

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00260 vom 20. Juni 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00260](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00260)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00260 du 20 juin 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00260 del 20 giugno 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichsein kommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidens abzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

#### **E. 1.4**

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaustausichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_734/2013 vom 13. März 2014 E. 2.1 mit Hinweis auf SVR 2008 IV

Nr. 62 S. 203, 9C\_830/2007 E. 5.1).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischlicherweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweisungstätigkeiten massgebend sind (Urteil

des Bundesgerichts 9C\_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 107 V 17 E. 2c).

Nach der Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_918/2008 vom 28. Mai 2009 E. 4.2.2) wurde bei einem 60-jährigen Versicherten, welcher mehrheitlich als Wirker in der Textilindustrie tätig gewesen war, mit Bezug auf den hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt die Möglichkeit, eine Stelle zu finden bejaht mit der Begründung, dass Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt würden, und dass der Versicherte zwar eingeschränkt (weiterhin zumutbar waren leichte und mittelschwere Arbeiten im Gehen, Stehen und Sitzen in geschlossenen Räumen), aber immer noch im Rahmen eines Vollpensums arbeitsfähig gewesen sei (Urteil des Bundesgerichts I 376/05 vom 5. August 2005 E. 4.2).

Bejaht wurde zudem die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit eines (ebenfalls) 60-jährigen Versicherten mit einer aufgrund verschiedener psychischer und physischer Limitierungen um 30 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit (Urteil I des Bundesgerichts I 304/06 vom 22. Januar 2007 E. 4.1 und 4.2).

Verneint wurde demgegenüber die Verwertbarkeit einer im 64. Altersjahr stehenden versicherten Person, welche als gelernte Schneiderin vorwiegend als Küchenhilfe in einer Grossküche tätig war, welche indes die bestehende medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in einer Grossküche ausserhalb der bisher ausgeübten Tätigkeit nicht mehr verwerten konnte, und welcher, die für sie angesichts ihres beruflichen Werdeganges und ihrer eher bescheidenen Ausbildung am ehesten in Frage kommenden körperlichen Hilfsarbeiten (Reinigungsarbeiten oder Beschäftigungen in der industriellen Montage), nicht mehr zumutbar waren, da ihr nur noch Verweistätigkeiten zumutbar waren, die in temperierten Räumen ausgeübt werden und bei denen die linke Hand nicht gebraucht wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_153/2011 vom 22. März 2012 E.

3.3).

Des Weiteren wurde die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei einem über 61-jährigen Versicherten verneint, der über keine Berufsausbildung verfügte, der bezüglich der aus medizinischer Sicht im Umfang von 50 % zumutbaren feinmotorischen Tätigkeiten über keinerlei Vorkenntnisse verfügte, dessen Teilarbeitsfähigkeit weiteren krankheitsbedingten Einschränkungen unterlag und dem von den Fachleuten der Berufsberatung die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit abgesprochen wurde (Urteil des Bundesgerichts I 392/02 vom 23. Oktober 2003 E. 3.2 und 3.3).

Als unverwertbar erachtet wurde auch die durch verschiedene Auflagen limitierte Arbeitsfähigkeit von 50 % eines knapp 64-jährigen Versicherten mit multiplen, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden (Urteil des Bundesgerichts I 401/01 vom 4. April 2002 E. 4c und d), ebenso eine 50%ige Arbeitsfähigkeit einer im Verfügungszeitpunkt 61 Jahre und einen Monat alten Versicherten, die bezüglich der für sie in Frage kommenden Tätigkeiten einer Umschulung bedurft hätte (Urteil des Bundesgerichts 9C\_437/2008 vom 19.

März 2009 E. 4).

Das fortgeschrittene

Alter führt nicht automatisch zu einem Abzug, zumal sich dieses im tiefsten Anforderungsniveau 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\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.2). Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3).

### **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).

Dabei lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten

nur deshalb in Frage zu stellen, weil behandelnde Ärzte zu anders lautenden Einschätzungen gelangen, es sei denn, eine abweichende Beurteilung dürfe sich auf, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind ( vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_892/2014 vom 23. April 2015 E. 4.3, 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 ).

### **E. 1.7**

und Urk. 7/64/10). Der Beschwerdeführer erbringe als Maler eine Leistung von 35 bis 50 % , arbeite aber stundenmässig länger. Dazu komme, dass er keine schweren Lasten mehr heben könne. Der Arbeitsmodus sei behinderungsangepasst und durch die Hausärztin Dr. C.\_\_\_\_ festgelegt worden ( Ziff. 1.7).

