

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00129 vom 1. März 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00129](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00129)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00129 du 1 mars 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00129 del 1 marzo 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

7. Dezember 2014 bei einem Invaliditätsgrad von 41 % eine Viertelsrente ab Juli 2012 zu (Urk. 2).

#### **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). 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**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener 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).

#### **E. 1.3**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da

es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

Der bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigenden aus gegli chenen Arbeitsmarktlage (Art. 16 ATSG) ist grundsätzlich auch bei der Festsetzung des Validenlohnes Rechnung zu tragen, wobei auf die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstruktur erhebung (LSE) abgestellt werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C\_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens von selbständig erwerbstätig gewese nen Personen, das der Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Art. 16 ATSG zugrunde zu legen ist, sollten in erster Linie die aus dem Auszug aus dem Individuellen Konto (IK) ersichtlichen Löhne herangezogen werden. Weist das bis Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_626/2011 vom 29. März 2012 E. 3, E. 4.1 f.).

Bei selbständig Erwerbenden wird namentlich dann nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt, wenn aufgrund der Umstände mit überwiegender Wahr scheinlichkeit anzunehmen ist, dass der Versicherte im Gesundheitsfall seine nicht einträgliche selbständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser ent löhnte andere Tätigkeit angenommen hätte, oder dann, wenn die vor der Gesund heitsbeeinträchtigung ausgeübte selbständige Tätigkeit wegen ihrer kur zen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Validenein kommens darstellt, zumal in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbständi gen Erwerbs tätigkeit üblicherweise aus verschiedenen Gründen (hohe Abschrei bungsquote auf Neuinvestitionen usw.) die Betriebsgewinne gering sind. Wenn sich hingegen der Versicherte, auch als seine Arbeitsfähigkeit noch nicht beein trächtigt war, über mehrere Jahre hinweg mit einem bescheidenen Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit begnügt hat, ist dieses für die Festlegung des Valideneinkommens massgebend, selbst wenn besser entlöhnte Erwerbsmög lichkeiten bestanden hätten. Das Bundesgericht hat denn auch eine Paralleli sierung der Einkommen bei selbständig Erwerbenden in der Regel abgelehnt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_626/2011 vom 29. März 2012 E. 4.4 mit Hinwei sen auf BGE 135 V 58 E. 3.4.6-7).

#### **E. 1.5**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-er werblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt es Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufge nommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstruktur erhebung en (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 sogenannten Zentralwert (Median) aus zugehen 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).

### **E. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 1.

### **E. 2**

Ziff. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 5. März 2015 ( Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingaben vom 2 5. August 2015 ( Urk. 10) und 1 1. November 2015 ( Urk. 15) machte der Beschwerdeführer geltend, auf das eingeholte rheumatologische Gutachten könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden . Dies

wurde der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis gebracht ( Urk. 12 , Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2 Begrün dung ) davon aus, gemäss dem eingeholten Gutachten sei dem Beschwerdeführer eine - näher umschriebene - behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zu mutbar (S. 2). Sie stützte sich für die Festlegung des Invalideneinkommens auf Tabellenlöhne der LSE, wovon sie einen Abzug von 20 % vornahm (S. 2 f.) , und ermittelte das Valideneinkommen ausgehend von den Geschäftsabschlüssen der Jahre 2006 bis 2010 (S. 2 Mitte), womit ein Invaliditätsgrad von 41 % resul tierte (S. 3 oben).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt ( Urk. 1), das Gutachten leide an bestimmten Mängeln (S. 5 ff. Ziff. 1 ff.), weshalb darauf nicht abzustellen sei (S. 14 Ziff. 10). Ferner äusserte er sich zum Validenein kommen (S. 15 Ziff.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist somit, ob auf das von der Beschwerdegegnerin einge holte Gutachten abgestellt werden kann, und wie es sich m it der Arbeitsfähig keit, dem Valideneinkommen und dem Inv alideneinkommen verhält. 3. 3.1

