

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00850 vom 26. Februar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00850](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00850)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00850 du 26 février 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00850 del 26 febbraio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1959, arbeitete seit Anfang April 2012 zu 100 % als Plattenleger bei der Y.\_\_\_\_ AG (Urk. 9/5/4, Urk. 9/21/1), als er laut Schadenmeldung vom 25. Juni 2012 am 15. Juni 2012 im Treppenhaus ausrutschte und hinfiel (Urk. 9/10/51). Am 7. Dezember 2012 meldete er sich unter Hinweis auf Schmerzen beim Treppensteigen, beim Bücken, beim Tragen sowie bei langem Stehen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische sowie erwerbliche Abklärungen und zog die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva)

sowie der Kranken taggeldversicherung bei. Namentlich liess sie den Versicherten rheumatologisch (Gutachten vom 25. Mai 2014, Urk. 9/71) und psychiatrisch - inklusive bidisziplinärer Beurteilung

– begutachten (Gutachten vom 30. Mai

2014, Urk. 9/73). Mit Vorbescheid vom 5. November 2014 stellte sie ihm die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 9/81). Dagegen erhob er am 3. Dezember 2014 (Urk. 9/83), ergänzt am 8. Januar 2015 (Urk. 9/88), am 9. Februar 2015 (Urk. 9/92) sowie am 16. März 2015 (Urk. 9/101), Einwand und reichte zusätzlich e medizinische Unterlagen ein (Urk. 9/87). Die IV-Stelle nahm weitere Arztberichte zu den Akten (Urk. 9/89-90, 9/94, 9/96, 9/99, 9/102-104, 9/106-107), liess ihren Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) am 16. Juni 2015 Stellung nehmen (Urk. 9/108/5-6) und wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 25. Juni 2015 wie angekündigt ab (Urk. 9/109 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Nach Art. 53 Abs.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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 aus geglichenen 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

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. 2**

Gegen die Verfügung vom 25. Juni 2015 erhob der Versicherte am 25. August 2015 Beschwerde und beantragte, die Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm eine ganze Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte in der Beschwerdeantwort vom 30. September 2015 unter Hinweis auf ihre Wiedererwägungsverfügung vom 28. September 2015 (Urk. 7) die Abschreibung des Beschwerdeverfahrens, eventuell eine teilweise Gutheissung der Beschwerde im Sinne einer Rückweisung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung (Urk. 8).

Der Versicherte äusserte sich am 16. Oktober 2015 dazu (Urk. 12). Seine Stellungnahme wurde der IV-Stelle am 26. Oktober 2015 zugestellt (Urk. 13).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

mit Hinweis auf BGE 130 V 396). Zudem gelten auch psychische Störungen solcher Art nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind ( BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Med. pract . E.\_\_\_\_ nannte als Diagnose eine erschwerte Schmerzbeswerdeverarbeitung (ICD-10: F54) mit sozialem Rückzug und dysfunktionalem Vermeidungsverhalten bei lumbospondylogem Schmerzsyndrom (Urk. 9/73/14) . Bei den unter

ICD-10 F54 subsumierten Störungen handelt es sich um psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andersorts klassifizierten Krankheiten. Diese psychischen Störungen sind meistens leicht und oft lang anhaltend und rechtfertigen die Zuordnung zu einer anderen Kategorie im Kapitel V (F) nicht

( Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage 2014, S. 268 ) .

Dass die diagnostizierte Störung auch beim Beschwerdeführer nur leicht ausgeprägt ist, ist daran erkennbar, dass med. pract. E.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung ausführt, es fänden sich gewisse Hinweise für eine erschwerte Beschwerdeverarbeitung mit einer beginnenden dysfunktionalen vermeidenden Fehlentwicklung (Urk. 9/73/10). Bei dieser sich in den Anfängen befindenden Störung, welche lediglich auf Hinweisen basiert, sind die Kriterien der Schwere sowie der therapeutischen Nicht-mehr-Angehbarkeit nicht erfüllt. Auch bestehen noch Ressourcen in Form von einer wiederholt formulierten Bereitschaft zum Wiedereinstieg in einen angepassten Arbeitsprozess (Urk. 9/73/10-11), es findet sich kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Lebenslagen und es bestehen noch therapeutische Optimierungsmöglichkeiten betreffend das psychiatrische Fachgebiet (Urk. 9/73/13). Die erschwerte Schmerzbescheververarbeitung ist dem nach nicht als invalidisierend einzustufen . 5.5

Alkoholismus, Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit begründen für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes (Urteil des Bundesgerichts 8C\_694/2008 vom 5. März 2009, E.