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 23. Februar 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. Februar 2016 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlich geschuldeten Leistungen zuzusprechen, eventuell seien ergänzende medizinische Abklärungen anzuordnen ( Urk. 1 S. 2 oben Ziff. 1-2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 30. März 2016 ( Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 8. April 2016 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2) davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer näher umschriebenen Tätigkeit seit Mitte August 2012 zu 80 % arbeitsfähig sei, womit ein Invaliditätsgrad von 35 % resultiere (S. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt ( Urk. 1), er leide seit Jahren an einem Schmerzsyndrom und psychischen Beschwerden; wegen der erlittenen Herzinfarkte sei sein Gesundheitszustand labil, so dass er zusätzlich in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (S. 8 Ziff. 3.1). Auf die im eingeholten Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % könne mangels Nachvollziehbarkeit und Begründetheit nicht abgestellt werden (S. 8 unten). Abzustellen sei vielmehr auf die von behandelnder Seite erstatteten

Berichte (S.

9 Ziff. 3.2). Bei der Festsetzung des Invalideneinkommens sei ein Leidensabzug von 25 % vorzunehmen (S. 9 Ziff. 3.4). Zudem sei zu beachten, dass er unter anderem aufgrund seiner mangelnden Ausbildung und Deutschkenntnisse sowie des Alters von 59 Jahren mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen Arbeitgeber mehr finden werde, der ihn für eine zumutbare Tätigkeit einstellen würde (S. 9 Ziff. 3.3).

### **E. 3.1**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, nannte in ihrem Bericht vom 12. Juli 2012 ( Urk. 7/44/9 = Urk.

7/49/4 = Urk. 7/51/23) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - traumatisch aktiviertes lumboradikuläres Reizsyndrom mit sensorischen Defiziten L5 links infolge Sturzereignis am 24. Februar 2012 - MRI 28. März 2012: Verdacht auf extraforaminale Diskushernie mit Abdrängung der Wurzel L5 extraforaminal - leichte Restbeschwerden mit funktioneller Instabilität bei Status nach OSG-Distorsionstrauma links am 24. Februar 2012 - im MRI keine Bandläsionen, kleiner lokalisierter Knorpelschaden an der lateralen Talusschulter

Sie führte unter anderem aus, es bestehe schon eine mehrmonatige Arbeitsunfähigkeit. Eine möglichst baldige berufliche Wiedereingliederung sollte angestrebt werden. Therapeutisch empfehle sie deshalb dringend eine intensive stationäre Rehabilitation mit dem Ziel, die Rückenproblematik zu stabilisieren und die Belastbarkeit wieder aufzubauen.

### **E. 3.2**

Der Chiropraktor

Dr. A.\_\_\_\_

fürhte in seinem Bericht vom 18. August 2012 (Urk. 7/44/8 = Urk. 7/49/3) unter anderem aus, die Arbeitsunfähigkeit als Maler betrage derzeit immer noch 100%. Die zwar leichte motorische Parese lasse unter anderem ein sicheres Arbeiten auf Leitern nicht zu. Der Beschwerdeführer sollte baldmöglichst eine stationäre Rehabilitationskur durchführen. Eine Besserung sei dadurch möglich.

### **E. 3.3**

Gemäss Zeugnis vom 17. September 2012 (Urk. 7/44/7) weilte der Beschwerdeführer vom 2. bis 22. September 2012 stationär in der Klinik B.\_\_\_\_, wo eine

vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. September bis 6. Oktober 2012 attestiert und eine Neubeurteilung durch die Hausärztin am 5. (richtig:

7.) Oktober 2012 vorgesehen wurde (vgl. nun auch Urk. 7/117/23 24).

### **E. 3.4**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 15. Mai 2013 (Urk. 7/52/6-8) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit dem 14. Januar 2005 (Ziff. 1.2) und nannte folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - chronisches

lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5-S1 links - andauernd depressive Episoden, aktuell leichten Grades

In den letzten Monaten sei eine progrediente Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50% erfolgt. Es könne mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (Ziff. 1.4). Bei der entsprechenden Frage verneinte sie das Vorliegen von geistigen oder psychischen Einschränkungen; die körperliche Einschränkung bewirke eine Verminderung des Arbeitstempos und der Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.7).

