

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00232 vom 30. August 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00232](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00232)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00232 du 30 août 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00232 del 30 agosto 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1958, war seit 2004 in der Firma „Y.\_\_\_\_“ als Chauffeur und Maschinist tätig, als er sich ab Juni 2011 wegen Muskelschmerzen in den Beinen, Nackenschmerzen mit Ausstrahlung und Erschöpfung in ärztliche Behandlung begab (Urk. 10/2; Urk. 10/5). Ab 12. Dezember 2011 war er krankheitsbedingt konstant zu mindestens 50 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 3 S. 3 f.). Am 17. Juli 2012 (Urk. 10/2/6) mel dete er sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an.

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab. Sie zog Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 10/10), einen Austrittsbericht der RehaClinic Z.\_\_\_\_ (Urk. 10/20), deren Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; Urk. 10/21; Urk. 10/22/9-20), Arztberichte des Hausarztes Dr. med. A.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin (Urk. 10/22/1-6; Urk. 10/56), der Spezialärztin Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie (Urk. 10/52), drei Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Urk. 10/75) und ein polydisziplinäres Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_ bei (Urk. 10/69). Weiter holte sie einen IK-Auszug ein (Urk. 10/12), beschaffte vom Arbeitgeber Informationen über den Versicherten (Urk. 10/23 = Urk. 3), führte unter Auszahlung von Taggeld Integrationsmassnahmen (Urk. 10/14-17) und Eingliederungsberatungen (Urk. 10/15; Urk. 10/30; Urk. 10/46; Urk. 10/48) durch, und versuchte es mit beruflichen Abklärungsmassnahmen (Urk. 10/40-49). Die IV-Stelle schloss die Arbeitsvermittlung mit Mitteilung vom 29. Oktober 2014 ergebnislos ab (Urk. 10/47).

Mit Vorbescheid vom 17. Juli 2013 hatte die IV-Stelle X.\_\_\_\_ die Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht gestellt (Urk. 10/26). Dagegen hatte X.\_\_\_\_ am 27. August 2013 (Urk. 10/32) und am 3. Oktober 2013 (Urk. 10/39) Einwände erheben und im Wesentlichen weitere Abklärungen verlangen lassen. Daraufhin traf die IV-Stelle die erwähnten beruflichen Abklärungsmassnahmen (Urk. 10/42-49), holte weitere Arztberichte ein (Urk. 10/52; Urk. 10/56) und gab insbesondere das polydisziplinäre Gutachten bei der MEDAS C.\_\_\_\_ in Auftrag (Urk. 10/62-67). Gestützt auf ihre Abklärungen, insbesondere auf das Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_ vom 5. November 2015 (Urk. 10/69) und eine RAD-Aktenbeurteilung vom 18. November 2015 (Urk. 10/75/6), nahm die IV-Stelle mit Verfügung vom 14. Januar 2016 (Urk. 10/76 = Urk. 2) zu den Einwänden vom 27. August (Urk. 10/32) und 3. Oktober 2013 (Urk. 10/39) Stellung. Sie verneinte darin den Anspruch auf eine Invalidenrente wie angekündigt infolge eines Invaliditätsgrades von 37 % (Urk. 2 S. 3).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt ( Abs. 1). Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht ( Abs. 3).

### **E. 1.4**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation einleuchtet 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). 2.

## **E. 2**

X.\_\_\_\_ liess am 15. Februar 2016 gegen die Verfügung vom 14. Januar 2016 Beschwerde (Urk. 1) führen und beantragte, diese sei aufzuheben und ihm sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen eine ganze Rente zu gewähren. Die IV-Stelle habe das Valideneinkommen zu tief berechnet. Zudem hätte ihm beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn von mindestens 15 % gewährt werden sollen. Ausserdem stellte X.\_\_\_\_ mit Blick auf den medizinischen Sachverhalt ein Gesuch um Ansetzung einer angemessenen Frist, um die Beschwerde zu ergänzen und um allenfalls seine Anträge zu ändern, wenn er Mitte März 2016 über eine Stellungnahme seiner behandelnden Spezialärztin Dr. B.\_\_\_\_ zum Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_ verfügen werde (Urk. 2 S. 3). Mit Verfügung vom 17. Februar 2016 teilte das Sozialversicherungsgericht dem Beschwerdeführer im Wesentlichen mit, dass die Voraussetzungen für eine Nachfrist nicht erfüllt seien, der Arztbericht der Spezialärztin Dr. B.\_\_\_\_ jedoch gegebenenfalls in einem zweiten Schriftenwechsel nachgereicht werden könne (Urk. 5 S. 2). Mit Eingabe vom 15. Februar (richtig: 15. März) 2016 reichte der Beschwerdeführer die Stellungnahme der Spezialärztin Dr. B.\_\_\_\_ ein, äusserte gestützt darauf Kritik am Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_ und sprach von Fehlern, welche die ärztliche Stellungnahme aufzeige (Urk. 6-7). Das Sozialversicherungsgericht stellte der IV-Stelle die Eingabe des Beschwerdeführers vom 15. März 2016 mit Verfügung vom 17. März 2016 zu (Urk. 8). Diese beantragte gleichentags mit Beschwerdeantwort und ohne Kenntnis der Eingabe des Beschwerdeführers vom 15. März 2016 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit Schreiben vom 30. März 2016 nahm die IV-Stelle dann zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 15. März 2016 Stellung und führte an, dass die Spezialärztin Dr. B.\_\_\_\_ keine neuen Tatsachen erhoben habe (Urk. 11). Es handle sich vielmehr um eine andere Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes, weshalb an der rentenabweisenden Verfügung festgehalten werde (Urk. 11). Dies brachte das Sozialversicherungsgericht dem Beschwerdeführer am 31. März 2016 zur Kenntnis (Urk. 12). Es schloss den Schriftenwechsel damit unter Vorbehalt weiterer Verfahrensschritte ab.

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

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, das Valideneinkommen sei nicht bestritten und betrage im Jahr 2013 Fr. 84'042.50. Mit Blick auf das Invalideneinkommen sei dem Beschwerdeführer aufgrund der gutachterlichen Einschätzung ab Januar 2013 unter Berücksichtigung eines bestimmten Belastungsprofils jegliche Tätigkeit zu 80 % zumutbar. Ausserdem stehe dem Beschwerdeführer ein breites Spektrum an Verweistungstätigkeiten zur Verfügung und ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug sei nicht angezeigt. Die Beschwerdegegnerin errechnete ein Invalideneinkommen von Fr. 52'558.80 und einen Invaliditätsgrad von 37 %. Da der Invaliditätsgrad weniger als 40 % betrug, wies sie das Leistungsbegehren ab (Urk. 2 S. 3),

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer macht in seiner Beschwerde (Urk. 1) und seiner weiteren Eingabe vom 15. März 2016 (Urk. 6-7) demgegenüber im Wesentlichen geltend, der

rheumatologische Teil des Gutachtens der MEDAS C.\_\_\_\_ sei nicht beweis kräftig, da Dr. B.\_\_\_\_ relevante Kritik am Gutachten äussere und Fehler aufzeige (Urk. 6 S. 2). Zudem habe die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen unzutreffend berechnet. Dieses müsse Fr. 85'169.35 betragen. Letztlich sei ein leidensbedingter Abzug von mindestens 15 % als angemessen zu erachten, habe der Beschwerdeführer doch in Konkurrenz mit anderen Mitbewerbern auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, wegen der Teilzeitarbeit und des Alters sowie seiner gesundheitlichen Einschränkungen starke Benachteiligungen. 3.