Dr. med. A. \_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, diagnosti zierte in seinem Bericht vom 10. Januar 2012 (Urk. 8 /7/7-8 = Urk. 8/9/6-7 ) eine massive Varusgonarthrose und Knieinstabilität rechts sowie eine mässige Varusgonarthrose links (S. 1 unten). Er führte aus, dass der Beschwerdeführer eine Gonarthrose beidseits habe und dass rechts ein Status

nach einem Unfall 1985 mit Teilmeniskektomie medial und konservativ behandelter VKB-Ruptur vorliege. Wegen seines Kniegelenkes habe er sich aber immer mehr schonen müssen und habe weniger Aufträge annehmen können (S. 1 Mitte). Seit einem Jahr sei die Belastbarkeit der Kniegelenke, insbesondere des rechten Kniegelenkes, deutlich zurückgegangen, und der Beschwerdeführer habe als selbständiger Handwerker einen Verdienstausfall von 50 % erlitten (S. 1 unten).

Mit Schreiben vom 30. Januar 2012 führte Dr. A. \_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer aus seiner Sicht in angestammter Tätigkeit noch zu 50 % arbeitsfähig sei; in einer die Kniegelenke wenig und wechselnd belastenden Tätigkeit wäre er wohl zu 100 % vermittelbar

(Urk. 8/7/6 = Urk. 8/9/5 ). 3.2

Dr. med. B. \_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 10. Februar 2012 ( Urk. 8/ 8) aus, dass sie den Beschwerdeführer seit dem 29. April 2011 behandle ( Ziff. 1.2) und nannte als Diagnose eine schwere Gonarthrose rechts bei einem Status nach Unfall 1985 mit Kniearthroskopie und medialer Teilmeniskektomie und Befund eines Kreuzbandrisses (Ziff. 1.1). Aufgrund des Unfalles sei es zunehmend zu einer degenerativen Veränderung mit schwerem Knorpelschaden im Sinne einer Arthrose gekommen, und auch das linke Knie sei inzwischen beeinträchtigt; es handle sich um eine chronisch progrediente Erkrankung (Ziff. 1.4). In seiner angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit 1. Januar 2011 bis auf weiteres zu 50 % arbeitsunfähig, und er benötige regelmässig stunden- oder tage weise Pausen, damit sich die Reizung im Knie wieder beruhige (Ziff. 1.6 1.7). 3.3

Dr. med. C. \_\_\_ , Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte in seiner orthopädischen Beurteilung vom 15. Februar 2012 ( Urk. 8/9/2-3) die bereits bekannten Diagnosen und führte aus, die Beschwerden hätten seit einem Jahr deutlich zugenommen, und der Beschwerdeführer habe als Handwerker einen Arbeitsausfall von 50 % erlitten (S. 1 Mitte) . Der Befund der Gonarthrose rechts sei fortgeschritten, sodass eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % als selbständiger Handwerker nachvollziehbar sei. Die jetzt vorliegende Gonarthrose sei vor allem die Folge des schweren Kniegelenksunfalls von 1985 mit dem damals zugezogenen Meniskusschaden der vorderen Kreuzbandläsion mit seither bestehender Instabilität, die schon 2002 zu deutlichen Vorveränderungen geführt habe (S. 1 ). 3.4

Ein MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 7. März 2012 ( Urk. 8/43 ; vgl. Urk. 8/75/58-59 ) ergab folgende Beurteilung (S. 2 oben): - lumbosakrale Übergangsanomalie mit partieller Sakralisation von LWK5 - bei Th12-L2 geringe degenerative Bandscheibenveränderungen - L2-L4: leichte Osteochondrosen und dorsale Diskusprotrusionen - bei L3/4 leichte Spondylarthrosen , keine Einengung des Spinalkanals - bei L4/5 schwere Spondylarthrosen mit Pseudospondylolisthesis um 4 mm so wie mässiggradige

Osteochondrose , konsekutiv leichte

foraminale Stenosen beidseits 3.5

Dr. B. \_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 26. Februar 2013 aus, der Beschwerdeführer leide (auch) an einem chronischen Lumbovertebralsyndrom mit degenerativen Veränderungen der LWS. In ihrem Bericht vom Februar 2012 (vorstehend E. 3.2) sei dies unerwähnt

geblieben, weil damals noch Abklärungen im Gange gewesen seien und die definitive Diagnose noch nicht festgestellt habe. Ihres Erachtens sollte unter Einbezug der von ihr genannten Befunde noch einmal eine Überprüfung stattfinden (Urk. 8/42). 3.6

