

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00300 vom 3. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00300

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00300 du 3 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00300 del 3 marzo 2017

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 aus schliesslich 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 2

Der Versicherte erhob am 7. März 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 4. Februar 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm ab 1. September 2013 eine ganze Rente zuzusprechen. Eventuell sollte eine erneute interdisziplinäre

Begutachtung erfolgen (Urk. 1 S. 2). Zudem reichte er einen Arztbericht ein (Urk. 3). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 11. April

2016 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen - insbesondere gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten des A.____ (A.____; Urk. 8/82) - davon aus, dass der Beschwerdeführer

in einer angepassten Tätigkeit seit September 2003 zu 100 % arbeitsfähig sei.

Unter Berücksichtigung eines leistungsbedingten Abzuges von 10 % ergebe der Einkommensvergleich einen Invaliditätsgrad von 7 % (S. 2). Mit dem Tabellenlohn im Anforderungsniveau 1 seien eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten berücksichtigt und ein höherer Abzug als 10 % nicht begründet (S. 3) .

E. 2.2

Demgegenüber vertrat der Beschwerdeführer die Ansicht (Urk. 1) , dass das A.____-Gutachten den Anforderungen an ein Gutachten in mehrfacher Hinsicht nicht genüge (S. 4 Ziff. 4.1) . Auf das allgemeinmedizinische und internistische Teilgutachten könne nicht abgestellt werden, da die Einschätzung von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf eineinhalb Seiten nicht ansatzweise schlüssig begründet sei und unter Berücksichtigung des eingereichten aktuellen Berichtes von Dr. med. B.____ vom 19. Februar 2016 nicht nachvollziehbar sei. Der Bericht datiere nur 15 Tage nach Verfügungserlass und sei zu beachten (S. 4 f. Ziff. 4.2) . Der kardiologische Teil des Gutachtens sei äusserst kurz gehalten und die Attestierung einer vollen Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig und nachvollziehbar begründet (S. 5 Ziff. 4.3) . Die Diagnose des psychiatrischen

Gutachters sei ebenfalls weder schlüssig noch nachvollziehbar. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. C.____ fehle vollständig. Gestützt auf dessen Bericht sei von einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht seit 27. April 2

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3. 3.1

Der Verfügung vom 3. November 2003 (Urk. 8/20) lagen im Wesentlichen die folgenden Berichte zugrunde. 3.2

Dr. med.

E.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , Rehaklinik F.____ , nannte mit Bericht vom 17. Februar 2003 (Urk. 8/15/14-18) als Diagnose eine Anpassungsstörung mit möglichem depressivem Einschlag (ICD-10 F43.2) bei auffälliger Persönlichkeit mit impulsiven Zügen (ICD-10 F60.8; S. 1) . 3 . 3

Die Ärzte der Rehaklinik F.____ nannten mit Austrittsbericht vom 18. März 2003 (Urk. 8/15/7-9) die folgenden Diagnosen (S. 1 Mitte): - Zustand nach Unterarmchaftfraktur links am 2. April 2002 - Plattenosteosynthese Radius, Ulna links am 2. April 2002 - Zustand nach Daumendistorsion rechts 27. August 2001 - konservative Behandlung

Als Lieferwagenchauffeur bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % , welche rasch zu steigern sei (S. 1 unten). Aufgrund ihrer Beobachtungen sowie aufgrund der objektivierbaren Befunde seien die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden nicht nachvollziehbar (S. 2 Mitte). 3.4

Dr. med. G.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin , nannte mit Bericht vom 13. September 2003 die folgenden Diagnosen (Urk. 8/15/5- 6

S. 1

Mitte): - Status nach Unterarmschaftfraktur links am 2. April 2002 - Anpassungsstörung mit möglichem depressivem Einschlag - chronische Cephalaea

Der Beschwerdeführer sei bis heute zu 50 %, das heisse ganztags bei leichter Arbeit, arbeitsfähig als Lagerist .