### 3.1

Im Arztbericht der Lungenpraxis D.\_\_\_\_ vom 2. September 2011 (Urk. 10/10/39 f.) hielt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Lungenkrankheiten, die Diagnosen multifaktorielle Müdigkeit (keine therapiebedürftige Schlafapnoe), chronische Schulter-/Halswirbelsäulen- (HWS)/Kopfschmerzen, Psoriasis und allergisches Asthma fest. 3.2

Im Arztbericht des Stadtspitals F.\_\_\_\_ vom 4. April 2012 (Urk. 10/10/37 f.) führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Oberarzt und Facharzt für Radiologie, gestützt auf die radiologische Untersuchung vom 2. April 2012 degenerative Veränderungen von HWS und Lendenwirbelsäule (LWS) ohne Spinalkanalstenose an. Weiter bestehe eine leichte neuroforaminale Stenose im Bereich des Austritts der Wurzel C4 rechts. Es gebe keine Zeichen einer Psoriasis-Arthropathie. 3.3

Im Hausarztbericht vom 11. April 2012 (Urk. 10/10/34-36) stellte Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, die Diagnosen von unklaren krampfartigen Bein- und Armbeschwerden, zum Teil schwere Beine, sekundärer Nebennierenrindeninsuffizienz, wahrscheinlich nach Steroidtherapie bei bekannter Psoriasis, Asthma bronchiale, saisonal vor allem bei Gräsern, sowie einer fraglichen Allergie auf Aspirin und Talvosilen. 3.4

Am 30. Mai 2012 (Urk. 10/10/25 f.) untersuchte Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberarzt für Nuklearmedizin im Stadtspital F.\_\_\_\_, den Beschwerdeführer mittels einer Ganzkörperskelett-Szintigraphie auf Anhaltspunkte für entzündliche Veränderungen. Er stellte degenerative Veränderungen mit zusätzlichen entzündlichen Veränderungen an beiden Schultern, am Iliosakralgelenk [ISG] beidseits, im Sternoclaviculargelenk beidseits, an beiden Händen, diskret am Ellbogen und an beiden Füßen linksbetont fest. Zudem bestünden degenerative Veränderungen ohne signifikante entzündliche Komponente am Übergang zwischen Manubrium und Corpus sterni, an beiden Os ischium, in der Wirbelsäule und retropatellar beidseits. 3.5

Im Arztbericht vom 12. Juni 2012 (Urk. 10/10/20 f.) hielt Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, folgende Diagnosen fest: unklare Beinschmerzen, -schwäche und -krämpfe beidseits; allgemeine Erschöpfung; Psoriasis. Zudem stellte sie die Differentialdiagnosen (DD) Psoriasisarthropathie, muskuläre Erkrankung (Magnetresonanztomographie [MRI] LWS, HWS und Computertomographie [CT] Schädel ohne Befund) und stoffwechselbedingte Erkrankung bei Nebenniereninsuffizienz (mit Spiricort 5 mg täglich behandelt); latenter Bluthochdruck. Ausstehend sei nun noch die Ganzkörper-MRI in der Uniklinik I.\_\_\_\_ mit der Frage nach einer Spondylarthrit (= Spondyloarthritis) (Urk. 10/10/21). Wenn dieses negativ sei und auch der Stoffwechsel keine weiteren Anhaltspunkte für die geklagten Beschwerden ergebe, sei eine neurologische Abklärung zu empfehlen (Urk. 10/10/21). 3.6

Am 14. Juni 2012 (Urk. 10/10/15) erstellte Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Chefarzt und Facharzt für Radiologie der Uniklinik I.\_\_\_\_, ein MRI der Wirbelsäule und des ISG. Dabei stellte er eher degenerativ bedingte Veränderungen im Bereiche des rechten ISG, beider Hüftgelenke und der linken Schulter fest. 3.7

Am 14. September 2012 erfolgte die neurologische Untersuchung im Stadtspital F.\_\_\_\_ (Urk. 10/22/35-37). Dr. med. K.\_\_\_\_, Oberarzt und Facharzt für Neurologie, beschrieb im Bericht vom 20. September 2012 ein multiples Beschwerdebild mit Myalgien der Wadenmuskulatur, Nackenverspannungen beziehungsweise Schmerzen und einem erhöhten Schlafbedürfnis am Tag seit circa einem Jahr. Es bestünden keine Hinweise auf eine neurologische Ursache der Symptome, insbesondere keine Myopathie. 3.8

Der Austrittsbericht der RehaClinic Z.\_\_\_\_ vom 8. Januar 2013 (Urk. 10/20/7-12), wo der Beschwerdeführer vom 5. Dezember 2012 bis 5. Januar 2013 hospitalisiert war, hielt als Diagnosen Myalgien betont in der Wadenmuskulatur, diffuse Parästhesien, Dysästhesien, ein Erschöpfungssyndrom, eine Fatigue (mit der Differentialdiagnose, dass kein sicherer Hinweis auf eine neurologische Grunderkrankung bestehe), den Verdacht auf atypisches Restless-Legs-Syndrom, eine Bursitis subacromialis links, eine Teilruptur, wahrscheinlich transmural des Supraspinatus (SSP) links, eine Peritendinitis der Biceps-Sehne links, einen Status nach sekundärer Nebennierenrindenschwäche, eine bekannte Psoriasis guttata, eine Pollinose, ein Asthma bronchiale und eine allergische Reaktion auf Aspirin und Talvosilen (Codein und Paracetamol) fest. Zur weiteren Spezifizierung empfahl er die Durchführung eines Gutachtens mit der Evaluation der Leistungsfähigkeit (EFL) (Urk. 10/22/32). Diese fand am 21./22. Januar 2013 statt.