Ein Röntgen des Beckens vom 19. Juli 2013 ergab als Befund eine Koxarthrose beidseits mit subchondraler

Mehrsklerosierung des Acetabulumdaches und eine ausgeprägte rechtsbetonte Gelenkspaltverschmälerung mediobasal; keine frische ossäre Läsion; achsengerechte Stellung (Urk. 8/75/60). 3.7

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, führte in seinem Bericht vom 18. Oktober 2013 (Urk. 8/50) unter anderem aus, klinisch neurologisch imponiere eine linksseitige Peroneus-Parese 4/5 und beidseits ein hochpathologischer, bei 40° schmerzhafter Lasègue (S. 2 oben). Nach erfolgter Untersuchung, ausführlicher Besprechung mit dem Patienten und einer Konsultation mit Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1) könne er bestätigen, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. Januar 2012 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Eine operative Therapie müsse sich zwingend anschließen (S. 2 Mitte). Inwieweit eine körperlich leichte Tätigkeit unterhalb-schichtig bis halb-schichtig, also 3-5

Stunden mit Pausen, ausgeübt werden könne, könne frühestens 1 Jahr nach erfolgter Operation beurteilt werden (S.

2 unten).

3.8

Ein Röntgen der LWS vom 1. April 2014 ergab als Befund eine eingeschränkte Reklination und Inklination mit fixierter minimaler Anterolisthesis Grad I von L4 gegenüber L5 ohne Nachweis einer pathologischen Listhesis (Urk. 8/75/52).

Eine Sonographie der Schulter beidseits vom 1. April 2014 ergab rechts den Nachweis einer Bursitis und links den Verdacht auf Längsriss in der langen Bizepssehne bei insgesamt erhaltener Kontinuität der Sehne (Urk. 8/75/53).

Ein Röntgen des Beckens mit Hüfte beidseits vom 1. April 2014 ergab nur gering gradige degenerative Veränderungen, beidseits weitgehend erhaltene Hüftgelenksspalten, linksseitig angedeutet verschmälert, einen nur diskreten Osteophytenkranz an den Femurköpfen, und Tendopenostosen loco typico (Urk. 8/75/1-50 S. 33 oben). 3.9

Dr. Y.\_\_\_\_ erstattete am 3. April 2014 ein internistisch-rheumatologisches Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/75/1-50). Sie stütze sich auf die ihr überlassenen und weitere von ihr eingeholte Akten (S. 5 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 35 f.) und die von ihr anlässlich der Untersuchung vom 24. März 2014 erhobenen Befunde (S. 37 ff.).

Die Gutachterin nannte die folgenden rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 43 Ziff. 9.1): - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden beider Knie bei - rechts: mässiger medialer Gonarthrose und schwerer Femoropatellar-Arthrose (Röntgen April 2014) bei - Status nach drei Unfällen (1985, 1987, 2002) mit Meniskusläsionen und Ruptur des vorderen Kreuzbandes mit - Arthroskopie am 16. November 1987 mit medialer Korbhenkel-Resektion und - Arthroskopie am 19. Dezember 2002 mit Débridement

- links: leichter bis mässiger medialer Gonarthrose und leichte Femoro patellararthrose (Röntgen April 2014) - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der LWS bei - kongenitaler lumbosakraler Übergangsanomalie mit Hemisakralisation von LWK 5 rechts und Ausbildung eines Nearthros L5/S1 rechts mit fixierter minimaler Anterolisthesis Grad I von L4 gegenüber L5 ohne pathologische Listhesis mit stabilen Verhältnissen (funktionelles Röntgen April 2014) und - leichten bis mässigen multisegmentalen degenerativen Veränderungen mit beginnenden foraminale Stenosen mit fraglichen Reizungen der austretenden Nervenwurzeln ohne Kompression - bildgebend seit zwei Jahren im wesentlichen konstant - MRI April 2014 gegenüber MRI März 2012 - ohne radikuläre Zeichen - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden beider Schultern bei - rechts: leichte Omarthrose und Bursitis subdeltoidea sowie kleinsten Verkalkungen im Ansatz der Subscapularis - Sehne und Einriss der Supraspinatus - Sehne bei erhaltener Kontinuität - Röntgen und Sonographie April 2014 - links: leichte Omarthrose mit Verdacht auf Längsriss der langen Bizepssehne bei sonst intakten Rotatoren m. anschette - Röntgen und Sonographie April 2014

