

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00101 vom 20. Oktober 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00101](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00101)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00101 du 20 octobre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00101 del 20 ottobre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1977, meldete sich am 1. Juli 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 5/11). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte nach getätigten Abklärungen mit Vorbescheid vom 19. Februar 2014 einen Rentenanspruch (Urk. 5/37). Nach Einwendungen des Versicherten vom 22. Februar 2014 (Urk. 5/39) und erneuten Abklärungen stellte sie ihm mit Vorbescheid vom 8. Juli 2015 die Zusprache einer ganzen Rente ab 1. Mai 2014 bis zum 31. Januar 2015 in Aussicht (Urk. 5/95). Nach einem weiteren Einwand (Urk. 5/102) verfügte sie am 22. Dezember 2015 wie mit Vorbescheid vom 8. Juli 2015 angekündigt (Urk. 5/106 + Urk. 5/134 = 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 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).

### **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. 1.4**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis ). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E.

1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren geregelter Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 21. Januar 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. Dezember 2015 ( Urk. 2) und beantragte deren nochmalige Prüfung ;

er beanstandete die Höhe und Befristung der Rente ( Urk. 1) . Die IV Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 23. Februar 2016 (Urk. 4) die Abweisung der Beschwerde. Dies

wurde dem Beschwerdeführer am 13. April 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 6).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete in der angefochtenen Verfügung

(Urk. 2) die vom 1. Mai 2014 bis 31. Januar 2015 befristete Zusprache einer ganzen Invalidenrente damit, dass der Beschwerdeführer seit Mai 2013 in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % und von Februar 2014 bis Ende Oktober 2014 auch in optimal angepasster Tätigkeit arbeitsunfähig gewesen sei. Seit 1. November 2014 sei er in einer - näher umschriebenen - optimal angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (S. 4 oben). Gestützt darauf ermittelte sie vom

1. Mai 2014 bis 31. Oktober 2014 einen Invaliditätsgrad von 100 % und ab 1. November 2014 einen solchen von 0 % (S. 4).

### **E. 2.2**

Demgegenüber vertrat der Beschwerdeführer den Standpunkt (Urk. 1), dass die Rentenleistung zu niedrig sei und er nicht damit einverstanden sei, dass ab dem 1. Februar 2015 kein Rentenanspruch mehr bestehen solle. Er sei mehrmals operiert worden und aufgrund seines Rückenleidens noch immer zu 100 % arbeitsunfähig.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der Rentenbefristung und die Höhe der zugesprochenen Rente. 3. 3.1

Die Ärzte der Klinik Y.\_\_\_\_

nannten im Bericht vom 8. Juli 2013 (Urk. 5/29/2-3) die folgenden Diagnosen: - lumboradikuläres Schmerzsyndrom S1 rechts, chronisch rezidivierende Lumbalgie mit/bei: - Diskushernie L5/S1 rechts mit Neurokompression S1 rechts (MRI vom 16. Mai 2013) - Zustand nach Diskushernie L5/S1 rechts, November 2008

Die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden könnten nicht klar mit der Bildgebung in Einklang gebracht werden. Die Schmerzen schienen am ehesten myofaszialer Genese zu sein, auch eine pseudoradikuläre Komponente sei bei weitgehend unauffälligen Facettengelenken eher nicht vordergründig. Sie würden dem Beschwerdeführer eine medizinische Trainingstherapie zum Belastungsaufbau mit stufenweiser Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit empfehlen. 3.2

Am 6. Januar 2014 erstattete Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, MEDAS A.\_\_\_\_, im Auftrag der Kollektiv-Krankentaggeld-Versicherung ein Gutachten (Urk. 5/31). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 2 ff.), die persönliche Befragung und die klinische Untersuchung des Beschwerdeführers (S. 4 ff.).

Sozial- und berufsanamnestisch führte er aus, dass der Beschwerdeführer in B.\_\_\_\_ geboren sei und dort die obligatorische Schule absolviert habe. Nach verschiedenen Arbeitstätigkeiten sei er im Jahr 2007 in die Schweiz eingereist. Bei der letzten Arbeitsstelle habe er mit einem Lastwagen Lebensmittel ausgefahren. Er habe Schwierigkeiten mit den Mitarbeitern gehabt, diese hätten ihn in gewisser Weise gemobbt (S. 4 f.).

