeitung in eine neue Tätigkeit nur von einer

Arbeitsfähigkeit von

50 %

auszugehen wäre (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_385/2014 vom 24. Oktober 2014 E.

4.3).

An dieser Würdigung vermag auch der vom Beschwerdeführer neu aufgelegte rheumatologische Untersuchungsbericht vom 30. Januar 2015 (Urk.

10) von Dr. Z.\_\_\_\_

nichts zu ändern, wonach der

Beschwerdeführer derzeit zu 50 % arbeitstätig sei. Der Beschwerdeführer hielt im Weiteren dafür, der Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_

zeige, dass eine „100%ige Arbeitsfähigkeit“ aufgrund der diversen körperlichen Beschwerden illusorisch sei (vgl. Urk. 9). Indes geht auch die Beschwerdegegnerin von einer (nur) 70%igen Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Minibussfahrer aus. Darüber hinaus spricht sich der Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_, der keine wesentlichen, den Y.\_\_\_\_ - Gutachtern noch nicht bekannten Diagnosen enthält, nicht über eine gesundheitlich bedingte Arbeitsunfähigkeit aus; er ist für die vorliegende Fragestellung unbehelflich.

Vielmehr ist mit dem Y.\_\_\_\_ -Gutachten erstellt, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2010, zumindest aber seit Beginn des Wartjahres im Juni 2011 in einem

asthmabedingt reduzierten

Pensum von 70% arbeitsfähig ist. In diesem Umfang ist ihm eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10

Kilogramm im Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen zumutbar. Zu vermeiden sind Tätigkeiten mit statischer Rumpfbelastung sowie eine ständige vornübergebeugte Haltung. Auch kniende, hockende und kauernde Tätigkeiten sind dem Beschwerdeführer nicht

möglich. Zudem sollte auf eine lufthygienisch optimale Umgebung geachtet werden. Die bis im Jahr 2010 ausgeübte Tätigkeit als Fahrer eines Minibusses erfüllt diese Kriterien nach Einschätzung der Gutachter weitgehend (E. 3.1). 5.

Kann aber seit der (betrieblich bedingten) Kündigung des Arbeitsverhältnisses als Minibusfahrer im Jahr 2010 von einer fortbestehenden 70%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen werden, fehlt es – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend macht – bereits an der Erfüllung der einjährigen Wartezeit (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Darüber hinaus mangelt es aber auch an einer rentenbegründenden Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40%. Bei der Invaliditätsbemessung ist, da der Beschwerdeführer seit dem betrieblich bedingtem Verlust der letzten Arbeitsstelle (Urk. 7/35/1-21 S. 14) keiner Tätigkeit mehr nachging und zuvor verschiedenen Hilfstätigkeiten ausübte (Urk. 7/9-11), sowohl für die Bemessung des Validen- als auch des Invalideneinkommens auf die statistischen Werte der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE)

abzustellen, wobei beide Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn (LSE 2010, S. 26, Tabellengruppe TA1, Total, Männer, Anforderungsniveau 4) zu ermitteln sind. Bei dieser Sachlage darf ausnahmsweise von der ärztlich geschätzten Arbeits( un )fähigkeit ohne weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen werden. Der Invaliditätsgrad entspricht diesfalls dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn, der höchstens 25

% betragen darf (Urteil des Bundesgerichts 8C\_450/2014 vom 24. Juli 2014 E. 7.3 mit weiteren Hinweisen und BGE 126 V 75 E. 5). Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch teilzeitlich erwerbsfähig sein kann, ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von 10% zu begegnen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.2 mit Hinweisen).

Die Einschränkung der möglichen Tätigkeitsfelder auf rücken- und knieadaptierte Arbeiten sowie der Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ausführen kann (vgl. Urk. 1 Ziff. 5 S. 5), ist im Hinblick auf den allein massgeblichen, als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt (Art.

## **E. 16**

ATSG; BGE 134 V 64 E. 4.2.1) nicht (zusätzlich) abzugsrelevant (vgl.

etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8 sowie 9C\_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2). Folglich ergibt sich ein unter der rentenbegründenden Schwelle von 40% liegender Invaliditätsgrad von 37

% ( $100\% - 70\% \times 0.9 = 37\%$ ).

Dementsprechend sind die Voraussetzungen für die Zusprache einer Invalidenrente nicht erfüllt, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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