### **E. 3.5**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seinem Bericht vom 15. Mai 2013 (Urk. 7/52/9 = Urk. 7/83/1) unter anderem aus, am 19. April 2013 sei

eine periradikuläre Infiltration L5 links erfolgt, worauf der Beschwerdeführer über eher etwas gebesserte lumbale Schmerzen bei gleichbleibenden Ischialgie-Schmerzen links

berichtet habe. Der Beschwerdeführer wünsche eine Arbeitsaufnahme zu 50 % , ganztags bei halber Leistung ; dem stehe aus seiner Sicht nichts im Wege. Soll ten die Schmerzen aber wieder exazerbieren , empfehle er die Spondylodese L5/S 1.

### **E. 3.6**

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in sei nem Bericht vom 6. Dezember 2013 ( Urk. 7/64/5-10) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 1 3. Dezember 2010 ( Ziff. 1.2) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, bestehend seit zirka 2005 - diverse Schmerzsyndrome in Rücken, Hüfte, Schulter, Sprung- und Hand gelenk, teilweise von früheren Unfällen - 2004 Sturz von Gerüst mit Schulter- und Hüftkontusion sowie Rippen-frakturen - Sturz von Leiter am 2 4. Februar 20 12 mit Reaktivierung eines lumbo radi kulären Reizsyndroms - Status nach zweimaligem Myokardinfarkt 2010 und am 1 8. Juli 2013

Anamnestisch führte er aus, i m August 2010 habe der Beschwerdeführer einen Herzinfarkt erlitten. Im Austrittsbericht der Klinik F.\_\_\_\_ sei eine depressive Episode konstatiert worden, weshalb der Beschwerdeführer im Dezember 2010 von der Hausärztin zur Behandlung an ihn überwiesen worden sei. Mit der Zeit sei es dem Beschwerdeführer gelungen, die Arbeitsfähigkeit schrittweise wieder auf 100 % zu steigern, so dass die Behandlung im November 2011 habe abgeschlossen werden können. Doch im Februar 2012 sei der Beschwer deführer von einer Leiter gefallen, wodurch ein lumboradikuläres Reizsyndrom reaktiviert worden sei ; vom 2. bis 2 9. September 2012 habe sich der Beschwerdeführer wiederum in der

Klinik B.\_\_\_\_ zur Rehabi litation aufgehalten, wo wiederum eine depressive Episode diagnostiziert wor den sei , weshalb der Beschwerdeführer im Anschluss wieder zu ihm gekommen sei. Neben der Depression mit Angst vor einem erneuten Infarkt seien ver schiedene Schmerzsyndrome im Vordergrund gestanden. Aufgrund von Schmerzen und Depression habe die Arbeitsfähigkeit als Flachmaler zwischen 30 % und 50 %

variiert. Am 1 8. Juli 2013 habe der Beschwerdeführer einen zweiten Herzinfarkt erlitten. Wegen der anschliessenden ambulanten Rehabi litation im G.\_\_\_\_ sei er von der Hausärztin weiterhin zu 65 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Seit dem 1 8. November 2013 arbeite er wieder zu 50 % ( Ziff. 1.4).

Zur Prognose führte er aus, d ie Schmerzen im Bewegungsapparat hätten die Tendenz zur Ausweitung. Zusätzlich best ünden eine koronare Herzerkrankung mit zwei Infarkten und eine rezidivierende depressive Störung. Aufgrund dieser sich überlagernden Erkrankungen sei der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage, ein volles Arbeitspensum zu leisten. Seit dem Sturz im Februar 2012 komme er über eine 35 -

bis 50%ige Arbeitsfähigkeit nicht hinaus. Es sei davon auszugehen, dass dies bis auf weiteres auch so bleiben werde. Der Beschwerde führer verfüge nicht über die notwendigen psychischen Ressourcen, um die zahlreichen erlittenen Schicksalsschläge durch Krankheiten und Unfälle bewäl tigen zu können und dabei noch zu 100 % auf dem freien Arbeitsmarkt im glo balisierten Wettbewerb bestehen zu können ( Ziff. 1.4).

Der Beschwerdeführer erhalte neben den somatischen Therapien auch eine inte grierte, stützende, ambulante, psychiatrische Behandlung mit Sitzungen in zwei- bis vierwöchigen Abständen und Medikation ( Ziff. 1.5). Als Flachmaler sei er seit etwa Oktober 2012 zu 50

% bis 65 % arbeitsunfähig ( Ziff. 1.6). Reduziert seien Belastbarkeit, Ausdauer, Konzentrationsvermögen und Anpassungsfähigkeit ( Ziff.