In einem körperlich weniger strengen Beruf sei er voll arbeitsfähig (S. 1 oben). 3.5

Dr. G.____ führte mit Bericht vom 16. September 2003 (Urk. 8/15/1-4) aus, der Beschwerdeführer sei seit Juni 2003 halbtags in der bisherigen Tätigkeit arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit sei er seit 15. November 2002 ganztags arbeitsfähig (S. 4). 3.6

Die Beschwerdegegnerin lehnte einen Anspruch auf eine Kostengutsprache für berufliche Massnahmen mit Verfügung vom 3. November

2003 (Urk. 8/20) ab. Sie führte dazu aus, dass dem Beschwerdeführer eine behin derungs ange passte Erwerbstätigkeit zu 100 % zumutbar sei , und berechnete eine nicht anspruchs begründende Einkommensdifferenz. 4. 4.1

Prof. Dr. med. D.____ , Facharzt für Anästhesiologie , H.____ , führte mit Bericht vom 19. Oktober

2006 (Urk. 8/46/8-9 = Urk. 8/60/27-28) aus, der Beschwerdeführer klagte über Schmerzen im Ober armbereich links mit Ausstrahlung in die Schulter und Thorax vorne und hinten. Zusätzlich bestünden Schmerzen im Nacken- und Kopfbereich. Vor allem links in der Schläfe und Stirn. Über diese Beschwerden klagte der Be schwerdeführer seit seinem Arbeitsunfall im Jahre 2002, wo er auch eine Radiusfraktur erlit ten habe. Die Schmerzen hätten sich verstärkt, insbe son dere im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) nach einer Distorsion in Folge eines Autounfalls im März 2006 (S. 1 Mitte) . Dem Beschwerdeführer sei eine tiefdosierte antide pressive Medikation mit Surmontil vorgeschlagen worden. Zusätzlich sei ein intravenöser Lidocain-Test vorgesehen, um den Anteil von neuropathischen Schmerzen besser evaluieren zu können (S. 2 oben) . 4.2

Die Fachpersonen des interdisziplinären Schmerz-Konsiliums nannten mit Be richt vom 10. März 2009 (Urk. 8/46/10-14 = Urk. 8/60/22-26) folgende Diagnosen (S. 4 oben): - chronische s cervico-vertebrales Syndrom und cervico-spondylogenes Syndrom - chronische Spannungskopfschmerzen mit Tendenz zu migräniformen Exazerbationen - Status nach Unterarmfraktur links 2. April 2002, Plattenosteosynthese Radius und Ulna links 2. April 2002 - Status nach Halswirbelsäule (HWS) - Distorsionstrauma Mai 2005 - Schalleitungsschwerhörigkeit links - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Fak toren, ICD-10 F45.41

Es bestehe ein therapieresistentes Schmerzsyndrom, welches durch die aktu ellen psychosozialen Umstände mitverursacht sein dürfte. Aktuell bestehe keine eindeutige psychiatrische Diagnose. Angesichts der sehr angespannten Lebenssituation sei eine akute Dekompensation zu befürchten. Eine psycho soziologische/psychotherapeutische Begleitung werde vom Beschwerdeführer zurzeit nicht erwünscht (S. 4 oben). 4.3

Dr. med .

I.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheu matologie, nannte mit Bericht vom 12. Mai 2012 (Urk. 8/63/7-8) als Diagnosen unklare Schmerzen gluteal links nach Gesässkontusion, ein Cervi kal syndrom (CVS) und ein l umbovertebrales Syndrom (LVS), intermittierend lumbospondylogenes Syndrom (LSS) , links. Er führte aus, der Be schwerde

führer

habe von einem Unfallereignis am 24. November 2011 berichtet. Er habe Ware von grosser Höhe her untergereicht und sei retour nach hinten gegangen. Dabei sei er mit der linken Gesässseite gegen einen Transportwagen gestossen. Er habe dabei eine Rolle mit einem Gewicht von zirka 15-20 kg getragen. Er sei dann etwas auf die Seite gekippt und habe starke Schmerzen im linken Gesäss verspürt, auch ausstrahlend nach vorne in den Unterbauch. Er habe sich während 10-15 Minuten hinsetzen müssen und habe danach weitergearbeitet (S. 1 Mitte). Bei der klinischen Untersuchung habe er eine auffällige Diskrepanz in der Schmerzangabe bei gewissen Untersuchungs gängen gefunden. Die neurologische Untersuchung sei unauffällig gewesen. Die Ultraschalluntersuchung habe fast ein halbes Jahr nach dem Unfallereignis einen unauffälligen Befund gezeigt. Insgesamt sei der Befund mit dem glutealen Schmerz etwas befremdend (S. 2 Mitte) . 4.4