Im Bericht vom 26. März (Urk. 10/22/10 f.) beziehungsweise 1. Mai 2013

(Urk. 10/21/2 f.) schätzte die RehaClinic Z.\_\_\_\_ die momentane Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als Chauffeur und Maschinist auf 6 Stunden pro Tag. Die reduzierte Arbeitsfähigkeit ergebe sich dadurch, dass Tätigkeiten wie Gehen und Stehen sowie wiederholte Kniebeugungen, Tätigkeiten, die der Beschwerdeführer als Chauffeur und Maschinist machen müsse, während des Arbeitstages zum aktuellen Zeitpunkt nicht länger als maximal 3 Stunden, verteilt über den Tag, möglich seien. Spezielle Einschränkungen seien Heben und Tragen von Gewichten nicht über 12,5 kg, Stehen am Ort nicht über 30 Minuten sowie Stehen und Gehen nicht über 3 Stunden am Tag (Urk. 10/21/2; Urk. 10/22/10; Urk. 10/22/19). Für andere berufliche Tätigkeiten gemäss DOT-Kategorien „leichte bis mittelschwere Arbeit“ werde die zumutbare Arbeitsfähigkeit auf 100 % geschätzt, wobei die beschriebenen Einschränkungen auch hier gälten (Urk. 10/21/3; Urk. 10/22/11; Urk. 10/22/19). 3.9

Im Arztbericht vom 5. Juni 2013 (Urk. 10/22/1-7) diagnostizierte der Hausarzt Dr. A.\_\_\_\_ Myalgien betont in der Wadenmuskulatur, diffuse Parästhesien, Hypästhesien, eine Bursitis subacromialis links bei Teilruptur des musculus supraspinatus links, eine bekannte Psoriasis, degenerative Veränderungen mit zusätzlichen Veränderungen an beiden Schultern des ISG beidseits, des Supraclaviculargelenks (richtig:

Sternoclaviculargelenk, Urk. 10/10/25) beidseits, an den Händen, diskret an den Ellenbogen und Füssen linksbetont, sowie degenerative Veränderungen ohne signifikante entzündliche Komponenten am Manubrium und Corpus sterni. Weiter führte er eine Pollinose, ein Asthma bronchiale und eine allergische Reaktion auf Aspirin und Talvosilen (Codein und Paracetamol)

(Urk. 10/22/1) an. Die Arbeitsunfähigkeit betrage im Wesentlichen seit 3. Januar 2013 50 % (Urk. 10/22/3). 3.10

In der ersten RAD-Stellungnahme vom 2. Juli 2013 (Urk. 10/25/4) beurteilte Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Hämatologie, gestützt auf den Bericht über die EFL vom 1. Mai 2013 und den Hausarztbericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2013 die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mit 50 % und in einer angepassten Tätigkeit mit 100 %.

Am 17. Juli 2013 erliess die IV-Stelle den Vorbescheid, in dem sie ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht stellte (Urk. 10/27). 3.11

Im Arztbericht vom 19. Dezember 2014 (Urk. 10/52) stellte Dr. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen: Panvertebralsyndrom mit/bei cervicothoracospondyloem Syndrom, Wirbelsäulenfehlform: c-förmige, linkskonvexe Skoliose, Beckentiefstand links, Schulterprotraktion, lumbospondyloem Syndrom mit beidseitiger SIG-Dysfunktion (SIG = Sakroiliakgelenk, früher: ISG

=

Iliosakralgelenk), Thorax-umfangsdifferenz inspiratorisch/exspiratorisch nur 2,5 cm; Periarthritis humeroscapularis (PHS) tendopathica links mehr als rechts (links posttraumatisch); Psoriasis guttata, seit 30 Jahren bekannt; unklare Wadenkrämpfe, belastungsabhängig verstärkbar, wobei sich, da die weiteren Abklärungen keine Aktionspotentiale für eine Spondylarthritis [= Spondyloarthritis] ergeben hätten, die Frage einer vaskulären Problematik stelle und eine mögliche depressive Komponente bestehe; ausgeprägte Erschöpfung und Müdigkeit (Urk. 10/52/1). Weiter machte Dr. B.\_\_\_\_ deutlich, dass sie dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit attestiert habe, er aus ihrer Sicht jedoch höchstens 20-30 % arbeitsfähig sei und dies auch nur in einer optimal angepassten Tätigkeit mit Wechselbelastung und ohne Heben und Verschieben von schweren Gewichten und mit möglichen Pausen dazwischen (Urk. 10/52/3). Die bisherige Tätigkeit als Chauffeur und Maschinist könne er wegen der Beschwerden bei längerem Sitzen und der psychophysischen Erschöpfung nicht mehr ausüben (Urk. 10/52/4). Weiter könnte allenfalls eine schmerzdistanzierende und antidepressive Behandlung die Erschöpfung und die Beschwerden verbessern (Urk. 10/52/4). 3.12

Im Hausarztbericht vom 27. März 2015 (Urk. 10/56/5) verwies Dr. A.\_\_\_\_ auf die vorhandenen Assessments (Urk. 10/22/6), die auch heute noch gültig seien (Urk. 10/56/7). 3.13

In der zweiten RAD-Stellungnahme vom 23. April 2015 (Urk. 10/75/3-5) hielt Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, fest, dass verschiedene Diagnosen genannt worden seien, welche eindeutig einen „syndromalen Charakter“ hätten ohne zu Grunde liegende wesentliche strukturelle Veränderungen. Die durch Dr. B.\_\_\_\_ angegebene nur noch minimale Restarbeitsfähigkeit sei unter diesen Umständen nicht plausibel, da sie offen sichtlich auf im Wesentlichen nicht IV-relevanten Diagnosen beruhe. Letztendlich habe sich nichts Wesentliches geändert seit dem Zeitpunkt der letzten RAD-Stellungnahme vom 2. Juli 2013, aber diese Beurteilung sei anhand der Aktenlage im Falle des zu erwartenden bzw. bereits begonnenen Rechtsstreites *chan cenlos*, weshalb es einer weitergehenden medizinischen Abklärung in Form einer polydisziplinären

Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie inklusive neuropsychologischer Beurteilung) bedürfe (Urk. 10/75/4). 3.14

Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_ vom 5. November 2015 erstatteten die Ärzte gestützt auf die ihnen überlassenen Akten (Urk. 10/69/7-9), die Fragen der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers (Urk. 10/63; Urk. 10/69/9) und die durchgeführten allgemeinmedizinischen (Urk. 10/69/10-13), rheumatologischen (Urk. 10/69/14-24), neurologischen (Urk. 10/69/25-34), neuropsychologischen (Urk. 10/69/34-43) und psychiatrischen (Urk. 10/69/43-50) Untersuchungen folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits mit cervico-cephaler Schmerzausstrahlung (Trapezius und Rhomboidei) (ICD-20 M79.1);

Periarthropathische Schulterbeschwerden beidseits im Bereich des Supraspinatus rechts, gemäss Akten zeitweise links mehr als rechts, ultrasonographisch Teilruptur der Supraspinatussehne und Bursitis subacromialis links (Untersuchung vom 12. Juli 2012) (ICD-10 M75.1);

Tagesmüdigkeit bei Durchschlafstörung infolge nächtlichen Crampi betont im Bereich der Wadenmuskulatur unklarer Ätiologie und Verdacht auf Restless-Legs-Syndrom (ICD-10: G93.3, G25.81, R25.2);

Minimale bis leichte kognitive Funktionsschwäche.