### **E. 3.7**

Ein am 20. November 2013 erstelltes Arthro-MRI der linken Schulter ergab unter anderem eine transmurale Ruptur der ventralen Supraspinatussehne mit Retraktion bis auf die Höhe des AC-Gelenkes ( Urk. 7/84 ).

Ein am 22. November 2013 erstelltes

Arthro-MRI des rechten Handgelenks ergab eine Pseudoarthrose nach Fraktur des Os lunatum und eine radiokarpale Arthrose, betont auf Höhe des Lunatum ( Urk. 7/85 ).

### **E. 3.8**

Im Urteil vom 5. August 2014 ( Urk. 7/99) kam das hiesige Gericht zum Schluss, auf die Beurteilungen durch

Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.4) und Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.6) könne, aus näher dargelegten Gründen, nicht abgestellt werden (S. 14). Deshalb wies es die Sache für ergänzende Abklärungen an die Beschwerdeführerin zurück (S. 14 f. E. 5.2). 4. 4.1

Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5) führte in seinem Bericht vom 7. Februar 2014 über die gleichentags erfolgte Untersuchung unter anderem aus, zum jetzigen Zeitpunkt könne die Arbeitsfähigkeit als Maler für leichte Arbeiten zu 50 % , unter Berücksichtigung gewisser Einschränkungen wie Heben und Tragen bis maximal 10 kg und keine Überkopfarbeiten, aufrechterhalten werden (Urk.

7/107/6 = Urk. 7/114/6 = Urk. 7/117/7 ). 4.2

Dr. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1) führte in ihrem Bericht vom 31. Mai 2014 ( Urk. 7/107/9-10) unter anderem aus, seit 2-3 Monaten leide der Patient nun neuerdings an lumbosakralen Schmerzen (S. 1 unten). Sie empfahl eine stationäre Rehabilitation und attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 30 % ab 1.

Juni 2014 (S. 2 Mitte). 4.3

Vom 17. Juni bis 6. Juli 2014 weilte der Beschwerdeführer stationär in der Klinik B.\_\_\_\_ , worüber am 28. Juli 2014 berichtet wurde (Urk.

7/107/12-15 = Urk. 7/117/14-17 = Urk. 7/119/13-16 ). Es wurden die folgenden,

hier leicht gekürzt angeführten Diagnosen gestellt (S. 1): - chronisch rezidivierendes lumbosakrales

Schmerzsyndrom und radikulares Reizsyndrom L5 links - cervikozephal  
Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen, Fehlhaltung und Fehlbelastung -  
chronische Schulterschmerzen links bei Status nach Schultertrauma 2004 - chronische  
Handgelenksschmerzen rechts bei Pseudoarthrose des Os lunatum sowie radiokarpaler  
Arthrose - Status nach Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) am 19. Juli 2013 -  
rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig - Verdacht auf benigne  
Prostatahyperplasie

In der Beurteilung wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe in verbessertem  
Allgemeinzustand sowie verbesserter Belastbarkeit in die gewohnte häusliche Umgebung  
entlassen werden können (S. 3 Mitte). Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 20.

Juli 2014 attestiert; danach sei eine Neubeurteilung empfohlen (S. 4 oben). 4.4

Vom 9. bis 12. September 2014 war der Beschwerdeführer aufgrund von brennenden retrosternalen Beschwerden im Spital H.\_\_\_\_ hospitalisiert, wo laut Austrittsbericht vom 12. September 2014 (Urk. 7/107/20-21 = Urk.

7/119/11-12) thorakale Schmerzen (am ehesten stressbedingt im Rahmen privater Belastungssituation), eine koronare Einweigerkrankung und ein bekannter gastroösophagealer Reflux diagnostiziert wurden (S. 1). 4.5

Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.4) nannte in ihrem Bericht vom 28. Oktober 2014 (Urk. 7/107/1-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - chronisch rezidivierendes lumbosakrales Schmerzsyndrom und radikuläres Reizsyndrom L5 links (seit 2007) - zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen, Fehllage (seit Januar 2014) - chronische Schulterschmerzen links bei Status nach Schultertrauma 2004 - chronische Handgelenksschmerzen rechts bei Pseudoarthrose des Os lunatum sowie radiokarpaler Arthrose

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (Ziff. 1.1): - rezidivierend depressive Störung (seit zirka 2005) - Status nach zweimaligem Myokardinfarkt 2010 und 2013

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit November 2013 (Ziff. 1.6). Der Patient sei in seiner Mobilität und aufgrund der depressiven Störung auch in seinem Arbeitstempo eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht eher nicht mehr zumutbar; sie könne aus medizinischer Sicht nicht mehr ausgeübt werden (Ziff. 1.7). Mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne nicht gerechnet werden (Ziff. 1.9). 4.6