2 mit Hinweisen). Der

sekundär entwickelten Benzodiazepin- ( Temesta -) Abhängigkeit (ICD-10: F13.25) wurde im Gutachten von med. pract. E.\_\_\_\_ zwar ebenfalls Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen (Urk. 9/73/14), jedoch werden aus dem Gutachten keine konkreten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ersichtlich. Vielmehr wurde die Arbeitsunfähigkeit von den Gutachtern aufgrund dessen anerkannt, dass der Beschwerdeführer noch nicht stabil genug sei für einen erfolversprechenden Wiedereinstieg (Urk. 9/73/11). Dies ist aber kaum der regelmässigen - verschriebenen (Urk. 9/66/7) - Medikamenteneinnahme zuzuschreiben, stabilisiert diese den Beschwerdeführer doch gerade (Urk. 9/73/6) . 5. 6

Das rheumatologische Gutachten, wonach dem Beschwerdeführer nurmehr eine leidensangepasste Tätigkeit zumutbar ist (Urk. 9/71/13), wurde von keiner der Parteien beanstandet .

Bei den dokumentierten, auf rheumatologischen Diagnosen fussenden (Urk. 9/71/11) schmerzhaften Bewegungseinschränkungen von Lendenwirbelsäule und linker Schulter (Urk. 9/71/12) ist denn auch nachvollziehbar, dass dem Beschwerdeführer gewisse Bewegungen und Belastungen nicht mehr zumutbar sind, weniger belastende beziehungsweise leidensangepasste indes uneingeschränkt (Urk. 9/71/13). Dafür, dass sich bezüglich der somatischen Beschwerden noch etwas Relevantes verändert hätte nach der Begutachtung und vor Verfügungserlass, liegen keine Anhaltspunkte vor (vgl. insbesondere vorstehende E.

5.1 und 5.2). Daher sind auch aus somatischer Sicht keine weiteren Abklärungen angezeigt. Da dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit seit dem Treppensturz vom 15.

Juni 2012 nicht mehr zumutbar ist (Urk. 9/71/13), ist jedoch noch eine Invaliditätsbemessung durchzuführen. 6.

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte in der Beschwerdeschrift vom 25. August 2015 (Urk. 1) geltend, gemäss dem rheumatologischen Gutachten sei ihm nur noch eine angepasste Tätigkeit möglich (S. 4). Aus psychiatrischer Sicht sei er sowohl laut dem für die CSS-Taggeldversicherung erstatteten Gutachten als auch gemäss der behandelnden Psychiaterin zu 100 % arbeitsunfähig. Der von der IV-Stelle beauftragte psychiatrische Gutachter habe die Erkrankung zwar als beserungsfähig eingeschätzt, jedoch auch auf einen prognostisch negativen Faktor hingewiesen und den Beschwerdeführer aktuell als nicht arbeitsfähig gesehen. Somit habe er zumindest Anspruch auf eine temporäre Invalidenrente (S. 4-6).

Des Weiteren leide er an einer chronischen Sinusitis maxillares beidseits, an einem Lungenemphysem, an zwei kontrollbedürftigen Lungenherden apikal links, an einer chronischen Bronchitis bei Status nach Nikotinabusus, an Nierensteinen sowie an starken Kniegelenksbeschwerden, welche ihm das Gehen seit Kurzem völlig verunmöglichen würden (S. 6-7). Falls er überhaupt noch arbeitsfähig sei, müsse es sich um einen Nischenarbeitsplatz handeln (S. 8). Weiter machte er geltend, er wäre nicht mehr in Anwendung der Foerster-Kriterien, sondern unter Berücksichtigung der Indikatoren nach der neuen Rechtsprechung (BGE 141 V 281) zu beurteilen gewesen, was zu einer Bejahung der Invalidität geführt hätte (S. 8-10).

In der Stellungnahme zur Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2015 führte er aus, sein Gesundheitszustand sei - abgesehen von der Knieproblematik - bereits genügend abgeklärt und es gehe ihm so schlecht, dass ihm auch keine angepasste Arbeitstätigkeit mehr zugemutet werden könne, weshalb ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen sei. Die Beschwerdegegnerin habe die ihr obliegende Aufgabe, den Sachverhalt abzuklären, gänzlich vernachlässigt (Urk. 12). 3.

Mit der Wiedererwägungsverfügung vom 28. September 2015 (Urk. 7) entsprach die Beschwerdegegnerin nicht dem Antrag des Beschwerdeführers auf Zusage einer ganzen Rente. An diesem Rechtsbegehren hielt letzter er in der Stellungnahme zum Wiedererwägungsentscheid vom 16. Oktober 2015 ausdrücklich fest und erklärte sich nur im Eventualstandpunkt mit einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen einverstanden (Urk. 12 S. 3). Der Rechtsstreit besteht somit weiter. Die Beschwerde ist materiell zu beurteilen. 4.