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte die Gutachterin eine Adipositas Grad I, eine arterielle Hypertonie mit medikamentöser Therapie, ein leicht erhöhtes glykolisiertes Hämoglobin (HbA1c), eine Hypercholesterinämie und einen Vitamin D-Mangel (S. 43 Ziff. 9.2).

Betreffend Arbeitsfähigkeit führte die Gutachterin aus, die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers werde durch die eingeschränkte Funktion beider Schultern, beider Knie und der LWS limitiert (S. 46 Mitte). Gemäss den Standards der Swiss Insurance Medicine (SIM) hätten diese Einschränkungen folgende Auswirkungen: - Schultergelenk: mögliche Limitierungen in der Positionierung der

Hand im Raum oder beim Einsatz der Hand über Brust-/Schulter-Kopfniveau; oft Einschränkung der Fähigkeit, Leitern und Gerüste zu besteigen und auf solchen zu arbeiten; mögliche Behinderungen beim Manipulieren (Heben und Tragen) von Lasten, insbesondere körperfern (S. 46) - Kniegelenk: mögliche Einschränkungen für das Besteigen von Leitern und Gerüsten, das Arbeiten in kauender, kniender oder (bedingt) stehender Position sowie das Gehen in unebenem Gelände, längeres Abwärts gehen und Hinunterspringen; meist keine Einschränkung für wechselbelastende Tätigkeiten und für im Sitzen zu verrichtende Tätigkeiten ohne Zwangshaltung für das betroffene Bein (z.B. Pedalbedienung) respektive genügender Beinfreiheit für Spontanbewegungen (S.

46 unten) - Rücken: unterschiedliche Auswirkung auf die Fähigkeit, häufig Lasten ohne Hilfsmittel zu heben und zu tragen; längeres Verharren in vorn übergeneigter Haltung - stehend oder sitzen - zu vermeiden; unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen auszuschliessen; wechselbelastende Tätigkeiten eher günstig (S. 47 oben).

Der Beschwerdeführer könne Lasten bis zu 12.5 kg heben oder tragen (leichtes bis knapp mittelschweres Belastungsniveau); eine Tätigkeit, die diesem Profil entspreche, könne der Beschwerdeführer zu 100 % ausüben (S. 47 oben).

In der angestammten Tätigkeit im eigenen Einmannbetrieb im Baugewerbe mit Arbeit als Maurer, Hafner beziehungsweise Plattenleger bestehe ein nicht angepasster Teilbereich, den der Beschwerdeführer nicht mehr ausüben könne. Als Hausmann bestehe im Haushalt keine Arbeitsunfähigkeit; bei schweren Tätigkeiten helfe die Ehefrau (S. 47 Mitte).

Ferner führte sie unter anderem aus, dass sie die Einschätzungen durch Dr. A.\_\_\_\_ im Januar 2012 (vorstehend E. 3.1) und durch den SUVA-Kreisarzt Dr. E.\_\_\_\_ im Mai 2012 teile. Zur Einschätzung durch Dr. D.\_\_\_\_ im September 2013 (vorstehend E. 3.7) führte sie aus, sie habe keine Peroneus -Parese fest stellen können und der Lasègue sei beidseits normal gewesen. Vor und nach Dr. D.\_\_\_\_ habe kein anderer Arzt die von ihm genannten lumbo-radikulären Ausfälle festgestellt. Auch überrasche, dass Dr. D.\_\_\_\_ den Exploranden angesichts einer solch rapiden Verschlechterung nicht hospitalisiert habe (S. 49 Ziff. 12.4). 3.10