Dr. Z.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 10. April 2015 (Urk. 7/117/1-4) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit dem 7. Juni 2012 (Ziff. 1.2) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - subakute Leistenschmerzen links, Verdacht auf aktivierte Coxarthrose - chronisch rezidivierendes lumbosakrales Schmerzsyndrom und radikuläres Reizsyndrom L5 links bei foraminärer Stenose L5/S1 links und Osteochondrose L5/S1 - cervikozephalisches Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen, Fehllage und Fehlbelastung - chronische Schulterschmerzen links bei Status nach Schultertrauma 2004 - im MRI transmurale

Supraspinatussehnenruptur, Partialruptur Tricepssehne sowie Tendinopathie

Subscapularis und Infraspinatus - chronische Handgelenksschmerzen rechts bei Pseudoarthrose des Os lunatum sowie radiokarpaler Arthrose - Status nach Myokardinfarkt bei koronarer Einweigerkrankung 31. Juli 2013

Zur Arbeitsunfähigkeit als Maurer führte sie aus, diese habe wiederholt 100 % betragen, in der übrigen Zeit habe sie seit zirka Juni 2012 30-50 % betragen (Ziff. 1.6).

Eine körperlich leichte Tätigkeit wäre vermutlich zu 30-50 % möglich (Ziff. 1.7). Mit einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit könne nicht gerechnet werden (Ziff.

1.9). 4.7

Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.6) nannte in seinem Bericht vom 20. April 2015 (Urk.

7/119/1-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - sonstige rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger Episode , bestehend seit zirka 2005 - diverse Schmerzsyndrome bei degenerativen Prozessen in Rücken, Hüfte, Schulter, Sprung- und Handgelenk, teilweise von früheren Unfällen - Status nach Sturz von Gerüst 2004 mit Schulter- und Hüftkontusion sowie Rippenfrakturen - Sturz von Leiter am 24. Februar 2012 mit Reaktivierung eines lumbalen Reizsyndroms - Status nach zweimaligem Myokardinfarkt 2010 und Juli 2013

Die Arbeitsunfähigkeit als Flachmaler betrage 50-65 % seit Oktober 2012 (Ziff.

1.6). Reduziert seien Belastbarkeit, Ausdauer, Konzentration und Anpassungsfähigkeit, Flexibilität und Umstellung, Durchhaltefähigkeit; die bisherige Tätigkeit sei zirka 4-5 Stunden täglich zumutbar mit einer Leistung von 70-80

% ( Ziff. 1.7). Mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit sei nicht zu rechnen ( Ziff. 1.9). 4.8

Am 16. September 2015 erstatteten die Ärzte des I.\_\_\_\_ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin ( Urk. 7/133/1-26). Sie stützten sich dabei auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.) und die am 27. und 30. Juli 2015 erfolgten Untersuchungen, über welche in Teilgutachten

orthopädisch- traumatologischer ( Urk. 7/133/27-40), internistischer ( Urk. 7/133/41-51), neurologischer ( Urk. 7/133/52-58) und psychiatrischer ( Urk. 7/133/59-67) Richtung berichtet wurde.

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 lit. D1): - transversale Ruptur der ventralen Supraspinatus-Sehne mit Retraktion bis auf Höhe des AC-Gelenks, Tendinopathie mit artikulärer

Partiälruptur der

verbliebenen Sehnenfasern der posterioren distalen Supraspinatus-Sehne , leichte

Atrophie des Musculus

supraspinatus mit diskreter Verfettung, Tendinopathie der

Subscapularis -Sehne, Delamination der distalen Infraspinatus -Sehne, Partialruptur

der Bizeps-Sehne sowie AC-Gelenksarthrose linkes Schultergelenk mit

eingeschränkter Belastbarkeit und Beweglichkeit - radiokarpale Arthrose rechtes Handgelenk bei Pseudarthrose des Os lunatum mit