### 4.1

Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 24. Oktober 2013 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10:

Z73.0) sowie ein chronisches Schmerzsyndrom somatischer Genese (Urk. 9/54/1). Sie attestierte dem Beschwerdeführer ab dem 9. Juli 2013 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese begründete sie mit einer ausgeprägten Antriebsstörung, einem Mangel an Konzentrationsvermögen, rascher Ermüdbarkeit, kaum aushaltbarer innerer Unruhe und sozialer Isolation (Urk. 9/54/2).

In ihrem Bericht vom 28. Januar 2014 nannte sie die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.10) mit erheblichen Schwierigkeiten, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzusetzen, sowie diejenige einer generalisierten Angststörung (ICD-10: F45.1) und

äusserte den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.0). Weiter führte sie aus, die stationäre Behandlung in der Klinik A.\_\_\_\_

vom 1. November bis 1. Dezember

2013 habe nach der Empfindung des Beschwerdeführers keine wesentliche Zustandsänderung gebracht. Bei den komorbiden Störungen von Depression, Angststörung und Schmerzsyndrom mit den herabgesetzten Ressourcen könne keine günstige Prognose gestellt werden (Urk. 9/66/7-8).

Ab dem

1. Juni

2014 attestierte sie eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (Urk. 9/74/1, 9/76/1, 9/77/1, 9/79/3-4, 9/82/2, 9/86/1, 9/90/1, 9/99/2, 9/103/1). 4.2

Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung CSS wurde der Beschwerdeführer durch Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Pharmazeutische Medizin, psychiatrisch begutachtet.

Dr. B.\_\_\_\_ gelangte im Gutachten vom 22. März 2014 zum Schluss, der erhobene Befund sei mit einer mittelgradig ausgeprägten Depression vereinbar. Er diagnostizierte entsprechend eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10:

F32.1). Des Weiteren führte er aus, das Beschwerdebild sei vorwiegend durch affektive Herabstimmtheit, psychophysische Beschwerden, Konzentrationsmangel und sozialen Rückzug geprägt (Urk. 9/66/5). Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsunfähigkeit bislang ausgewiesen. Der weitere Verlauf sei anhand aussagekräftiger Verlaufsberichte der für die geplante teilstationäre Behandlung in Frage kommenden Tagesklinik zu verfolgen. Für einen Zeitraum von rund zwei Monaten sei der Beschwerdeführer weiterhin arbeitsunfähig. Die Prognose einer mittelgradigen depressiven Episode sei unter sachgerechter Behandlung prinzipiell günstig zu bewerten. Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass sie innerhalb einiger Monate deutlich rückläufig sei (Urk. 9/66/6). 4.3

4.3.1

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, begutachtete den Beschwerdeführer am 1. April 2014 rheumatologisch

(Urk. 9/71/1). Er berichtete, von Seiten des Bewegungsapparates stünden tief lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein sowie eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der linken Schulter im Vordergrund. An der Lendenwirbelsäule finde sich eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung in Extension und Seitneigung nach links. Die klinischen Befunde korrelierten mit dem radiologischen MRI-Befund einer fortgeschrittenen Osteochondrose und Spondylarthrose L5/S1 mit im MRI auch deutlichen Zeichen einer aktivierten Spondylarthrose links. Somit entspräche n

die ins linke Bein ausstrahlenden Schmerzen in erster Linie einem lumbospondylogenen Syndrom im Sinne eines Facettengelenk-Syndroms bei aktivierter Spondylarthrose L5/S1

links. Hingegen finde er keinerlei Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallssymptomatik.

An der linken Schulter finde sich neben positiven Impingement-Zeichen eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung aktiv und passiv sowohl für die seitliche Elevation, die vordere Flexion, geringgradig aber auch in Aussenrotation. Im MRI vom 12. April 2013 sei eine Tendinopathie der Supraspinatus- und Infraspinatussehne beschrieben mit ansatznaher Verkalkung der Infraspinatussehne. Zusätzlich bestehe eine AC-Gelenksarthrose, welche aufgrund des aktuellen klinischen Befundes jedoch asymptomatisch scheine. Diese radiologischen Befunde seien gut vereinbar mit einer Impingement-Symptomatik der linken Schulter. Die schmerzhafte Bewegungseinschränkung auch bei passiver Bewegungsprüfung lasse sich allerdings mit diesen Befunden alleine nicht erklären. Klinisch liege zusätzlich ein kapsuläres Muster der Bewegungseinschränkung im Sinne einer Frozen Shoulder vor (Urk. 9/71/12). Ansonsten fänden sich bis auf eine mässig ausgeprägte Epicondylopathia