Der Gutachter nannte folgende Diagnose n (S. 11 Mitte) : - b reitbasige rechtsbetonte Diskushernie L5/S1 (MRI Lendenwirbelsäule

Mai 2013), klinisch-neurologisch gegenwärtig kein Hinweis für relevante Wurzelreizsymptomatik, kein sensomotorisches Defizit - e rhebliche Hinweise auf versuchte Aggravation und nicht authentische Symptompräsentation sowie negative Antwortverzerrung

Gemäss der aktuellen klinischen Untersuchungen könnten gegenwärtig keine sensiblen oder motorischen Defizite verifiziert werden. Insbesondere hätten sich auch keine Defizite in dem strittigen radikulären Segment S1 gezeigt (S. 10 Mitte) . Es hätten sich zahlreiche erhebliche Inkonsistenzen ergeben, als der Beschwerdeführer aufgefordert worden sei, entsprechende Übungen durchzuführen (S. 10 Mitte). Insgesamt hätten sich für den klinischen Untersucher keinerlei Hinweise ergeben, welche die vom Versicherten angegebene Lumbo ischialgie

beziehungsweise gemäss den externen Vermutungen eine Wurzelreiz-Symptomatik S1 oder gar sensomotorische Defizite objektiv zu bestätigen vermocht hätten (S.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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

#### **E. 10**

unten).

Der Beschwerdeführer sei für eine angepasste Tätigkeit (leicht bis mittelschwere Tätigkeiten, zumindest bis 15 kg Gewichtslimit, idealerweise in Wechseltätigkeit ) arbeitsfähig (S. 12 oben). 3.3

PD Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , führte in seinem Überweisungsschreiben vom 21. Februar 2014 (Urk. 5/38) aus, dass die vom Patienten geltend gemachten Beschwerden 1:1 mit dem Bandscheibenproblem L5/S1 rechts erklärt werden könnten. Die auswärts erfolgten Beurteilungen und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seien gänzlich nicht nachvollziehbar. Auch das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ entbehre jeglicher medizinischer Plausibilität und sei im Lichte der aktuellen klinischen Situation gänzlich unverständlich. Es solle nun rasch möglichst eine operative Dekompression L5/S1 rechts erfolgen (S. 2). 3.4

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , nannte in seinem Bericht vom 24. Juli 2014 (Urk. 5/57) die folgende Diagnose (Ziff. 2) : - Status nach primärer Diskushernie-Operation vom 18. März 2014 L5/S1 rechts mit Re-Diskektomie wegen Rezidiv L5/S1 rechts am 11. Juli 2014

Der Beschwerdeführer werde für mindestens 3-4 Monate nach dem letzten Eingriff vom 1. Juli 2014 wegen seiner Rehabilitationsphase nicht arbeitsfähig sein. Danach würde in angepasster Tätigkeit (ohne monotones Stehen/Sitzen, keine Lasten über 10 kg) eine Reintegration in Frage kommen (Ziff. 2). 3.5

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, nannte in seinem Bericht vom 17. Februar 2015 (Urk. 5/73/6-8) die folgende Diagnose (Ziff. 1): - Osteochondrose L5/S1 mit Rezidiv-Hernie paramedian rechts - Status nach zweimaliger Diskushernien-Operation L5/S1 rechts am 18. März 2014 und 11. Juli 2015 (richtig: 2014) durch Dr. med. D.\_\_\_\_

- ventrale Diskektomie und Prothesenimplantation L5/S1 am 7. Januar 2015

Er behandle den Beschwerdeführer seit dem 18. November 2014 (Ziff. 1.2). Der Beschwerdeführer sei vom 18. November 2014 bis zur nächsten Kontrolle am 2. April 2015 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar, längerfristig sollte keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehen (Ziff. 1.7). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeiten könne frühestens ab 3. April 2015 gerechnet werden (Ziff. 1.9)

Dr. E.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 2. April 2015 (Urk. 5/81)

unter anderem

aus, dass der Beschwerdeführer nach wie vor an invalidisierenden Rückenschmerzen thorakolumbal mit intermittierend auch leichteren Ausstrahlungen in die Beine leide. Der Beschwerdeführer sei bis auf weiteres nicht arbeitsfähig, weshalb er eine ganze Rente mit Neubeurteilung in zwei Jahren empfehle. 3. 6