2 grossen, randsklerosierten Frakturfragmenten mit eingeschränkter Belastbarkeit

und Beweglichkeit - chronisch rezidivierendes lumbales Schmerzsyndrom mit leichter

radikulärer Reizung der Spinalnervenwurzel L5 links bei kaudalwärts zunehmender

Chondrose sowie einer mittelgradigen Osteochondrose und moderaten

Retrospondylose mit Spondylarthrose im Segment L5/S1 und Verdacht auf eine

grossvolumige, links extraforaminale Diskushernie mit Abdrängung der

Spinalnervenwurzel L5 links - Coxarthrose links - koronare Herzkrankheit mit: - Status nach ST-Hebungsinfarkt (STEMI) am 21. August 2010 ; damals PCI/DE-Stent eines

subtotalen RIVA - Verschlusses - Status nach NSTEMI am 18. Juli 2013 bei angiographisch subtotaler thrombotischer

ostialer Stenose erster Septa Iast ; daneben subtotale periphere Stenose

zweiter Diagonalast ; keine Intervention - normaler Auswurffraktion (60 % im Echo 9. April 2015) - rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet (F33.9)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 18 f. lit. D2): - rezidivierende Arthralgie linkes oberes Sprunggelenk bei reizlosem Knorpel schaden

an der lateralen Talus Schulter - Senk-Spreiz-Plattfuß beidseits - kardiovaskuläre Risikokonstellation mit: - persistierendem Nikotinabusus - koronare Herzkrankheiten (KHK) in der Familie - Dyslipidämie - behandelt - gastrooesophageales

Refluxleiden - Verdacht auf Prostata-Hyperplasie - Hypästhesie und Hypalgesie im Bereiche des linken Unterschenkels an der

Aussenseite betont unklarer Ätiologie, Differentialdiagnose (DD)

residuell, funktionell

Die Gutachter führten sodann aus, aus orthopädisch-traumatologischer Sicht bestünden zusammenfassend beurteilt beim Versicherten eine Einschränkung der Beweglichkeit

und Belastbarkeit des linken Schultergelenkes, des rechten Handgelenkes, der rechten Hand und des

linken Hüftgelenkes sowie vor allem nicht radikular bedingte Beschwerden im Bereich der Hals- und

Lendenwirbelsäule. Die bisherige Tätigkeit als angelernter Maler sei bei diesen teilweise erheblichen

gesundheitlichen Einschränkungen des Versicherten aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht mehr durchführbar. Für leichte Tätigkeiten mit Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen sei der Versicherte hingegen mit voller Arbeitszeit und Leistung arbeitsfähig. Ausgeschlossen seien schwere und mittel schwere Arbeiten mit häufigem Bücken, Tätigkeiten mit häufigen Zwangshaltungen der Wirbelsäule, Tätigkeiten mit Klettern auf Gerüsten und Leitern sowie Über-Kopf-Arbeiten (S. 19 f.).

Von den internistischen Störungen gingen nur von Seiten der koronaren Herzkrankheit gewisse Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit aus. In einer Verweistätigkeit, welche dem Belastungsprofil entspreche, könne eine volle Arbeitsfähigkeit von internistisch-kardiovaskulärer Seite her postuliert werden (S. 20 oben).

Von neurologischer Seite her sei die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung fehlender motorischer gravierender Störungen und einem negativen Lasègue

nicht eingeschränkt ; die Arbeitsfähigkeit als Maler sowie in einer Verweistätigkeit betrage 100 % (S. 20 Mitte).

Von psychiatrischer Seite liege derzeit nur eine mässige depressive Symptomatik vor, wie sich sowohl im Untersuchungsgespräch gezeigt habe, aber auch anhand der vom Versicherten beschriebenen üblichen Tagesaktivitäten sehr deutlich geworden sei. Es lägen weder eine Antriebsminderung noch ein Verlust von Interesse und Lebensfreude vor,

und auch die vorliegende depressive Verstimmung sei eher mässig ausgeprägt. Es seien erhebliche Inkonsistenzen aufgefallen. So habe der Versicherte Lustlosigkeit beklagt, aber auf der anderen Seite durchaus Interessen und Aktivitäten (wie sich regelmässig mit Kollegen treffen, sich im Fernsehen Sendungen anschauen, im Internet Filme

anschauen etc.) beschrieben, was gegen „Lustlosigkeit“ spreche. Der Versicherte habe des Weiteren kognitive Störungen (Gedächtnisschwäche, Konzentrationsstörung) beklagt; in der Untersuchungssituation hätten sich diesbezüglich aber keine Einschränkungen gezeigt (S. 20 unten). Gegen eine stärker ausgeprägte Depression spreche weiter, dass die Medikation seit 2010 (gemäss Angaben des Versicherten) nicht verändert worden sei, ferner dass bislang keinerlei teil- oder vollstationäre psychiatrische Behandlung erfolgt sei, ferner auch, dass die Psychopharmaka-Spiegel unterhalb des therapeutischen Bereichs lägen, was am ehesten als Hinweis auf eine unregelmässige Einnahme der Medikation aufgrund weniger stark ausgeprägten Leidensdrucks anzusehen sei (S. 20 f.). Über die Depression hinaus lägen keine anderen komorbiden psychischen Störungen und keine (gegebenenfalls ressourcenhemmenden) persönlichkeitsstrukturellen Auffälligkeiten vor. Aus rein psychiatrischer Sicht liege eine arbeitsunfähigkeitsrelevante rezidivierende depressive Störung mit Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltevermögen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie emotionale Belastbarkeit vor. Es ergäbe sich daraus eine quantitative Verringerung der Arbeitsfähigkeit um 20 % (S. 21 oben).