humeri

radialis links keine weiteren pathologischen Befunde (Urk. 9/71/13). Durch die degenerativ bedingte lumbo spondylogene Problematik einerseits und die schmerzhafte Bewegungseinschränkung der linken Schulter andererseits sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in qualitativer Hinsicht eingeschränkt. Aufgrund der Rückenproblematik seien ihm rein sitzende und vorwiegend an Ort stehende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Ebenso nicht mehr zumutbar seien repetitives, häufiges Heben von Lasten über 7,5 Kilogramm bis Taillenhöhe beziehungsweise über fünf Kilogramm bis Brusthöhe sowie das Heben und Tragen von vereinzelt Lasten über 20 Kilogramm. Von Seiten des linken Schultergelenkes sei einhändiges Tragen links von Lasten körperfern über fünf Kilogramm beziehungsweise körpernah über zehn Kilogramm zu vermeiden und Arbeiten oberhalb der Horizontalen könnten mit dem linken, dominanten Arm nicht ausgeführt werden. Daher sei dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Plattenleger auf Dauer nicht mehr zumutbar, retrospektiv aufgrund der Akten seit dem Treppensturz vom 15. Juni 2012 (Urk. 9/71/13). Der Epicondylopathia

humeri

radialis links mass Dr. C.\_\_\_\_ keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 9/71/11). In quantitativer Hinsicht sah er die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht nicht als eingeschränkt. Demnach sei in einer der obigen Einschränkungen angepasst, körperlich leichten bis teilweise mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht medizinisch-theoretisch eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Diese gelte spätestens seit der Begutachtung durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 16. April 2013 (vgl. Urk. 9/34/4-13). Denn seither hätten sich von Seiten des Bewegungsapparates weder das subjektive Beschwerdebild noch die objektiven Befunde wesentlich verändert (Urk. 9/71/13-14). 4.3.2

Am 29. April 2014 erfolgte die psychiatrische Begutachtung durch med. pract. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 9/73/1). Med.

pract. E.\_\_\_\_ hielt fest, im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung habe er im Befundkorrespondierend zur Aktenlage - ein derzeit noch maximal mittelgradig ausgeprägtes depressives Zustandsbild nachvollziehen können. Der Beschwerdeführer zeige in der

Grundstimmung weiterhin eine depressive Auslenkung, einen reduzierten Antrieb und eine verminderte kognitive Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit im Sinne einer depressionsbedingten leicht bis maximal mittelgradigen Verlangsamung. Der Befund entspreche weitestgehend dem von Dr. B. \_\_\_ am 4. März 2014 erhobenen, wo bei der vom Beschwerdeführer selbst berichtete Besserungstendenz auch im Rahmen der aktuellen Untersuchung nachvollziehbar sei. Hinweise für das Vorliegen einer generalisierten Angststörung seien hingegen nicht feststellbar gewesen. Hinsichtlich seiner Schmerzbeschwerden zeige der Beschwerdeführer keine demonstrative oder betont aggravierende Darstellungsweise, es lägen aber gewisse Hinweise für eine erschwerte Beschwerdeverarbeitung mit einer beginnenden dysfunktionalen Vermeidenden Fehlentwicklung im Sinne eines sozialen Rückzugs mit Einstellung von sozialen Aktivitäten und von Hobbies vor. Gleichzeitig sei die wiederholt formulierte Bereitschaft zum Wiedereinstieg in einen angepassten Arbeitsprozess auch aufgrund der gewonnenen Untersuchungseindrücke und erhobenen Befunde ausdrücklich als noch aktivierbare Ressource zu werten (Urk. 9/73/10).

Med. pract. E. \_\_\_ diagnostizierte im Ergebnis eine maximal mittelgradig ausgeprägte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), welche er als besserungsfähig einstufte, eine erschwerte Schmerzbeschwerdeverarbeitung (ICD-10: F54) mit sozialem Rückzug und dysfunktionalem Vermeidungsverhalten bei lumbospondylogem Schmerzsyndrom und einer sekundär entwickelten Benzodiazepin- (Temesta-) Abhängigkeit (ICD-10: F13.25). Er gelangte zum Schluss, der Beschwerdeführer sei aktuell noch nicht stabil genug für den direkten erfolgsversprechenden Wiedereinstieg in einen stabil leistbaren Arbeitsprozess unter Bedingungen der freien Wirtschaft, auch bezogen auf ein angepasstes Tätigkeitsprofil. Die von Dr. B. \_\_\_ angenommene Arbeitsunfähigkeit könne daher bestätigt werden, wobei der medizinische Endzustand bei gegebener Behandlung- und Besserbarkeit des Zustandsbilds nicht erreicht sei. Eine andauernde, therapeutisch nicht mehr beeinflussbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines psychischen Krankheitsgeschehens könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht abgeleitet werden. Es werde eine Therapieintensivierung im Rahmen eines Behandlungsprozesses in einer geeigneten psychiatrischen Tagesklinik empfohlen. Unter entsprechender Behandlung sei innerhalb von zwei bis drei Monaten eine Zustandsbesserung mit Wiedererlangung einer zunächst mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein angepasstes Tätigkeitsprofil gemäss insbesondere auch rheumatologischen Vorgaben mit erhöhter Wahrscheinlichkeit erreichbar. Bei adäquater Behandlung sei bezüglich des depressiven Störungsbildes eine vollständige Krankheitsremission mit erhöhter Wahrscheinlichkeit innerhalb von drei bis sechs Monaten zu erwarten. Erschwert werde die Prognose allerdings durch die subjektive Schmerz-Situation sowie die Belastungsfaktoren im psychosozialen und biographischen Kontext