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Muskuläre Dysbalance am Beckengürtel (Piriformis beidseits) sowie Triceps surae beidseits ;

Unspezifische Nacken- und Kreuzschmerzen bei altersentsprechenden beginnenden degenerativen Veränderungen (MRI der HWS und LWS vom 2. April 2012);

Psoriasis, gemäss Aktenlage trotz umfangreichen Abklärungen keine relevanten Hinweise für Spondyloarthritis ;

Chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10: G44.2);

Verdacht auf Neurasthenie (ICD-10: F48.0). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt der rheumatologische Gutachter Dr. N.\_\_\_\_ fest, dass die seit 2011 bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von zumeist 50 % aus rheumatologischer Sicht in diesem Ausmass nicht begründet werden könne. Entsprechend seiner Beurteilung könne wegen der beschriebenen lokalisierten weichteilrheumatischen Beschwerden unter Berücksichtigung der klinischen Ausprägung und mit dem Hinweis, dass die nicht-somatisch begründbare Schmerzkomponente nicht im Rahmen des rheumatologischen Teilgutachtens beurteilt werde, einzig eine Leistungsminderung in der Grössenordnung von 10 % bestätigt werden. Dies gelte für Tätigkeiten mit Beanspruchung der Schultergürtelregion und der Schultern, die bis zur Schulterhorizontalen ausgeübt werden könnten. Für wiederholte und langandauernde Tätigkeiten oberhalb der Schulterhorizontalen bestehe seit 2011 eine etwas erhöhte Leistungsverminderung in der Region von 20 % (Urk. 10/69/23). Weitere Einschränkungen können aus rheumatologischer Sicht nicht begründet werden. Überdies sei diese Leistungsverminderung in einer allfälligen zusätzlichen Einschränkung der Arbeits- oder Leistungsfähigkeit aus einem anderen Fachbereich bereits enthalten (Urk. 10/69/54).

In neurologischer Hinsicht wurde zur Arbeitsfähigkeit festgehalten, der Beschwerdeführer infolge der Tagesmüdigkeit seit 1,5 Jahren nicht mehr Lastwagen. Aufgrund der chronischen Tagesmüdigkeit bei Durchschlafstörung sehr wahrscheinlich infolge der nächtlichen Krampfanfälle im Bereich der Wadenmuskulatur sowie Verdacht auf Restless-Legs-Syndrom bestehe eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der chronischen Nacken-, Schulter- und Oberarmschmerzen sollten Arbeiten über Kopf vermieden werden. Ansonsten könnten leichte körperliche, mittelschwere und teils schwere körperliche Tätigkeiten, administrative und organisatorische Tätigkeiten ausgeübt werden. Dabei sei jedoch von einem erhöhten Pausenbedarf auszugehen. In einer entsprechenden Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ab dem 6. Januar 2013 auszugehen (Urk. 10/69/55).

Der neuropsychologische Gutachter lic. phil. O. \_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, hielt fest, dass beim Beschwerdeführer rein von den neuropsychologischen Befunden her im angestammten Bereich (Allrounder und Maschinist im Baugewerbe) und bei der jetzigen selbständigen Tätigkeit (Bagervermietung, Baggerarbeiten) eine leichte Leistungseinschränkung begründbar sei. Übermäßiger Zeitdruck sei zu vermeiden und es solle Gelegenheit für kurze Pausen bestehen. Von den kognitiven Fähigkeiten her verfüge der Beschwerdeführer über die notwendigen Voraussetzungen, auch betreffend administrative Tätigkeiten (Urk. 10/69/56).

Gesamtmedizinisch wurde im Gutachten festgehalten, dass dem Versicherten in jeglicher Tätigkeit eine Einschränkung von maximal 20 % zu attestieren sei. Er sollte fähig sein, leichte körperliche, mittelschwere und teils schwere körperliche Tätigkeiten, administrative und organisatorische Tätigkeiten auszuüben. Dabei sollten die Einschränkungen aus neurologischer beziehungsweise rheumatologischer Sicht berücksichtigt werden (Urk. 10/69/56). 3.15

In der dritten RAD-Stellungnahme vom 18. November 2015 (Urk. 10/75/5-6) stützte sich Dr. M. \_\_\_\_, auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS C. \_\_\_\_, vom 5. November 2015 und attestierte dem Beschwerdeführer gesamtmedizinisch in jeglicher Tätigkeit seit dem 6. Januar 2013 eine Einschränkung von maximal 20 %. Insbesondere das neurologische Teilgutachten interpretierte er dahingehend, dass für alle Tätigkeiten seit dem 6. Januar 2013 von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen sei aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs, begründet in der chronischen Tagesmüdigkeit (Urk. 10/75/6). 3.16

In ihrer Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten äusserte die Spezialärztin Dr. B. \_\_\_\_, am 16. März 2016 (Urk. 7) mehrere Kritikpunkte zur rheumatologischen Beurteilung. Bei ihren Untersuchungen habe sie eine deutliche Einschränkung der HWS-Beweglichkeit in allen Richtungen zu 1/3, in Rotation nach rechts zu 2/3 festgestellt. Der FBA habe bei ihr 30 cm betragen. Weiter fehle die Thoraxumfangsdifferenz im Rückenstatus des rheumatologischen Teilgutachtens. Dieser sei mit 2,5 cm konstant und zu tief gewesen. Ferner bestünden beidseits SIG-Dysfunktionen und ein Pseudolasègue. Beim Gelenkstatus habe der Beschwerdeführer bei allen Untersuchungen, die sie an ihm durchgeführt habe, deutliche Triggerpunkte im musculus gastrocnemius und soleus beidseits gezeigt. Die Schulterbeweglichkeit sei links gegenüber rechts in Flexion deutlich vermindert gewesen, es habe auch eine temporomandibuläre Dysfunktion rechts bestanden, welche im rheumatologischen Teilgutachten nicht erwähnt sei. Aus diesen Gründen sei sie auch nicht einverstanden mit der Feststellung im MEDAS-Gutachten, dass ein eigentliches vertebrales Cervical- oder Lumbalsyndrom nicht vollumfänglich vorhanden sei. Sicher hätten keine