Das zusammenfassende Belastungs-/Ressourcenprofil im polydisziplinären Konsens wurde wie folgt umschrieben (S. 21): Zu empfehlen sind leichte, gut strukturierte, überwiegend sachorientierte Tätigkeiten mit regelmässigem Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen. Ausgeschlossen sind schwere und mittelschwere Arbeiten mit häufigem Bücken, Tätigkeiten mit häufigen Zwangshaltungen der Wirbelsäule, Tätigkeiten mit Klettern auf Gerüsten und Leitern, Über-Kopf-Arbeiten, Arbeiten unter starkem Tempodruck (Akkordarbeiten), Tätigkeiten mit hektischen, raschen und heftigen motorischen Aktivitäten, Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die Durchhaltefähigkeit, die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit, die Dauer Aufmerksamkeit sowie die emotionale Belastbarkeit.

Zusammenfassend sei die bisherige Tätigkeit des Versicherten als angelernter Maler bei den teilweise erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen vor allem aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht mehr durchführbar (S.

21).

In einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, da aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung mit Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltevermögen, Flexibilität, Umstellungsfähigkeit sowie emotionaler Belastbarkeit eine quantitative Verringerung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten um 20 % resultiere (S. 20 unten).

Zum Verlauf wurde ausgeführt, dass der Versicherte sei aus gutachterlicher Sicht in der leidensadaptierten Tätigkeit vom Beginn des Infarktereignisses am 21.

August 2010 bis zirka 21. November 2010 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Bis zu seinem erneuten Arbeitsunfall am 24. Februar 2012 sei er mit voller Arbeitszeit und Leistung arbeitsfähig gewesen. Durch den Arbeitsunfall am 24. Februar 2012 habe zirka bis Ende Mai 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab Juni 2012 habe für leichte Tätigkeiten mit Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen eine 100%ige

Arbeitsfähigkeit bestanden. Ab dem 17. Dezember 2012 wurde eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von überwiegend 20 % eingeschätzt. Ab dem Ereignis vom 18. Juli 2013, bei dem das Koronarsyndrom nur leichten Grades gewesen sei, habe für zirka

#### **E. 4**

Wochen eine 50%ige Arbeitsminderung bestanden (S. 22 Mitte).

#### **E. 5.1**

In der Beschwerde (Urk. 1) wurde geltend gemacht, die im Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % in adaptierter Tätigkeit sei nicht nachvollziehbar und nicht begründet (S. 8 unten), dies im Unterschied zu den Einschätzungen von behandelnder Seite (S. 9 Ziff. 3.2).

Dazu ist vorab festzuhalten, (was zu Recht auch nicht bemängelt wurde), dass das Gutachten für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht sowie in Kenntnis der Vorakten und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstellt wurde. Dies kommt exemplarisch in der sehr genauen und ausführlichen Diagnosestellung zum Ausdruck, die so in keinem der Vorberichte anzutreffen ist.

#### **E. 5.2**

Von behandelnder Seite wurde die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wie folgt eingeschätzt: Dr. D. \_\_\_ attestierte im Februar 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (vorstehend E. 4.1), Dr. C. \_\_\_ im Oktober 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vorstehend E. 4.5), Dr. Z. \_\_\_ im April 2015 eine solche von 30-50 % (vorstehend E. 4.6) und der

Psychiater Dr.

E. \_\_\_ erachtete im April 2015 eine

Leistung von 70-80 % bei 4-5 Stunden täglich als zumutbar (vorstehend E. 4.7).

Demgegenüber kamen die Gutachter zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit vor allem wegen der orthopädisch-traumatologisch begründeten Einschränkungen gar keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht. Sie beurteilten damit die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit weit zurückhaltender als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Dies ist ein sehr gewichtiger Hinweis darauf, dass die Gutachter ausschliesslich und mit Erfolg bestrebt waren, eine allseitig abgewogene, möglichst objektivierte Beurteilung abzugeben.