PD Dr. Z.\_\_\_\_ erstattete am 15. April 2014 ein psychiatrisches Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/77). Er stellte weder Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit noch solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 4). 3.11

Dr. Y.\_\_\_\_ und PD Dr. Z.\_\_\_\_ erstatteten am 16. April 2014 eine interdisziplinäre Zusammenfassung. Als Diagnosen nannten sie die im rheumatologischen Teilgutachten aufgeführten. Zur Arbeitsfähigkeit führten sie aus, der Beschwerdeführer könne eine angepasste Tätigkeit, die Knie-, Schulter- und LWS-schonend sei, zu 100 % ausüben (Urk. 8/78). 3.12

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, nannte in seinem Bericht vom 12. August 2014 (Urk. 8/101) über die gleichentags erfolgte Untersuchung als Diagnose ein Wurzelreizsyndrom L5 und S1 bei osteoligamentärer und zystischer und ligamentärer

Rezessus

spinalis -Stenose L4/5 und lumbosakral (S.

1 Mitte). Er führte - bezugnehmend auf ein MRT der LWS vom 7. März 2014 - unter anderem aus, im bildmorphologischen Vergleich 2012 zu 2014 fänden sich eine deutliche Verschlechterung des drittletzten freien Segmentes bei angekommener Übergangsstörung im Sinne eines lumbalisierten Os sacrum 1 (also L4/5 auf der linken Seite) sowie ein Status idem im Bereich des lumbosakralen Segments, ferner - ohne klinische Konsequenz - bildmorphologische Kriterien einer Instabilität im Bereich aller vier unteren Segmente (S. 2 Mitte). Betreffend Therapieempfehlung führte er aus, abhängig vom Leidensdruck des Patienten könnte man die kompressiv wirkenden Strukturen problemlos operativ befreien (S. 1 Mitte). Der Patient möchte sich erst zu einer Operation entschliessen, wenn die Schmerzen wiederum ein Ausmass angenommen hätten, dass er damit letztlich bezüglich seiner Lebensqualität nicht mehr zurechtkomme (S. 2 unten). 3.13

Dr. Y.\_\_\_\_

führte in ihrer Stellungnahme vom 16. Oktober 2014 aus, sie habe keine wesentliche Veränderung zwischen der MRI-Untersuchung vom März 2012 und jener vom April 2014 festgestellt. Die von Dr. F.\_\_\_\_ postulierte Instabilität der vier unteren Segmente sei in der funktionellen Röntgenuntersuchung vom 1. April 2014 - die Dr. F.\_\_\_\_ vermutlich nicht kenne - ausgeschlossen worden. Sie habe deshalb keine Veranlassung, ihre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ändern (Urk. 8/108/1 = Urk. 8/110).

4. 4.1

Der Beschwerdeführer machte geltend, auf das rheumatologische Gutachten könne schon deshalb nicht abgestellt werden, weil die Gutachterin von der Beschwerdegegnerin wirtschaftlich abhängig und deshalb befangen sei (Urk. 15).

Dieser Standpunkt findet in der - soweit ersichtlich konstanten - bisherigen Rechtsprechung des Bundesgerichts (vorstehend E. 1. 8 ) keine Stütze, weshalb ihm nicht zu folgen ist. 4.2

Weiter wurde in der Beschwerde ( Urk. 1 ) am genannten Gutachten kritisiert, auf die sogenannte

Bioimpedanz-Analyse Bezug nehmende Aussagen gehörten nicht in ein seriöses Gutachten (S. 5 Ziff. 1) , der Hinweis der Gutachterin auf Gebrauchsspuren an den Fingerkuppen seien „für die Beurteilung der medizinischen Situation des Beschwerdeführers ohne jede Relevanz“ (S. 6 Ziff. 2) , die Arbeitsfähigkeit sei schematisch nach den SIM-Empfehlungen (S. 6 Ziff. 3) statt individuell (S. 7 Ziff. 4) umschrieben worden, im Gutachten werde das Zusammenspiel verschiedener Beschwerden an mehreren Körperpartien vollkommen vernachlässigt (S. 7 f. Ziff. 5) , die Beurteilung der Röntgenbefunde des Beckens im April 2014 als altersentsprechend stehe zu jener im Juni 2013 (vgl. vorstehend E. 3.6) im Widerspruch (S. 8 Ziff. 6) und die Gutachterin habe zu früheren Beurteilungen nur selektiv Stellung genommen (S. 8 ff. Ziff. 7) . 4.3