Zeichen eines Facettensyndromes oder einer radikulären Reizsymptomatik bestanden, aber muskuläre Beschwerden und Haltungsinsuffizienz hätten sich sicher gefunden. Ferner trafen die Ausführungen im 3. Abschnitt auf Seite 22 des Gutachtens nicht zu, da einmal in der Skelettszintigraphie Anreicherungen in der Frühphase hätten gefunden werden können, die weiteren Abklärungen bezüglich entzündlicher Problematik jedoch auf die LWS und SIG begrenzt gewesen seien, weshalb die Schlussfolgerung im Gutachten etwas voreilig sei. Ausserdem werde im Gutachten der MEDAS C.\_\_\_\_ von ihr gesprochen, wie sie im IV-Zeugnis eine schmerzdistanzierende und antidepressive Behandlung vor geschlagen habe, da dies noch nicht ver sucht worden sei. Dass man dann dar aus schliesse, sie sei ebenfalls der Meinung, ein relevanter Anteil der vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzsymptomatik sei nicht somatisch zu begründen, sei etwas weit hergeholt. Aus ihrer Sicht und solange sie den Beschwerdeführer gekannt habe, seien keine Abklärungen bezüglich Schlafapnoe und auch keine neurologischen Abklärungen mit Muskelbiopsie gemacht worden. Es sei um eine Muskelerkrankung aus dem neurologischen Formenkreis gegangen, insbesondere um eine mitochondriale Zytopathie . Weitere Ausführungen könne sie nicht machen, da sie den Beschwerdeführer auch insgesamt nur drei Mal gesehen habe (Urk. 7). 4.

#### 4.1

Die Berichte, die zwischen Juni 2011 und Dezember 2012 erstellt wurden , sind für die Beurteilung des Rentenanspruchs von untergeordneter Bedeutung, denn entscheidend dafür ist einzig die Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ab dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im Januar 2013. Die genannten Berichte betreffen den Zeitraum davor und sind nur für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit während der Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG von Bedeutung. 4.2

#### 4.2.1

Die IV-Stelle stellte vorwiegend auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 5. November 2015 (Urk. 10/69) ab. Dieses umfasst die Fachrichtungen Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie. Die Gutachter verfügen über den entsprechenden Facharztstitel (Urk. 10/68) und waren somit in ihren Fachgebieten grundsätzlich zur Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers befähigt. Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden, das Verhalten des Beschwerdeführers und erstellten ihren jeweiligen Teil des Gutachtens in Kenntnis der Vorakten . 4.2.2

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits mit cervico-cephaler Schmerzausstrahlung ( Trapezius und Rhomboidei ) (ICD-20 M79.1), periarthropathische Schulterbeschwerden beidseits im Bereich des Supraspinatus rechts, gemäss Akten zeitweise links mehr als rechts, ultrasonographisch eine Teilruptur der Supraspinatussehne und eine Bursitis subacromialis links (Untersuchung vom 12. Juli 2012) (ICD-10 M75.1), Tagesmüdigkeit bei Durchschlafstörung infolge nächtlichen Crampi betont im Bereich der Wadenmuskulatur unklarer Ätiologie und ein Verdacht auf ein Restless-Legs-Syndrom (ICD-10 G93.3, G25.81, R25.2) sowie eine minimale bis leichte kognitive Funktionsschwäche vorlägen. Diese Diagnosen sind anhand der im Gutachten erhobenen medizinischen Befunde nachvollziehbar und schlüssig begründet.

Die Gutachter führten zudem in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise aus, welche Einschränkungen aus rheumatologischer, neurologischer und neuro-psychologischer Sicht bestehen (Urk. 10/69/21-24; Urk. 10/69/32-34; Urk. 10/69/42 f.; Urk. 10/69/49 f.).

Letztlich ist die 20%ige Einschränkung des Beschwerdeführers in einer leidensan gepassten Tätigkeit seit dem 6. Januar 2013 überzeugend begründet. Die Gutachter führten in nachvollziehbarer Weise aus, welche Einschränkungen aus somatischer Sicht bestehen und dass der Beschwerdeführer im Wesentlichen nur bei Tätigkeiten über der Schulterhorizontalen eingeschränkt ist. Aus rheumatologischer Sicht wurde auch die angestammte Tätigkeit als Chauffeur und Maschinist als weiterhin zumutbar erachtet. Da der Beschwerdeführer indes wegen der Tagesmüdigkeit zu Recht nicht mehr Lastwagen fährt, fällt die angestammte Tätigkeit als Chauffeur für die Invaliditätsbeurteilung ausser Betracht. Insoweit ist auch die von Dr. A. \_\_\_ im Bericht vom 5. Juni 2013 (Urk. 10/22/1-5) attestierte Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf von durchwegs 50 % seit Dezember 2011 grundsätzlich nachvollziehbar. 4.2.3

Im Folgenden gilt es zu prüfen, ob es dem Beschwerdeführer mit Hilfe der Stellungnahme von Dr. B. \_\_\_ vom 16. März 2016 (Urk. 7) gelingt, den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens der MEDAS C. \_\_\_ und damit des gesamten Gutachtens zu erschüttern.

Das rheumatologische MEDAS-Gutachten von Dr. N. \_\_\_ überzeugt nicht nur in seiner Ausführlichkeit (11 Seiten, Urk. 10/69-14-24) und in seinem Aufbau (Anamnese, rheumatologischer Status, Beurteilung und Prognose, Arbeitsfähigkeit, Bezugnahme zu Fragen der Rechtsvertretung), sondern insbesondere auch mit seinem Inhalt. So ist beispielsweise klar ersichtlich, welche rheumatologischen Diagnosen einschätzungsgemäss eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben und weshalb: In der klinischen Untersuchung konnten laut Dr. N. \_\_\_ muskuläre Dysbalancen am Schultergürtel beidseits objektiviert werden, wobei ein Teil der vom Versicherten beschriebenen Beschwerden ausgelöst werden konnte. Zudem fanden sich auch periartropathische Schulterbeschwerden, aktuell vorwiegend im Sinne einer Supraspinatustendinose rechts (Urk. 10/69/20 f.). Dafür attestierte Dr. N. \_\_\_ eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/69/51). Hingegen seien die muskulären Dysbalancen am Beckengürtel, vor allem im Bereich des Piriformis, wenig ausgeprägt. Zudem bestünden keine klinischen Zeichen für die unspezifischen Nacken- und Kreuzschmerzen (Urk. 10/69/21). Diese Feststellungen konnten nicht als invalidisierende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gelten (Urk. 10/69/52), weil sie wenig ausgeprägt oder unspezifisch waren. Die rheumatologische Begutachtung ist damit insoweit schlüssig.