Dr. med. J.____, Facharzt für Radiologie, führte mit Bericht vom 25. Juli 2012 (Urk. 8/63/9) aus, das MRI des Beckens und der Beckengürtel muskulatur sei normal, es seien keine erfassbaren posttraumatischen Veränderungen, insbesondere kein Nachweis eines posttraumatischen Seroms festgestellt worden. Ebenfalls bestehe kein Hinweis auf eine durchgemachte ossäre Läsion des Beckengürtels, des Sakrums und des Os Coxis. Es bestehe eine minimale Osteochondrose der unteren Lendenwirbelsäule. 4.5

Dr. med. K.____, Facharzt für Chirurgie, nannte mit Bericht vom 20. September 2012 (Urk. 8/63/10-12) als Diagnose eine Kontusion gluteal links ohne Nachweis einer bleibenden Verletzung (S. 2 Ziff. 1). Spätestens sechs Wochen nach dem Ereignis sei der Status quo ante erreicht worden (S. 2 Ziff. 5). 4.6

Die Ärzte des Spital s

L.____ nannten mit Bericht vom 10. Februar 2013 (Urk. 8/46/3-4 = Urk. 8/58/7-8 = Urk. 8/60/20) die folgenden Diagnosen (S. 1):

- akuter Vorderwandinfarkt bei koronarer Eingefässerkrankung - erfolgreiche Rekanalisation des mittleren Ramus interventricularis anterior (RIVA; Absorb Stent, beschichtet) - mittelschwer eingeschränkte linksventrikuläre (LV) Funktion (Ejektionsfraktion [EF] 35%) - kardiovaskuläre Risikofaktoren (cvRF): persistierender Nikotinabusus (kumulativ zirka 25-30 py) - anamnestic gastroesophageal reflux disease (GERD) - Status nach zweimaliger Gastroskopie

Der Beschwerdeführer habe am 10. Februar 2013 in ordentlichem Allgemeinzustand zurück nach M.____ auf die Normalabteilung verlegt werden können (S. 2 oben). Angaben zur Arbeitsfähigkeit wurden keine gemacht. 4.7

Die Fachpersonen des N.____ führten mit Bericht vom 13. Juni 2013 (Urk. 8/60/16-19) aus, der Beschwerdeführer sei am 27. Mai 2013 und 16. Juni 2013 zu zwei Vorgesprächen bei ihnen gewesen und nannten folgende, hier gekürzt angeführten Diagnosen: - mittelgradige depressive Episode, ICD-10 F32.1 - anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.5 - Status nach drei Unfällen - Status nach Vorderwandinfarkt am 9. Februar 2013

Realistische Ziele seien die Aktivierung des Beschwerdeführers, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und die Reduktion der Depression. Wegen der bisher erfolglosen stationären und ambulanten Behandlung sei eine Intensivierung der Behandlung über die gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) möglichen zwei Sitzungen pro Woche hinaus indiziert und notwendig. Dafür biete sich eine stationäre Behandlung in einer

psychiatrischen Klinik über einen längeren Zeitraum an oder alternativ zur Vermeidung einer stationären eine ambulante Behandlung tagesklinisch mit den gleichen Behandlungsbau stei nen wie stationär über acht Wochen. Eine Weiterführung der ambulanten Behandlung in bisherigem Rahmen werde die Chronifizierung verstärken (S. 3 f.) . 4.8