Der Beschwerdeführer stellte mithin nicht Abrede, dass das genannte Gutachten für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist. Er machte sinngemäss sogar geltend, es basiere auf allzu umfassenden Abklärungen (Bioimpedanz) und Beobachtungen (Fingerkuppen-Gebrauchsspuren). Dass die Gutachterin die ihr verfügbaren Elemente auch dafür nutzt, ihre Angaben bezüglich der zu vermutenden effektiven körperlichen Leistungsfähigkeit des Exploranden zu begründen, dürfte jedoch schwerlich als Mangel taxiert werden, so dass diese Kritikpunkte als nicht stichhaltig entfallen und das Gutachten die genannten praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.6) erfüllt.

Inwieweit auch die gezogenen Schlussfolgerungen (auf welche die übrigen Kritikpunkte zielen) nachvollziehbar sind, ist Gegenstand der vorliegenden Beurteilung. Jedenfalls ergibt sich alleine daraus, dass der Beschwerdeführer mit ihnen nicht einverstanden ist, noch kein Begründungsmangel. 4.4

In der bidisziplinären Beurteilung (vorstehend E. 3.11) wurde eine volle Arbeitsfähigkeit für eine angepasste, Knie-, Schulter- und LWS-schonende Tätigkeit attestiert. Im rheumatologischen Gutachten (vorstehend E. 3.9) wurde unter Verwendung der SIM-Standards näher umschrieben, was unter Knie-, Schulter- und LWS-schonende r Tätigkeit zu verstehen ist, sowie eine Hebe- und Traglimite von 12.5 kg spezifiziert.

Das so gezeichnete Belastungsprofil für Tätigkeiten mit voller Arbeitsfähigkeit ist hinreichend bestimmt und individualisiert und ist für die Belange der Rechtsanwendung, namentlich mit Blick auf die Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens, verwendbar.

Vor diesem Hintergrund ist auch nicht ersichtlich, inwiefern dem geltend gemachten Zusammenspiel verschiedener Beschwerden nicht Rechnung getragen worden sein sollte, und weshalb die Gutachterin den 2014 aktuellen Röntgenbefund bezüglich der Hüfte einlässlicher hätte kommentieren sowie frühere Arztberichte noch vertiefter, nämlich im beschwerdeweise geltend gemachten Umfang, hätte diskutieren sollen. 4. 5

Zusammenfassend ergibt sich, dass das eingeholte Gutachten alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.6) erfüllt, so dass darauf abzustellen ist.

Demnach ist der Sachverhalt dahingehend erstellt, dass für Knie-, Schulter- und LWS-schonende Tätigkeiten mit bis zu einer Hebe- und Traglimite von 12.5 kg eine volle Arbeitsfähigkeit besteht. 5. 5.1

Die Ermittlung des Valideneinkommens betreffend wurde im Urteil von 2013 ( Urk. 8/47) unter anderem ausgeführt, die 2003 bis 2007 erzielten Einkommen dürften nicht unberücksichtigt bleiben (S. 8 f. E. 4.2).

Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen sodann, indem sie die „Geschäftsergebnisse der letzten 5 Jahre vor Erkrankung“, mithin der Jahre 2006 bis 2010, verwendete, was einen Durchschnitt von Fr. 83'679.-- ergab ( Urk. 8/96 S. 1 Mitte). 5.2

Nach nochmaliger Würdigung der Arztberichte von Januar und Februar 2012 (vorstehend E. 3.1-3), in denen übereinstimmend festgehalten wurde, die Beschwerden hätten vor rund einem Jahr zugenommen, resultierend in einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % (ab Januar 2011), ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Einkommen bis 2010 in ihre Berechnung mit einbezogen hat. Dies wird auch durch die Angabe im Abklärungsbericht von 2012 ( Urk. 8/14) gestützt, wonach die Ehefrau des Beschwerdeführers 2008 eine Stelle angetreten habe, weil die Kinder älter geworden waren, was wiederum den nötigen finanziellen Spielraum für eine Pensumsreduktion des Beschwerdeführers auf 80 % geschaffen habe (S. 7 unten). Die beschwerdeweise vorgebrachte Version, die Ehefrau habe ihr Pensum erhöhen müssen, um für den gesundheitlich reduzierten - Beschwerdeführer einzuspringen ( Urk. 1 S. 15 Ziff. 14), findet dagegen in den Akten keine Stütze.