Dr. D.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 9. April 2015 (Urk. 5/82) aus, dass sich gegenüber dem Bericht vom 24. Juli 2014 nichts wesentlich geändert habe. Am 13. Oktober 2014 sei die letzte Konsultation erfolgt. Bei weiteren Beschwerden und Bestätigung einer vermuteten Segmentinstabilität L5/S1 sei vorgesehen gewesen, eine Spondylodese L5/S1 in Betracht zu ziehen. Im aktuellen Zustand bestehe ohne durchgeführte Spondylodese eine deutliche Verminderung der Belastbarkeit der Wirbelsäule. Monotones Stehen und Sitzen über eine halbe Stunde und Tragen von Gewichten von über 10 kg sowie Rotationen und Inklinationen des Oberkörpers seien zu meiden (Ziff. 1.1). 3. 7

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, nannte mit Bericht vom 26. Mai 2015 (Urk. 5/88) als Diagnose eine Lumboischialgie beidseits, Status nach dreimaliger Operation, zuletzt Januar 2015 (S. 1 Mitte), und führte aus, dass er aktuell keine operativen Möglichkeiten sehe, die Situation zu verbessern. Es bestehe insgesamt eine gewisse Diskrepanz zwischen radiologischem Befund und klinischem Zustand. Er empfehle die Einleitung einer speziellen Schmerztherapie (S. 2 unten). 3. 8

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, und Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 8. Juni 2015 (Urk. 5/89/3-5) eine chronische belastungsabhängige Lumboischialgie rechtsbetont (S. 3). Die Ursache der vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzsymptomatik sei differential diagnostisch in der Restdiskushernie L5/S1 rechtsseitig zu sehen (S. 5 unten). 3. 9

Med. pract. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nannte in ihrem Bericht vom

1. Juli 2015 (Urk. 5/91) gestützt auf eine orthopädische Untersuchung vom 2. Juni 2015 die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. 8): - schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule - Status nach 2-maliger Diskushernien-Operation L5/S1 - Status nach ventraler Diskektomie und Bandscheiben-Prothesen-Implantation

Während der ganzen 42-minütigen Anamnese-Erhebung sei der Beschwerdeführer im Wechsel gesessen und gestanden. Im Sitzen sei er mühelos in der Lage gewesen, sich um etwa 60 ° zu seinem Rollator zu drehen und Aktenmaterial aus den mitgebrachten Taschen zu nehmen. Beim Aufstehen und beim Absetzen habe er keine Hilfsmittel benutzt. Er habe sich mit den Armen nicht abgestützt. Beim Stehen sei er immer wieder spontan auf einem Bein gestanden. Speziell das rechte Bein habe er mehrfach bis zur Hüftbeugung von 90° bei 90 ° gebeugtem Knie im Stand angehoben um zu zeigen, wo der Schmerz sitze. Das linke Bein habe er bis zu einem Abstand von Fusssohle und Boden von zirka 20 cm spontan angehoben. Nach 30 Minuten Gespräch habe der Beschwerdeführer zwei Tabletten Oxynorm 5 mg eingenommen. Während der gesamten Anamnese und Untersuchungsdauer habe sie keine vegetativen Zeichen von Schmerz, kein Schwitzen, unter Ablenkung keine Abwehrreaktion, keine Trickbewegungen festgestellt. Auf die Bitte hin, sich auf die Liege zu legen, habe sich der Beschwerdeführer spontan auf den Bauch gelegt. Dabei sei eine Hyperextension der Wirbelsäule um mindestens 10 ° bei Abstützen mit den Armen entstanden. Das Umdrehen aus der Bauchlage in die Rückenlage sei problemlos gelungen. Beim Aufstehen aus der Seitenlage am Ende des Untersuchungsganges habe sich der Beschwerdeführer unter Schmerzáusserung aus der Seitenlage hochgestemmt (S. 4 Ziff. 6).

Das Auskleiden sei flüssig im Stehen erfolgt, teilweise mit Festhalten am Mobilisator ohne Trickbewegungen. Das Ankleiden sei ebenfalls flüssig zum Teil im Sitzen erfolgt. Dabei habe sich der Beschwerdeführer von seiner Begleitung beim Anziehen der Hose helfen lassen. Beim Anziehen der Hosenbeine habe der Beschwerdeführer sein Bein spontan in die Horizontale gestreckt (S. 5 Ziff. 7).