Soweit Dr. B. \_\_\_ rügt, es fehle im Rückenstatus des rheumatologischen Gutachtens die Thoraxumfangsdifferenz, die nach ihren Angaben mit 2,5 cm konstant und zu tief sei, legt sie nicht dar, inwiefern sich dieser Umstand auf die Diagnose und die gesamte Arbeitsfähigkeit auswirken würde. So stellte sie in ihrem Arztbericht vom 19. Dezember 2014, in dem sie die Thoraxumfangsdifferenz erwähnte (Urk. 10/52/1), in keiner Weise dar, inwiefern diese die Arbeitsunfähigkeit beeinflusse. Dies ist auch nicht ohne Weiteres ersichtlich. Die Schlüssigkeit des Gutachtens ist daher damit nicht in Frage gestellt.

Auch die Ausführungen von Dr. B. \_\_\_ hinsichtlich des Gelenkstatus sind der Schlüssigkeit der Angaben von Dr. N. \_\_\_ (Urk. 10/69/20) nicht abträglich. Sie erscheinen lediglich als eine andere medizinische Beurteilung, welcher zufolge des schlüssigen rheumatologischen MEDAS-Gutachtens und dessen nachvollziehbarer medizinischer Gesamtbetrachtung nicht

der Vorzug gegeben werden kann. Überdies ist wiederum nicht dargetan, inwiefern sich der nach Auffassung von Dr. B.\_\_\_\_ gegebene Gelenkstatus auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde.

Soweit Dr. B.\_\_\_\_ sich mit der Feststellung des rheumatologischen Gutachters Dr. N.\_\_\_\_ nicht einverstanden erklärt, wonach ein eigentlich vertebrales Cervi cal - oder Lumbalsyndrom nicht vollumfänglich vorhanden gewesen sein soll, legt sie nicht überzeugend dar, weshalb diese Schlussfolgerung nicht stimmen soll. Alleine Dr. B.\_\_\_\_s Angaben von muskulären Beschwerden und Haltungs insuffizienz überzeugen angesichts der nachvollziehbaren Begründung von Dr. N.\_\_\_\_

nicht, um den Beweiswert des Gutachtens zu erschüttern. Es ist – so wie es Dr. N.\_\_\_\_ darlegt durchaus nachvollziehbar, dass ein vertebrales Cervi cal-Syndrom oder Lumbalsyndrom im Sinne der lokalen Schmerzsymptomatik, Bewegungseinschränkung und Weichteilreaktion weder an der Halswirbelsäule noch an der Lendenwirbelsäule vollumfänglich vorhanden ist, weshalb diese Beschwerden im Wesentlichen als unspezifische Nacken- und Kreuzschmerzen in der Diagnosenliste aufgenommen wurden.

Weiter behauptet Dr. B.\_\_\_\_, in der Skelettszintigraphie seien doch Anreicherungen in der Frühphase gefunden worden, die weiteren Abklärungen bezüglich entzündlicher Problematik seien auf LWS und SIG begrenzt gewesen, weshalb der Schluss von Dr. N.\_\_\_\_, eine Diagnose der Spondyloarthritis habe nie gestellt werden können und auch derzeit bestünden keine Hinweise auf ein derartiges Krankheitsbild, etwas voreilig sei. Gemäss Bericht des Stadtspitals F.\_\_\_\_ vom 4. April 2012 konnten im HWS-Bereich keine entzündlichen Veränderungen festgestellt werden (Urk. 10/10/37). Der Bericht der Universitätsklinik I.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2012 stellte bezüglich HWS eine Degeneration der Bandscheibe C3/C4 mit Höhenminderung, dorsolateraler Spondylose und Unkarthrose, kein Knochenmarksödem und keine Stenosierung fest (Urk. 10/10/15). Es würden eher degenerativ bedingte Veränderungen u.a. im Bereich der linken Schulter bestehen (Urk. 10/10/16). Aus dem Arztbericht der Praxis Zentrum P.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2012 (Urk. 10/11/2 f.) geht hervor, dass sich im Bereich der linken Schulter ein Erguss befindet, bei dem eine sonographisch gesteuerte Punktion vorgenommen wurde. Sonographisch zeigte sich links ein Erguss sowohl in der Bursa subacromialis wie auch im Bereich der Supraspinatussehne selbst bei dort nachzuweisender ausgedehnter Supraspinatussehnenpartialruptur. Bezüglich der Schulterbeschwerden enthält das MEDAS-Gutachten vom 5. November 2015 die Diagnosen einer muskulären Dysbalance am Schultergürtel beidseits mit cervico-cephaler Schmerzausstrahlung (Trapezius und Rhomboidei) (ICD-20 M79.1) und von periarthropathischen Schulterbeschwerden beidseits im Bereich des Supraspinatus rechts, bei ultrasonographisch festgestellter Teilruptur der Supraspinatussehne und Bursitis subacromialis links (ICD-10 M75.1). Bei dieser Sachlage ist nicht ersichtlich, weshalb weitere Abklärungen bezüglich entzündlicher Problematik im HWS Bereich entscheidend gewesen sein sollten und deren Fehlen den Schluss von Dr. N.\_\_\_\_ auf eine aktuell nicht diagnostizierbare Spondarthritis (= Spondyloarthritis) voreilig erscheinen lassen würden.

Soweit Dr. B.\_\_\_\_ darlegt, es sei etwas weit hergeholt, wenn aus ihrer Angabe im Arztbericht vom 19. Dezember 2014, wonach eine schmerzdistanzierende und antidepressive Behandlung die Erschöpfung und die Beschwerden verbessern könne (Urk. 10/52/4), geschlossen werde, dass ein relevanter Anteil der vom Beschwerdeführer beschriebenen Schmerzsymptomatik nicht somatisch zu begründen sei, trifft das aus

objektiver Sicht nicht zu. Der diesbezügliche Schluss von Dr. N.\_\_\_\_ ist nicht abwegig, lassen sich die beschriebenen Schmerzen doch nicht allein mit den rheumatologischen Befunden erklären. Auch wenn Dr. B.\_\_\_\_ mit diesen Angaben lediglich auf notwendige neurologische Abklärungen hätte hinweisen wollen, ändert die Schlussfolgerung von Dr. N.\_\_\_\_ nichts an der Schlüssigkeit des rheumatologischen Teilgutachtens.

Letztlich besticht das MEDAS-Gutachten auch durch eine gesamtmedizinische Betrachtung, in der nebst anderen vor allem eine rheumatologische und neurologische Sichtweise eingeflossen ist. Im Unterschied dazu räumte Dr. B.\_\_\_\_ selbst ein, dass aus ihrer Sicht und solange sie den Beschwerdeführer gekannt habe, keine relevanten neurologischen Abklärungen getroffen worden seien (Urk. 7). Insofern vermag ihre Kritik nichts an der Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens, das eine medizinische Gesamtbetrachtung beinhaltet, zu ändern. 4.2.4

Zusammenfassend wurden sowohl die gestellten Diagnosen als auch die Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit im C.\_\_\_\_-Gutachten ausführlich begründet. Sie sind nachvollziehbar. Damit erfüllt das C.\_\_\_\_-Gutachten die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (BGE 134 V 231) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. 5.