Zu berücksichtigen sind jedoch - dem Urteil von 20

## **E. 7**

Nach der Rechtsprechung gelten für Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richterinnen und Richter vor gesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 93 E. 7.1, 120 V 357 E. 3). 1.

## **E. 8**

Unter dem Gesichtspunkt der wirtschaftlichen Abhängigkeit führen nach gefestigter Rechtsprechung der regelmässige Beizug eines Gutachters oder einer Begutachtungsinstitution durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende

Honorarvolumen für sich allein genommen nicht zum Ausstand (BGE 137 V 210 E. 1.3.3; Urteile des

Bundesgericht s 9C\_113/2012 vom 14. März 2012 E. 2.1,

8C\_702/2011 vom 8. Februar 2012 E. 5.1, 8C\_509/2008

vom 4. Februar 2009 = SVR 2009 UV Nr. 32 E. 6; 9C\_67/2007 vom 28. August 2007 = SVR 2008 IV Nr. 22 E. 2). 2.

### **E. 13**

folgend - zusätzlich die 2003 bis 2005 erzielten Einkommen, mithin laut Abklärungsbericht Fr. 94'000.--, Fr. 112'200.-- und Fr. 137'900.-- (Urk. 8/14 S. 6).

Damit resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 95'312.-- (5 x [ Fr. 83'679.-- + Fr. 94'000.-- +

Fr. 112'200.-- +

Fr. 137'900.-- = Fr. 762'495.-- ] : 8). 5. 3

Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Invalideneinkommen ausgehend vom Tabellenlohn für Hilfsarbeiter, wovon sie einen Abzug von 20 % vornahm, womit Fr. 49'421.-- resultierten (Urk. 8/96 S. 1 f.).

Beschwerdeweise wurde geltend gemacht, es sei der maximale Abzug von 25 % angebracht (Urk. 1 S. 15 f. Ziff. 15).

Die dafür angeführten Gründe vermögen jedoch nicht zu überzeugen. So führt das (relativ) fortgeschrittene

Alter nicht automatisch zu einem Abzug, zumal sich dieses im Anforderungsniveau 4 sogar eher lohn erhöhend auswirkt. Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invalitätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3). Dass die langjährige Selbständigkeit bei einer Anstellung im gewählten Tabellenlohnsegment einen Nachteil darstellen sollte, der eine Erhöhung des Abzugs von 20 % auf 25 % rechtfertigen könnte, ist nicht nachvollziehbar. Schliesslich trifft wohl zu, dass Einschränkungen bezüglich mehrerer Körperpartien bestehen, und dass diese vorwiegend degenerativer Art sind. Warum dies jedoch einen Abzug von 25 % statt 20 % rechtfertigen sollte, ist weder ersichtlich noch dargelegt worden.

Somit hat es mit dem von der Beschwerdegegnerin gewährten Abzug von 20 % sein Bewenden und das Invalideneinkommen ist mit Fr. 49'421.-- einzusetzen. 5. 4

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 95'312.-- (vorstehend E. 5. 2) und einem Invalideneinkommen von Fr. 49'421.-- (vorstehend E. 5. 3) beträgt die Einkommenseinbusse

Fr. 45'891.--, was einen Invaliditätsgrad von rund 48 % ergibt.

Ausgewiesen ist somit der Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG). 5. 5

Mit der angefochtenen Verfügung wurde eine Viertelsrente zugesprochen, was sich nach erfolgter Prüfung als korrekt erweist.

Dies führt zur Abweisung der gegen die Verfügung erhobenen Beschwerde. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss 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: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti - 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

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