Die Untersuchung sei von zahlreichen Inkonsistenzen geprägt gewesen. Sie habe keine Hinweise auf radikuläre Symptome erhoben. Zudem hätten sich keine objektiven Hinweise auf die Notwendigkeit, am Rollator zu gehen, gefunden (S. 9 Ziff. 9). Die Labor-Kontrolle habe ergeben, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzmittel Oxynorm, Celebrex und Paracetamol sowie das als Schlafmittel angegebene Benzodiazepin nicht nachgewiesen werden konnten. Es habe sich damit ein erhebliches Verbesserungspotential in der Schmerztherapie gezeigt (S. 10 Ziff. 9). 5 von 5 Waddell-Zeichen seien positiv gewesen (S. 9 Mitte).

In seiner bisherigen Arbeitstätigkeit sei der Beschwerdeführer seit Mai 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. In angepasster Tätigkeit (körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende Arbeiten) sei er seit November 2014 zu 100 % arbeitsfähig (S. 10 Ziff. 10). 3.1 0

Mit Bericht vom 14. September 2015 (Urk. 5/117/7-8) führten Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ aus, dass gleichentags eine epidurale

Kortikoid-Infiltration L4/5 durchgeführt worden sei (S. 7). 3.1 1

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, führte mit Bericht vom 25. November 2015

(Urk. 5/124/1-2) aus, dass eine neurologische Standortbestimmung keine Hinweise für eine direkte Nervenwurzelkompression ergeben habe. Eine MRI-Untersuchung vom 29. Oktober 2015 habe bei einem Status nach dreimaliger Operation L5/S1 eine linksbetonte Foraminalstenose sowie persistierende enge Platzverhältnisse rezessal beidseits, verglichen mit den Vor aufnahmen aber deutlich mehr, gezeigt (S. 2) .

#### 4. 4.1

Der Beschwerdeführer ist seit

Mai 2013 in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig; dies ist unbestritten. Die Beschwerdeführerin ging davon aus, dass hingegen in angepasster Tätigkeit lediglich von Februar 2014 bis Ende Oktober 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe und seither zumindest leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung unter Ausschluss ungünstiger Wetterbedingungen, auch mit gelegentlichem Heben, Tragen und Transportieren von Lasten bis maximal 10 kg körpernah, ohne Verharren in Zwangshaltungen, möglich seien (vorstehend E. 2.1) .

Der Beschwerdeführer beanstandete diesbezüglich, dass er mehrmals operiert worden und aufgrund seines Rückenleidens noch immer sowohl in angepasster als auch in angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei (vorstehend E. 2.2) . 4.2

Der Beschwerdeführer litt in den Jahren 2008 und 2013 an einer Diskushernie L5/S1 rechts. 2013 diagnostizierten die Ärzte ein lumboradikuläres

Schmerzsyndrom S1 rechts und eine chronisch rezidivierende Lumbalgie . 2015 wurde eine Osteochondrose L5/S1 mit Rezidiv-Hernie paramedian rechts diagnostiziert. Ebenfalls 2015 diagnostizierten die Ärzte eine chronische belastungsabhängige Lumboischialgie rechtsbetont . Der Beschwerdeführer unterzog sich drei Diskektomien (März 2014, Juli 2014, Januar 2015), einer Facettengelenksinfiltration

im

Mai 2015 und einer Kortikoid -Infiltration im September 2015.

#### 4.3

Für die Frage, ob und ab wann eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, kann auf die Einschätzung der RAD-Ärztin med. pract . I.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3. 9 ) abgestellt werden. Ihre ärztliche Beurteilung beruht auf für die strittigen Belange umfassenden und allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers sowie auf einer ausführlichen Anamnese. Sodann wurde sie in Kenntnis der Vorakten erstellt. Die Darlegung der medizinischen Befunde sowie deren Beurteilung leuchten ein und die Schlussfolgerung ist - wenn auch eher knapp - nachvollziehbar begründet.

Sie legte plausibel dar, dass der Beschwerdeführer zwar an einer

schmerzhaften Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule leide, aber keine Hinweise auf radikuläre Symptome, mit anderen Worten auf eine direkte Nervenwurzelkompression, bestünden .