#### **E. 5.3**

Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit äusserten sich weder Dr. D. \_\_\_ (vorstehend E. 4.1) noch Dr. C. \_\_\_ (vorstehend E. 4.5) noch Dr. E. \_\_\_ (vorstehend E. 4.7). Einzig Dr. Z. \_\_\_ führte ohne nähere Begründung aus, eine körperlich leichte Tätigkeit „wäre vermutlich zu 30-50 % möglich“ (vorstehend E. 4.6).

Von anderer Qualität ist hingegen, was die Gutachter dazu ausführten. Sie legten aus der Sicht jeder beteiligten Disziplin dar, ob und allenfalls inwiefern Einschränkungen auch für angepasste Tätigkeiten bestehen, und sie formulierten als Synthese aus den fachspezifischen Feststellungen ein detailliertes und differenziertes Belastungsprofil.

Dementsprechend resultieren aus den erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen in erster Linie qualitative, im Anforderungsprofil berücksichtigte Einschränkungen, sowie

eine psychiatrisch begründete quantitative Verringerung der Arbeitsfähigkeit um 20 % .

#### **E. 5.4**

Damit erweisen sich auch die gutachterlichen Feststellungen zur Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit als sorgfältig hergeleitet und überzeugend begründet. Dies führt zum Schluss, dass das Gutachten alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich erfüllt, so dass darauf abzustellen ist.

Der medizinische Sachverhalt ist mithin dahingehend erstellt, dass für näher umschriebene leidensangepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 % besteht.

#### **E. 6.1**

Der Einwand, die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit sei aus bestimmten Gründen nicht mehr verwertbar ( Urk. 1 S. 9 Ziff. 3.3), ist nicht stichhaltig. Soweit er mit dem Lebensalter von 59 Jahren begründet wurde, ist auf die dies bezügliche Rechtsprechung zu verweisen (vorstehend E. 1.4). Soweit mangelnde Ausbildung und Deutschkenntnisse angeführt wurden, handelt es sich um nachgerade klassische invaliditätsfremde Faktoren, die zwar eine Erschwerung auf dem Arbeitsmarkt bedeuten mögen, aber nicht von der Invalidenversicherung erfasst sind.

#### **E. 6.2**

Das Valideneinkommen wurde beschwerdeweise nicht beanstandet. Es ist - mit der Beschwerdeführerin ( Urk. 7/136) - bezogen auf das Jahr 2013 mit Fr.

72'072.-- einzusetzen.

#### **E. 6.3**

Das Invalideneinkommen ist unter Bezug der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) festzusetzen. Im Jahr 2012 betrug das von Männern auf der tiefsten Qualifikationsstufe ( Kompetenzniveau 1) im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige erzielte mittlere Einkommen Fr. 5'210.-- (LSE

2012 Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level), was umgerechnet auf ein Jahr und der Nominallohnentwicklung von 0.8 % (T 39, 2013, Männer) sowie einer Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft, 3/4- 2015, S. 88, Tab.

B 9.2) angepasst im Jahr 2013 rund Fr. 65'699.-- ergibt ( Fr. 5'210.-- x 12 x 1.008 : 40.0 x 41.7), was bei einem Pensum von 80 % rund Fr. 52'559.-- entspricht.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass das eingeschränkte Belastungsprofil eine gewisse lohnmässige Schlechterstellung zur Folge haben dürfte, wie auch die Beschränkung auf ein Pensum von 80 % , die sich bei Männern der tiefsten Qualifikationsstufe in einem rund 5 % tieferen mittleren Einkommen niederschlägt (LSE 2006, S. 16, Tabelle T2\*).

Als angemessen erscheint ein Abzug von gesamthaft 15 % , womit sich das hypothetische Invalideneinkommen auf rund Fr. 44'675.-- reduziert (Fr.

52'559.-- x 0.85).

#### **E. 6.4**

Beim Valideneinkommen von Fr. 72'072.-- (vorstehend E. 6.2) und dem Invaliden einkommen von Fr. 44'675.-- (vorstehend E. 6.3) beträgt die Einkommenseinbuße Fr. 27'397.--, was einen Invaliditätsgrad von 38 % ergibt.

Damit besteht kein Rentenanspruch. Die angefochtene Verfügung erweist sich dementsprechend als zutreffend, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

#### **E. 7**

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - DAS Rechtsschutz-Versicherungs-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, zuzustellen.

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

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