Dr. med. O.____ , Fachärztin für Neurologie, berichtete am 11. Juli 2013 (Urk. 8/60/7-8) über einen am 27. Juni 2013 durchgeführten neuropsychologischen Untersuch. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass es ihm nicht gut gehe. Er habe viele Probleme. Unter anderem sei es im Juli 2012 im Zusammenhang mit Missverständnissen am Arbeitsplatz zur fristlosen Kündigung gekommen. Zudem sei er durch den Herzinfarkt im Februar 2013 belastet. Im Anschluss an einen Arbeitsunfall 2002 sei er während längerer Zeit beruflich ausgefallen. Niemand habe sich damals um ihn gekümmert. Zu sätzlich würde er noch unter den Folgen eines Verkehrsunfalls 2005 leiden. 2003 sei er zudem unschuldig im Gefängnis gesessen, nachdem ihm Waffenbesitz vorgeworfen worden sei. Er fühle sich ungerecht behandelt durch frühere Arbeitgeber, aber auch durch Versicherungen (S. 7 Mitte). Anlässlich der aktuellen Untersuchung habe sich eine leichte sprachliche Gedächtnis schwäche sowie ein leicht eingeschränktes sprachliches konzeptuelles Denken bei ansonsten durchwegs unauffälligen kognitiven Funktionen gezeigt. Der Beschwerdeführer wirke zwar frust riert, resigniert und enttäuscht über den bisherigen Verlauf. Die Impulskontrolle während der Untersuchung sei aber durchwegs gegeben gewesen (S. 8 Mitte). 4.9

Prof. Dr. D.____

führte mit Bericht vom 14. Oktober 2013 (Urk. 8/59)

aus, den Beschwerdeführer seit 2008 zu behandeln (S. 1 Ziff. 1.2) und nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - chronisches cervicovertebrales Syndrom - chronisches cervico-spondylogenes Syndrom - Tendenz zu migräniformer Exacerbation - Status nach Unterarmfraktur Plattenosteosynthese 2002 - Radius und Ulna links, Status nach Halswirbelsäule n (HWS) - Distor sionstrauma 2005 - Status nach Hüftverletzung 2011 - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Fakto ren, ICD-10 F45.41 - Leistenhernie beidseits links operiert 2012 - Status nach Myokardinfarkt Ejektionsfraktion (EF) 35 % 2013

Für schwere körperliche Arbeiten, längeres Stehen und das Tragen von schwe ren Lasten über dem Kopf sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig (Ziff. 1.6). Als Lagerist sei er zu 50 % arbeitsfähig. Wegen schweren Schmer zen könne er keine schweren Arbeiten mehr lei s ten. In einer behinderungs angepassten Tätigkeit könne er vier Stunden pro Tag arbeiten, jedoch mit Pausen und ohne das Tragen von schweren Lasten (Ziff. 1.7). Es bestehe ein therapieresistentes Schmerzsyndrom, welches durch die aktuellen psycho sozia len Umstände mitverursacht sein dürfte. Mit einer Zurückbildung der Schmerzen sei nicht zu rechnen (Ziff. 1.4). 4.10

Dr. med. C.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , führte mit Bericht vom 27./28. Oktober 2013 (Urk. 8/60/3-6 = Urk. 8/61) aus, den Be schwerdeführer seit Dezember 2012 zu behandeln (S. 1 Ziff. 1.2) und nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - depressive Episode mittleren, intermittierend auch schweren Grades, ICD-10 F32.2/F32.3 - Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Ty pus, ICD-10 F60.3 - chronische Schmerzstörung, ICD-10 F45.41 - diverse internistische und rheumatologische Leiden

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerist bestehe seit zirka 1.5 Jahren eine Arbeitsunfähigkeit von 60-70 % (S. 2 Ziff. 1.6) . 4.11

Dr. C.____ führte m it Schreiben vom 6.

Februar 2015 (Urk. 8/8 8) aus, der Beschwerdeführer stehe weiterhin in seiner Betreuung. Es sei vereinbart worden, dass ab heute ein Arbeitsversuch zu 20 % stattfinden solle. 4.1 2

Die Gutachter des A.____

stellten in ihrem am 2. März 2015 gestützt auf die ihnen überlassenen Akten , Erhebung der Anamnese und Durchführung einer allgemeinmedizinischen, internistischen, orthopädischen, kardiologischen, und psychiatrischen Untersuchung erstatteten

interdisziplinäre n Gutachten (Urk. 8/82) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 40 Ziff. 7): - chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom links

- Status nach einem Auffahrunfall (1 5. März 2006) - geringe Funktionsstörung, keine Radikulopathie - Periarthropathie der linken Schulter - klinisch Tendinose der Supraspinatussehne - leichtes Impingement - Status nach einer Radius- und Ulna-Fraktur links (Unfall 2. April 2002) - Status nach einer Plattenosteosynthese und subsequenter Metall ent fernung - residuelles Unterarm-Schmerzsyndrom - Verdacht auf posttraumatische Nervus ulnaris Neuropathie - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Klinisch Verdacht auf Piriformis-Syndrom links - Status nach einem Sturz und Kontusion der linken n Hüftregion (24. November 2011)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden (S. 40 f. Ziff. 8): - GER D laut Akten