Auch den übrigen Arztberichten (vorstehend E. 3.1 ff.) lässt sich nicht entnehmen, dass die Beschwerden

jedenfalls im vom Beschwerdeführer geklagten Ausmass - auf eine objektivierbare Pathologie zurückzuführen sind. So hat dann auch ein MRI im Oktober 2015 keine Hinweise auf eine direkte Nervenwurzelkompression ergeben (vorstehend E. 3.1.1).

Zudem wies die RAD-Ärztin

med. pract. I. \_\_\_\_

zu Recht auf Diskrepanzen zwischen vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und objektivierbaren Befunden hin (vorstehend E. 3.9). So gab der Beschwerdeführer an, die Schmerzen würden in beide Beine von der Leiste bis nach unten strahlen. Das linke Bein könne er kaum heben. Bei der Untersuchung hob er jedoch das linke Bein bis zu einem Abstand von zirka 20

cm zwischen Fusssohle und Boden spontan an, und das An- und Auskleiden erfolgte flüssig. Beim Anziehen der Socken sass er frei auf der Untersuchungsfläche und nahm jeweils ein Bein in den halben Schneidersitz, um die Socken anzulegen. Trotz geäusserten starken Schmerzen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule stellte die untersuchende RAD-Ärztin bei Prüfung der Rotation und Seitneigung keine Einschränkung der Spontanbeweglichkeit

fest. Bei Prüfung der Reklination gab der Beschwerdeführer Schmerzen an. Hingegen legte er sich auf die Seite hin, sich auf die Liege zu legen, spontan auf den Bauch, wobei eine Hyperextension der Wirbelsäule um mindestens 10° bei Abstützen der Arme entstand. Schliesslich stellte die RAD-Ärztin ein flüssiges Gangbild des Beschwerdeführers fest. Er gehe frei im Wechselschritt zügig die Treppen hinauf. Zur Toilette sei er ebenfalls ohne Rollator frei und zügig ohne Hinken

und ohne sichtbare Schmerzáusserungen gegangen.

Auch die Ärzte der Klinik Y. \_\_\_\_ stellten 2013 fest, dass die geschilderten Beschwerden nicht klar mit der Bildgebung in Einklang gebracht werden konnten (vorstehend E. 3.1). Im Jahr 2014 kam auch der Gutachter Dr. Z. \_\_\_\_

zum Schluss, dass sich keinerlei Hinweise ergeben hätten, welche die vom Beschwerdeführer angegebene Lumboischialgie

beziehungsweise gemäss den externen Vermutungen eine Wurzelreiz-Symptomatik S1 oder gar sensomotorische Defizite objektiv zu bestätigen vermochten (vorstehend E. 3.2). 2015 stellte auch Dr. F. \_\_\_\_ eine gewisse Diskrepanz zwischen radiologischem Befund und klinischem Zustand fest (vorstehend E. 3.7).

Weitere

von der RAD-Ärztin

I. \_\_\_\_ in nachvollziehbarer Weise aufgezeigte erhebliche Inkonsistenzen bestanden darin, dass der Beschwerdeführer berichtete, dass er an permanenten Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule und der Beine leide. Er bekomme starke Schmerzen und Schweißausbrüche, wenn er länger als zehn Minuten sitze. Bei der Untersuchung nahm med. pract. I. \_\_\_\_

jedoch keine vegetativen Zeichen von Schmerz, kein Schwitzen und (bei Ablenkung) keine Abwehrreaktion wahr. Weiter machte der Beschwerdeführer geltend, er werde durch die Schmerzen häufig wach. Er könne nur schlafen, wenn er Schlafmittel einnehme. Das als Schlafmittel angegebene Benzodiazepin war jedoch in einer Labor-Kontrolle nicht

nachweisbar. Weiter konnten trotz der vom Beschwerdeführer geäusserten permanenten Schmerzen anhand der Labor-Kontrolle keine s der von ihm angegebenen Schmerzmittel nachgewiesen werden.

Auch der Gutachter

Dr. med. Z.\_\_\_\_

kam 2014 zum Schluss, dass so erhebliche Befundinkonsistenzen und Auffälligkeiten in den anamnestischen Beschwerdeangaben bestünden ( vorstehend E. 3.2, im Detail Urk. 5/31 S. 7 ff.) , dass diese nur durch ein sehr ausgeprägtes Aggravationsverhalten und teilweise bis hin zu einer bewusstseinsnah en, nicht authentischen Symptompräsentation erklärt werden könnten.