## 5.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkungen aufgrund eines Einkommensvergleiches vorzunehmen.

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige renten wirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; 128 V 174 ; Urteil e des Bundesgerichts 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.1 und 9C\_22/2014 vom 18. Februar 2014 E. 4.3 ).

Der Beschwerdeführer meldete sich am 17. Juli 2012 (Urk. 10/2/6) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Der frühestmögliche Rentenbeginn ist somit grundsätzlich im Januar 2013. 5.2

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 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe in der angefochtenen Verfügung nicht das richtige Valideneinkommen zur Aufrechnung gewählt (Urk. 1). Dies trifft zu.

Der Beschwerdeführer arbeitete bis zu seiner aus medizinischer Sicht konstant bestehenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab 12. Dezember 2011 als Chauffeur, Allrounder (Urk. 10/2/4) bzw. Maschinist und Baggerführer beim Unternehmen Y.\_\_\_\_ (Urk. 3 = Urk. 10/23). Er verdiente gemäss Arbeitgeberfragebogen vom 14. Juni 2013 in einem Pensum von 100 %

ein Einkommen von grundsätzlich Fr. 83'375.50 (13 x Fr. 6'413.50) im Jahr 2011 (Urk. 3 S. 2 = Urk. 10/23/2). Tatsächlich wurden ihm jedoch Fr. 84'493.40 ausbezahlt, da er im April 2011 den Betrag von Fr. 8'226.10 statt der üblichen Fr. 6'413.50 erhielt (Urk. 3 S. 3 = Urk. 10/23/3). Im Vorjahr war im März ein ähnlicher Mehrbetrag ausbezahlt worden, so dass von einer regelmässigen Zuwendung auszugehen ist, die bei der Festsetzung des Valideneinkommens zu berücksichtigen ist. Andererseits zeigt die Zusammenstellung des Arbeitgebers, dass dem Beschwerdeführer im Dezember 2011 aufgrund der seit 12. Dezember bestehenden Arbeitsunfähigkeit nur ein Lohn von Fr. 5'718.80 ausbezahlt wurde (Urk. 10/23/3). Dieser Betrag ist auf Fr. 6'413.50 zu korrigieren, den der Beschwerdeführer als Gesunder erhalten hätte. Massgebend für das Jahr 2011 ist folglich ein Jahreseinkommen von Fr. 85'188.10 ([13 x Fr. 6'413.50] + Fr. 1'812.60). Da der Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns im Jahre 2013 liegt, ist der Jahresverdienst gemäss der Nominallohnentwicklung für Männer aufzurechnen. Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2013 (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohn index [2010 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohn index Männer [T1.1.10], 2011-2015, 2010: 100, 2011: 101.0, 2013: 102.6) ergibt sich ein Jahresverdienst im Jahr 2013 von Fr. 86'537.60 ( Fr. 85'188.10 : 101.0 x 102.6). Dieser Verdienst ist als Validen einkommen

massgebend . 5.3

#### 5.3.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 ; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C\_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2 ). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens auf grund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Dem Beschwerdeführer ist gesamtmedizinisch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung von maximal 20 % zu attestieren. Laut den Ärzten sollte er fähig sein, leichte körperliche, mittelschwere und teils schwere körperliche Tätigkeiten sowie administrative und organisatorische Tätigkeiten auszuüben, wobei die Einschränkungen aus neurologischer und rheumatologischer Sicht berücksichtigt werden sollten. Wird auf die LSE abgestellt, sind die nach Kompetenzniveau differenzierten TA1-Tabellen massgebend (BGE 142 V 178 E. 2.5.1). Die Beschwerdegegnerin stellte zu Recht auf das im Jahr 2012 von Männern im Durchschnitt für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen erzielte Einkommen von Fr. 5'210.-- pro Monat ab (LSE 2012, S. 35, Tabellengruppe TA 1, Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftsabteilungen, Kompetenz niveau und Geschlecht, Privater Sektor, Zeile „Total“, Kompetenzniveau 1, Männer). Der standardisierte Monatslohn (Vollzeit äquivalent basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden) von Fr. 5'210.-- ist auf die im Jahr 2013 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden hochzurechnen (Bundesamt für

Statistik [BFS], betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, abrufbar im Internet) und an die Nominallohnentwicklung für Männer anzupassen. Es resultiert ein jährliches Bruttoeinkommen von Fr. 65'698.50 (= Fr. 5'210.-- : 40 x 41,7 x 12 x 1,008). Unter Berücksichtigung der medizinisch attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 52'558.80 (= Fr. 65'698.50 x 0.8).  
5.3.2

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 nunmehr 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).

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Lediglich wenn - auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (zu diesem Begriff BGE 110 V 273 E. 4b) - unter Berücksichtigung solcher Einschränkungen, die personen- oder arbeitsplatzbezogen sein können, kein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten mehr besteht, rechtfertigt sich allenfalls ein (zusätzlicher) Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts

8C\_693/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.2.1 mit Hinweis). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_366/2015 vom 22. September 2015 E. 4.3.1 mit Hinweis). 5.3.3

Der Beschwerdeführer lässt einen leidensbedingten Abzug von mindestens 15 % geltend machen, habe er doch in Konkurrenz mit anderen Mitbewerbern auf dem allgemeinen

Arbeitsmarkt, wegen der Teilzeitarbeit und des Alters sowie seiner gesundheitlichen Einschränkungen starke Benachteiligungen ( Urk. 1 ).

Das ärztlich umschriebene Anforderungsprofil, wonach der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit körperlich leichte, mittelschwere und teils schwere sowie administrative und organisatorische Arbeiten unter erhöhtem Pausenbedarf ausüben kann, schränkt die Einsatzmöglichkeiten nur mässig ein. Es ist daher von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistungstätigkeiten auszugehen . Dies gilt auch unter Berücksichtigung der ärztlich erwähnten rheumatologischen (Leistungsverminderung bis zur Schulterhorizontalen von 10 %, über der Schulterhorizontalen von 20 % [Urk. 10/69/54]) und neurologischen (chronische Tagesmüdigkeit bei Durchschlafstörung in -folge der nächtlichen Krampfanfälle im Bereich der Wadenmuskulatur [Urk. 10/69/55]) sowie neuropsychologischen (minimale bis leichte kognitive Funktionsschwäche; Vermeidung übermässigen Zeitdrucks [Urk. 10/69/56]) Einschränkungen, sind doch diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit dem erhöhten Pausenbedarf bereits beim Anforderungs- und Belastungsprofil des Beschwerdeführers sowie bei dessen Leistungsfähigkeit (Einschränkung von 20 %) als limitierende Faktoren berücksichtigt worden. Eine weitergehende Anrechnung beim leidensbedingten Abzug würde einer unzulässigen doppelten Berücksichtigung derselben Einschränkung gleichkommen . Ein hinreichender Anhaltspunkt, um wegen der Konkurrenz mit anderen Mitbewerbern auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug zu gewähren, besteht nach dem Gesagten nicht. Ein solcher wird in der Beschwerde auch nicht hinreichend dargetan, beschränkt sich diese doch nur auf die Argumente des erhöhten Pausenbedarfs, des Alters und der angeblichen Teilzeitarbeit (Urk. 1 S. 3). 5.3.4