(Urk. 9/73/11-12). Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei seit Juli 2013 nachvollziehbar dokumentiert (Urk. 9/73/13). Im Zusammenhang mit der zunehmenden erschwerten Schmerzverarbeitung seien die Foerster-Kriterien zu diskutieren, jedoch seien diese mehrheitlich nicht erfüllt (Urk. 9/73/13). 4.3.3

Dr. C. \_\_\_ und med. pract. E. \_\_\_ gelangten in ihrer interdisziplinären

Konsequenzbeurteilung zum Schluss, aufgrund der rheumatologischen Befundlage und Beurteilung sei dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit seit dem Treppensturz

vom 15. Juni 2012 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten, körperlich leichten bis teilweise mittelschweren und wechselbelastenden Tätigkeit jedoch bestehe seit dem Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. Gutachten vom 16. April 2013; Urk. 9/34/4-11) eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

Aus psychiatrischer Sicht fassten die Experten zusammen, nach einem intensivierten Therapieprozess könne innerhalb von zwei Monaten zunächst eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einem gemäss den rheumatologischen Vorgaben an angepassten Tätigkeitsprofil erreicht werden. Nach weiteren sechs Monaten sei eine vollständige Remission möglich. Der zu erwartende Behandlungs- und Rehabilitationszeitraum betrage maximal sechs weitere Monate (Urk. 9/73/15). 4.4

RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt am 18. Juli 2014 fest, die im psychiatrischen Gutachten dokumentierten funktionellen Einschränkungen (Verlangsamung des Antriebes, verminderte kognitive Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, erschwerte Schmerzbeschwerdeverarbeitung mit sozialem Rückzug und dysfunktionalem Vermeidungsverhalten) begründeten grundsätzlich aus versicherungsmedizinischer Sicht eine ganztags umsetzbare Arbeitsfähigkeit, aktuell sei die Leistungsfähigkeit allerdings um 100 % reduziert. Diese 100%ige Einschränkung könne in Abhängigkeit vom fachpsychiatrischen

Therapieverlauf stufenweise innerhalb eines Jahres auf (medizinisch-theoretisch) 0 % reduziert werden (Urk. 9/80/10). 4.5

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Pneumologie und Innere Medizin, H.\_\_\_\_, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 16. Dezember 2014 eine chronische Sinusitis maxillares beidseits, ein Lungenemphysem sowie zwei kontrollbedürftige Lungenrundherde apikal links (Urk. 9/87/1). Sie hielt fest, der Beschwerdeführer habe sich wegen Hustenattacken selbst zugewiesen. Die Hustensymptomatik interpretiere sie am ehesten als Ausdruck der chronischen Sinusitis. Sie habe dem Beschwerdeführer empfohlen, konsequent Nasonex und Rinomer-Nasenspülungen anzuwenden (Urk. 9/87/2).

Nach der Kontrolle vom 15. Januar 2015 führte sie aus, subjektiv bestehe eine starke Empfindlichkeit auf Gerüche, Staub und Dämpfe, was zu Hustenanfällen führe (Urk. 9/89/2). Eine formale Testung der Leistungsfähigkeit sei nicht erfolgt. Die Lungenfunktion in Ruhe zeige keine relevanten Einschränkungen, womit aus pneumologischer Sicht die meisten Tätigkeiten in Frage kämen, sofern sie in lufthygienisch einwandfreier Umgebung (rauch- und staubfrei) stattfänden (Urk. 9/89/3 und Urk. 9/89/5).

Am 27. Januar 2015 fügte Dr. G.\_\_\_\_ an, der Beschwerdeführer leide in letzter Zeit verstärkt an Herzrasen bei Anstrengung. Sie empfehle daher eine kardiologische Reevaluation (Urk. 9/94).

Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, J.\_\_\_\_, diagnostizierte in ihrem Bericht über die kardiologische Abklärung vom 26. Januar 2015 eine symptomatische ventrikuläre Extrasystolie (Urk. 9/102/1). Bei Extrasystolen handle es sich per se um einen Normalbefund, der ohne therapeutische und prognostische Relevanz sei (Urk. 9/102/2). 5.1

Zu den nach der Begutachtung eingereichten kardiologischen und pulmonologischen Berichten hielt RAD-Arzt Dr. med. Dr. rer. pol. K.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, in seiner Stellungnahme vom 16. Juni 2015 fest, durch die lasse sich keine wesentliche Änderung

der bisherigen oder der adaptierten Arbeitsfähigkeit begründen (Urk. 9/108/6).

Diese Beurteilung ist nachvollziehbar, denn in keinem der genannten Berichte (vgl. insbesondere vorstehende E. 4.5) wurde eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Wegen der Lungenschwere sollte allerdings eine Tätigkeit in einer lufthygienisch einwandfreien Umgebung angestrebt werden (Urk. 9/89/3).

Eine Rentenzuschussung gestützt auf diese Berichte kommt indes nach dem Gesagten nicht in Frage. 5.2

Die in der Beschwerdeschrift geklagten Kniebeschwerden waren zum (massgebenden) Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung noch nicht vorhanden beziehungsweise noch nicht dokumentiert. Sie durften daher unberücksichtigt bleiben. Auch zusammen mit der Beschwerde wurden keine diesbezüglichen medizinischen Berichte eingereicht (vgl. Urk. 3/3-8). Somit ist dem Beschwerdeführer im aktuellen Beschwerdeverfahren auch wegen seiner Kniebeschwerden keine Rente zuzusprechen. 5.3

#### 5.3.1

Die IV-Stelle verneinte eine Invalidisierung aus psychischen Gründen unter Hinweis auf die Überwindbarkeit sowie die Therapierbarkeit der psychischen Beeinträchtigungen (Urk. 2). Die Überwindbarkeits-Prüfung erfolgte noch in Anwendung der Foerster-Kriterien (Urk. 9/73/13, Zusatzfrage 1c). Nun gelten dafür die in BGE 141 V 281 formulierten Standardindikatoren. Ohnehin sind aber die Foerster-Kriterien sowie die Standardindikatoren nur auf pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage, nicht hingegen beispielsweise auf Depressionen anwendbar (BGE 140 V 193 E. 3.2 am Ende). 5.3.2

Nach der Rechtsprechung werden leicht- bis mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person verunmöglicht, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_104/2014 vom 26. Juni 2014, E. 3.3.4 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil 9C\_856/2013 vom 8. Oktober 2014, E. 5.1.2).

Zwar ist eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen, indes bedingt deren Annahme, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt und im Weiteren, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_774/2013 vom 3. April 2014, E. 4.2 mit Hinweisen).

Eine diagnostizierte rezidivierende depressive Störung als solche stellt keinen psychischen Gesundheitszustand dar, der eine Arbeitsunfähigkeit dauerhaft zu begründen vermag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_506/2014 vom 10. November 2014, E. 4.2).

Praxisgemäss ist eine leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_506/2014 vom 10. November 2014, E. 4.2). Leichte

bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten zudem grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_759/2013 vom 4. März 2014, E. 3.6.1 mit Hinweisen; Urteil 8C\_905/2014 vom 23. Juli 2015, E. 6.1). Bei mittelschweren depressiven Episoden (ICD-10 F32.1) verneint das Bundesgericht regelmässig deren invalidisierende Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_774/2013 vom 3. April 2014, E. 4.2 mit Hinweisen). 5.3.3

Die Depressivität des Beschwerdeführers wurde sowohl von der behandelnden Psychiaterin Dr. Z.\_\_\_\_ als auch von den beiden psychiatrischen Gutachtern Dr. B.\_\_\_\_ und med. pract. E.\_\_\_\_ als mittelgradige beziehungsweise maximal mittelgradige depressive Episode eingestuft (vorstehende E. 4.1, 4.2 und 4.3.2).

Währenddem Dr. Z.\_\_\_\_ keine günstige Prognose erwartete (Urk. 9/66/8), hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, die Prognose einer mittelgradigen depressiven Episode sei unter sachgerechter Behandlung günstig zu bewerten und es sei grundsätzlich davon auszugehen, dass sie innerhalb einiger Monate deutlich rückläufig sei (Urk. 9/66/6). Med. pract. E.\_\_\_\_ prognostizierte, unter einer optimalen Behandlung könne der Beschwerdeführer innerhalb von zwei bis drei Monaten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss den rheumatologischen Vorgaben erreichen und bei adäquater Behandlung sei bezüglich des depressiven Störungsbildes mit erhöhter Wahrscheinlichkeit innerhalb von drei bis sechs Monaten eine vollständige Krankheitsremission zu erwarten (Urk. 9/73/12). Nach dem Gesagten gingen sowohl Dr. B.\_\_\_\_ als auch med. pract. E.\_\_\_\_ davon aus, dass die mittelgradige Depression noch therapeutisch angebar sei. Med. pract. E.\_\_\_\_ hielt explizit fest, eine bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines andauernden, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren psychischen Krankheitsgeschehens könne zum jetzigen Zeitpunkt weder abgeleitet noch prognostiziert werden (Urk. 9/73/12). Damit in Übereinstimmung steht, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung durch med. pract. E.\_\_\_\_

selber über eine Besserungstendenz durch die Therapie berichtete, welche vom Gutachter im Rahmen von dessen Untersuchung nachvollzogen werden konnte (Urk. 9/73/10).