Die RAD-Ärztin ging gestützt auf die orthopädische Untersuchung des Beschwerdeführers und verschiedene Arztberichte, insbesondere in Anlehnung an die Arztberichte von Dr. D.\_\_\_\_ ( vorstehend E. 3.4, E. 3. 6 ) davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Chauffeur mit Ladetätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei, hingegen in angepasster Tätigkeit mit körperlich leichter wechselbelastender Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende Arbeiten ab 1. November 2014 zu 100 % arbeitsfähig ist. Diese Beurteilung ist nach dem Gesagten stringent. 4. 4

Zudem ist der Umstand, dass der festgestellte Medikamentenspiegel nicht mit den Angaben des Beschwerdeführers zur eingenommenen Medikation korre lierte (vorstehend E. 3. 9 ) , ein Indiz dafür, dass er doch weniger Schmerzen als geltend gemacht hat, was die Einschätzung der Zumutbarkeit einer vollen behinderungsangepassten Arbeitsfähigkeit untermauert.

Schliesslich vermögen die subjektive n Angaben des Beschwerdeführers

die Schlussfolgerungen des RAD betreffend d ie angepasste

Arbeitsfähigkeit nicht in Frage zu stellen, zumal keiner der übrigen Ärzte ihm eine eingeschränkte ange passte Arbeitsfähigkeit attestierte .

4. 5

Aufgrund des Gesagten ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass gestützt auf die Einschätzung der RAD-Ärztin

med. pract . I.\_\_\_\_ davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer seit November 2014 in ein er gemäss beschriebenem Zumutbarkeitsprofil angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 5.

5.1

Zu prüfen bleibt damit die Ermittlung des Invaliditätsgrads.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahr scheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkom mensentwicklung 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 Hinweis).

Für die Bemessung des Valideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf die IK-Auszüge ab, wonach der Beschwerdeführer

in seiner angesammten Tätigkeit in einem Pensum von 100 % 2012 ein Einkommen von Fr. 61'160.-- erzielt (Urk. 5/103). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung ergab dies für das Jahr 2014 ein Valideneinkommen von rund Fr. 62'081.--. Die Berechnung ist nachvollziehbar und es ist vorliegend darauf abzustellen. 5.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40

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

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens für eine gemäss Belastungsprofil zumutbare Tätigkeit errechnete die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) ein für das Jahr 2014 massgebendes Invalideneinkommen von rund Fr. 66'158.-- (Fr. 5'2100.-- : 40 x 41.7 x

## **E. 12**

+ NLE 2014). Dabei stützte sie sich auf das Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art), alle Wirtschaftszweige (TA1, Ziff. 5-96, Männer). Auf diese Berechnung kann vorliegend ebenfalls abgestellt werden. 5.3

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 62'081.-- (E.

5.1) sowie einem Invalideneinkommen von Fr. 66'158.-- (E. 5.2) resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 0 %.

## **5.4**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht

erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

Die Beschwerdegegnerin sah von einem behinderungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn mit der Begründung ab, dass die praktisch fehlenden Deutschkenntnisse, welche eine Stellensuche erschweren würden, als IV-fremd zu erachten seien (Urk. 5/92 S. 2 oben). Selbst wenn vorliegend ein behinderungsbedingter Abzug von maximal 25 % gewährt werden würde, würde bei weitem kein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % resultieren. 6.

Der Beschwerdeführer bemängelt die Höhe der Rentenleistung (Urk. 1), wobei er dies nicht näher ausführt. Inwiefern die Rentenleistung zu niedrig sein sollte, wurde nicht substantiiert dargetan. Insbesondere erscheint das ermittelte massgebende durchschnittliche Jahreseinkommen als plausibel; dies gibt

angesichts der angerechneten Beitragszeit (6 Jahre, 5 Monate) - auch für die verwendete Rentenskala 17. Der Einwand erweist sich somit nicht als stichhaltig.

Nachdem sich auch die in der Beschwerde angefochtene Befristung der Renten zusage als zutreffend erwiesen hat (vorstehend E. 5), erweist sich die angefochtene Verfügung insgesamt als rechens. Dementsprechend ist die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - 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 Bundes

gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der 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 Keller

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