Gemäss Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug auf dem Invalideneinkommen zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_924/2014 vom 2. April 2015 E. 5.2.2 mit Hinweis auf BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ). Sind ihr hingegen – wie hier – leichte körperliche, mittelschwere und teils schwere körperliche Tätigkeiten sowie administrative und organisatorische Tätigkeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 (bzw. neu im Kompetenzniveau 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_924/2014 vom 2. April 2015 E. 5.2; Randziffer [ Rz ] 3067.3 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen über Invalidität und Hilfslosigkeit in der Invalidenversicherung vom 1. Januar 2015 [Stand: 1. Januar 2017])

[KSIH] mit Hinweis auf Urteil des Bundesgerichts 9C\_187/2011 vom 30. Mai 2011 E. 2.5.1). Dem erhöhten Pausenbedarf aufgrund der Tagesmüdigkeit wurde bereits mit der Reduktion der Leistungsfähigkeit auf 80 % Rechnung getragen.

Soweit der Beschwerdeführer das Alter als Grund für einen Leidensabzug vor bringt, gilt es festzuhalten, dass das fortgeschrittene

Alter nicht automatisch zu einem Abzug

führt, zumal sich dieses im Anforderungsniveau 4 (bzw. neu Kompetenzniveau 1) sogar eher lohn erhöhend auswirkt. Es ist jedoch bezogen auf die durchschnittliche Lebensarbeitszeit als ein abzugsrelevanter Aspekt immer unter Berücksichtigung aller

konkreten Umstände des Einzelfalles zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_455/20

#### **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 Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 13**

vom 4. Oktober 2013 E. 4.2). Da dem Beschwerdeführer ein Invalideneinkommen gemäss Kompetenzniveau 1 angerechnet wird und keine besonders ausgeprägten Einschränkungen vorliegen, ist wegen seines Alters von 58 Jahren kein zusätzlicher leidensbedingter Abzug angezeigt. 5. 3.5

Schliesslich lässt der Beschwerdeführer geltend machen, er könne nur noch Teilzeitarbeit verrichten, weshalb praxismässig ein Abzug zu gewähren sei.

Grundsätzlich ist ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wenn ein Versicherter seine Arbeitsfähigkeit nicht vollschichtig umsetzen kann, weil Teilzeitarbeit bei Männern statistisch gesehen vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_482/2016 vom 15.

September 2016 E. 5.4.3; 9C\_721/2010 vom 15. November 2010 E. 4.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 37 S. 109). Allerdings muss dies stets mit Blick auf den konkreten Beschäftigungsgrad (vorliegend 80 %) und die jeweils aktuellen Werte beurteilt werden: Laut der gestützt auf die LSE 2012 erstellten Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen rechtfertigt ein Beschäftigungsgrad von 80 % bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) keinen zusätzlichen Tabellenlohnabzug (Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014, Anhang; vgl. dazu BGE 142 V 178

E. 2.5.1 mit Hinweis) . Denn auf dieser Ebene werden Männer bei einem Teilzeitpensum von 75-89 % proportional bezogen auf ein 100 %-Pensum sogar deutlich besser entlohnt als bei einem Vollzeitpensum; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 mit Hinweisen).

Die Formulierung im MEDAS-Gutachten, dem Versicherten sei in jeglicher Tätigkeit eine Einschränkung von maximal 20 % zu attestieren (Urk. 10/69/56), spricht für eine Leistungsverminderung bei vollzeitiger Erwerbstätigkeit. Weder wird ein zeitlich reduziertes Arbeitspensum im Umfang von 80 % eines Vollzeitpensums erwähnt, noch ergibt sich ein solches aus den massgebenden Akten.

Selbst wenn eine Teilzeitbeschäftigung von 80 % vorläge, würde bei diesem Beschäftigungsgrad auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung kein Anlass für einen Leidensabzug bestehen. Es kann deshalb auch mit dieser Begründung kein Leidensabzug

gewährt werden. 5.3.6

Soweit der Beschwerdeführer den erhöhten Pausenbedarf als Grund für einen Leidensabzug vorbringt, ist dieser nur dann zu berücksichtigen, wenn er bei der Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit nicht bereits eingeflossen ist (Rz 3067.1 KSHI). Dafür bestehen laut MEDAS-Gutachten keine Anhaltspunkte. Vielmehr trugen die MEDAS-Gutachter dem erhöhten Pausenbedarf bereits mit der medizinisch attestierten 20%igen Einschränkung Rechnung. Dafür spricht zum einen die Kohärenz (Urk. 10/69/55) und zum anderen, dass der erhöhte Pausenbedarf seine Begründung laut Gutachten der MEDAS C. \_\_\_ in der chronischen Tagesmüdigkeit (Urk. 10/69/55) sowie der minimalen bis leichten kognitiven Funktionsschwäche (Urk. 10/69/52; Urk. 10/69/56) findet. Ferner hat das Sozialversicherungsgericht in einem vergleichbaren Fall, in dem eine Beschwerdeführerin noch in der Lage war, vollzeitlich mit einer durch einen erhöhten Pausenbedarf bedingten 30%igen Leistungseinbusse der angestammten oder einer anderen leidensangepassten Tätigkeit nachzugehen, den Pausenbedarf auch nicht zusätzlich berücksichtigt. Dort galt der erhöhte Pausenbedarf in vergleichbarer Weise als mit der attestierten 30%igen Leistungseinbusse abgegolten (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2015.00316 vom 22. April 2016 E. 6.1.1). Das hat auch für diesen Fall zu gelten. 5.3.7

Insgesamt betrachtet hat die Beschwerdegegnerin einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers zu Recht nicht berücksichtigt. 5.4

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 86'537.60 mit dem Invalideneinkommen von Fr. 52'558.80 ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 33'978.80 und damit einen Invaliditätsgrad von 39.3 %. Somit hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Rente. Da mit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 14. Januar 2016 als rechtens und die Beschwerde ist abzuweisen. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt und sind auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Kosten 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: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigStuedler

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