Zudem vermochte der Beschwerdeführer offenbar die im Gutachten prognostizierte 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (Urk. 9/73/12) im weiteren Verlauf zu erreichen, was sich aus den Arbeitsunfähigkeitszeugnissen der behandelnden Psychiaterin ergibt (vgl. vorstehende E. 4.1 am Ende).

Nach dem Gesagten handelt es sich nicht um eine therapeutisch nicht mehr angebare psychische Störung, welche eine invalidisierende Wirkung, wie die bundesgerichtliche Rechtsprechung sie fordert (vgl. vorstehende E.

5.3.2), nach sich ziehen könnte. Infolgedessen hat der Beschwerdeführer auch infolge seiner depressiven Störung keinen Rentenanspruch. 5.4

Bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und bei vergleichbaren psychosomatischen Leiden ist grundsätzlich zu überprüfen, ob die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (vgl. BGE 141 V 281 E. 7). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diag

nosti ziert worden ist ( BGE 141 V 281 E.

### **E. 3**

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) kann der Versicherungsträger eine Verfügung oder einen Einspracheentscheid, gegen die Beschwerde erhoben wurde, so lange wie dererwägen, bis er gegenüber der Beschwerdebehörde Stellung nimmt. Die neue Verfügung oder der neue Einspracheentscheid beendet den Streit insoweit, als damit den Anträgen der beschwerdeführenden Partei entsprochen wird. Soweit den Beschwerdeanträgen nicht stattgegeben wird, besteht der Rechtsstreit weiter; in diesem Fall muss die Beschwerdebehörde auf die Sache eintreten, ohne dass die beschwerdeführende Partei die neue Verfügung oder den neuen Einspracheentscheid anzufechten braucht (vgl. BGE 113 V 237).

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 6.1**

Bis zum zur Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit führenden Treppensturz vom 15. Juni 2012 arbeitete der Beschwerdeführer zu 100 % als Plattenleger bei der Y. AG und erzielte dabei ein Bruttoeinkommen von monatlich Fr. 5'500.--, wobei auch ein 1/3 Monatslohn ausbezahlt wurde (Urk. 9/20/12, Urk. 9/21/2).

Somit erzielte der Beschwerdeführer im Jahr 20

#### **E. 6.2**

Zur Festsetzung des Invalideneinkommens ist auf die Tabelle TA 1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2010 abzustellen. Der standardisierte Monatslohn (Vollzeitäquivalent basierend auf 4

1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden) für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) für Männer betrug Fr. 4'901.--. Dieser Betrag ist auf die im Jahr 20

#### **E. 6.3**

Die Vornahme eines leidensbedingten Abzugs drängt sich nicht auf, zumal dem Beschwerdeführer trotz seiner Einschränkungen und auch unter Berücksichtigung des Erfordernisses einer lufthygienisch einwandfreien Umgebung (vgl. vorstehende E.

5.1) noch ein breiter Fächer von Tätigkeiten offen steht. Ferner werden Hilfsarbeiten altersunabhängig nachgefragt (Urteile des Bundesgerichts I

304/06 vom 22. Januar 2007, E.

4.2 mit Hinweis; 9C\_130/2010 vom 14. April 2010, E. 3.3.3; 8C\_328/2011 vom 7. Dezember 2011, E. 10.2). Vergleicht man das Invalideneinkommen von Fr. 62'354.-- mit dem Valideneinkommen

von Fr. 71'500.--,

ergibt sich ein invaliditätsbedingter Minderverdienst von Fr. 9'146.-- und somit ein Invaliditätsgrad von aufgerundet

#### **E. 6.4.1**

Diese Beurteilung gilt nicht uneingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht bestand gemäss Dr. Z.\_\_\_\_ ab dem 9. Juli 2013 eine vollständige und ab dem 1. Juni 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vorstehende E. 4.1). Dr. B.\_\_\_\_ kam in seinem Gutachten vom 22. März 2014 zum Schluss, eine Arbeitsunfähigkeit sei ausgewiesen (vorstehende E.

4.2). Med. pract . E.\_\_\_\_ führte im Gutachten vom 30.

Mai

2014 aus, die ab Juli 2013 aus psychiatrischer Sicht attestierte voll ständige Arbeitsunfähigkeit sei nachvollziehbar (vorstehende E.

4.3.2). Der Konsensbeurteilung von med. pract . E.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ vom 30. Mai 2014 ist zu entnehmen, aus somatischer Sicht bestehe ab dem Zeitpunkt des Gutachtens von Dr. D.\_\_\_\_ vom 16. April 2013 (vgl. Urk. 9/34/4-11) eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich nach intensiviertem Therapieprozess innert zweier Monate eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer den rheumatologischen Vorgaben entsprechenden Tätigkeit erreichen und innerhalb von weiteren sechs Monaten sei eine vollständige Remission möglich (vorstehende E. 4.3.3).

#### **E. 6.4.2**

Der Gesundheitsschaden und damit der Beginn des Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG) traten mit dem Unfall (Treppensturz) vom 15. Juni 2012 ein. Hernach bestanden aufgrund der somatischen Folgen des Unfalles zunächst eine volle und später eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vgl. 9/34/11 f.). Ab April 2013 bestand aus somatischer Sicht wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit, jedoch nur in einer angepassten Tätigkeit. Die angestammte Tätigkeit blieb dauerhaft nicht mehr zumutbar. Somit bestand bei Ablauf des Wartejahres im Juni 2013 zwar eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 %, jedoch war der Beschwerdeführer ab dann in der Lage, eine angepasste Tätigkeit aus zu üben, jedoch trat ab 9. Juli 2013 aus psychiatrischer Sicht eine weitere Arbeits unfähigkeit ein. Dem Beschwerdeführer war es ab diesem Zeitpunkt nicht mehr zumutbar, eine Erwerbstätigkeit auszuüben. Somit ist ab Juli 2013 unter Berücksichtigung des im Juni 2013 bestandenen Wartejahres eine vollständige Erwerbs unfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit . c IVG und damit der Anspruch auf eine ganze Rente zu bejahen. Die Wartefrist von sechs Monaten gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG war zu diesem Zeitpunkt bereits bestanden, da die Anmeldung im Dezember 2012 erfolgt war.

#### **E. 6.4.3**

Nach Ablauf von zwei Monaten seit der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ und med. pract . E.\_\_\_\_ vom 30. Mai 2014, das heisst ab August 2014, war der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in der Lage, eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 50 % auszuüben. In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist die Verbesserung spätestens ab Oktober 2014 zu berücksichtigen. Bei einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % beträgt das Invalideneinkommen Fr. 31'177.-- (50 % von Fr. 62'354.--; vgl. vorstehende E. 6.2). Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 71'500.-- (vgl. vorstehende E.

6.1) beträgt die Einkommensdifferenz Fr. 40'323.-- und da mit der Invaliditätsgrad 56 %. Ab Oktober 2014 hatte der Beschwerdeführer somit Anspruch auf eine halbe Rente.

#### **E. 6.4.4**

Nach weiteren sechs Monaten gerechnet ab August 2014, das heisst ab Februar 2015, bestand aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in ange passter Tätigkeit. Gestützt auf Art. 88a Abs. 2 IVV ist die Verbesserung spätestens ab Mai 2015 zu berücksichtigen, weswegen ab dann kein Rentenanspruch mehr ausgewiesen ist (vgl. vorstehende E. 6.3).

Zusammengefasst hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine befristete Rente. Für die Zeit ab Juli 2013 besteht Anspruch auf eine ganze Rente und für die Zeit ab Oktober 2014 bis und mit April 2015 besteht Anspruch auf eine halbe Rente. Hernach ist kein Anspruch auf eine Rente mehr ausgewiesen. Im Umfang des befristeten Rentenanspruchs ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen, im Übrigen aber abzuweisen. 7.

#### 7.1

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung . Das Verfahren ist daher kosten pflich tig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unab hängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 8 00. -- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Be schwerdeführer zu drei Vierteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel aufzuerlegen. 7.2

Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) Anspruch auf eine reduzierte Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 800 .-- (inkl. Mehr wertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab Juli 2013 Anspruch auf eine ganze Rente und ab Oktober 2014 bis und mit April 2015 Anspruch auf eine halbe Rente hat. In diesem Umfang ist die angefochtene Verfügung aufzuheben. Im Übrigen wird die angefochtene Verfügung bestätigt und die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zu drei Vierteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 800.-- zu bezahlen (Auslagenersatz und Mehrwertsteuer inbegriffen). 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Thomas Lüthy - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom

siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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  
Die Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin GrünigWidmer

### **E. 8**

ATSG) sind. 2.

### **E. 12**

: 101.7 ). Daraus resultiert ein jährliches Bruttoeinkommen von Fr. 62'354.-- ( Fr. 4' 901 .-- x 12 : 40 x 41,7 : 100 x 101.7 ).

### **E. 13**

%.

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