- Status nach einer Herniotomie inguinal links März 2012, rechts , März 2014 - koronare 1-Gefäss-Erkrankung - Status nach einem akutem Vorderwandinfarkt Februar 2013 mit er folgre i cher Rekanalisation (ABSORB Stent, beschichtet), initial mittelschwer eingeschränkte LV-Funktion (35 %) - aktuell ergometrisch keine Ischämiehinweise, bei physisch stark redu zierter Leistungsfähigkeit - LVEF echokardiographisch erhalten (57 %). Keine typische Angina pectoris - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Zügen (ICD-10 F60.9) - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.11)

Aus allgemeinmedizinischer und internistischer Sicht würden keine Ein schrän kungen resultieren. Im Vordergrund stünden die Schmerzen von Seiten des linken Armes und eine gewisse Schmerzgeneralisierung (S. 17 Ziff. 4.1.3) . Als medizinische Massnahmen wurden eine Therapie mit Proto nenpumpen blockern (Pantoprazol) und eine Behandlung der kardiovaskulä ren Risikofak toren aufgeführt (S. 18 Ziff. 4.1.5).

Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, klinisch würden sich die ver schie denen Schmerzen nur teilweise objektivieren lassen. Im Bereich der Hals wirbelsäule beobachte man eine endgradige Bewegungseinschränkung nach links, die Schu lter- Nackenmuskula tur sei nicht vermehrt tonisiert und die radiologisch dokumentierten Veränderungen an der Halswirbelsäule wür den di e demonstrierte Bewegungseinschränkung nicht erklären. Im Bereich der linken Schulter fände sich klinisch ein Impingement mit Verdacht auf Tendinopathie der

Supraspinatussehne. R a diologisch fände

sich am Schulter gelenk keine Pathologie. Am linken Unterarm sei eine endgradige Streckhemmung am linken Ellbogen festzustellen und eine endgradig eingeschränkte Supination. Hinzu komme eine Klopfüberempfindlichkeit des Nervus ulnaris mit Hypästhesie der Fingerkuppen vier und fünf links und einer geringen Minderentwicklung der kleinen Handmuskeln. Insgesamt scheine hier eine posttraumatische Nervus ulnaris-Neuropathie vorzuliegen. Bezüglich der Lumbalregion sei der Befund relativ bland mit Ausnahme einer gewissen muskulären Dysbalance. Palpatorisch scheine eine Piriformis-Tendomyopathie der linken Hüfte nach Kontusion vorzuliegen. Die vom Versicherten geklagten Symptome würden also nur teilweise objektiviert werden können, eine zusätzliche nicht-organische Komponente im Sinne einer psychogenen Überlagerung scheine auch vorzuliegen (S. 24 Ziff. 4.2.5).

Aus diesen Beobachtungen ergebe sich aus rein orthopädischer Sicht eine vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für schwere körperliche und schwere manuelle Tätigkeiten. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in seiner früheren Tätigkeit als Lastwagenchauffeur und Lagerist bestehe seit Austritt aus der Rehaklinik F.____ im März 2003. Bis zur Kündigung im Oktober 2012 habe er noch zu 50 % in diesem Beruf gearbeitet. Diese Tätigkeit dürfte aus rein orthopädischer Sicht aktuell im gleichen Ausmass möglich sein. Leichte bis mittelschwere, den verschiedenen Leiden adaptierte Tätigkeiten seien dem Versicherten vollschichtig möglich. Bereits 2003 sei diese Einschätzung von der Hausärztin geäußert worden. Danach sei es lediglich zu temporären Phasen von Arbeitsunfähigkeit in Folge der Unfälle von 2005 und 2011 gekommen. Retrospektiv sei die Dauer der verschiedenen temporären Arbeitsunfähigkeiten, angestammt sowie adaptiert, nach diesen Unfällen aus der Aktenlage nicht ersichtlich. Es würden die erwähnten Einschätzungen der Hausärztin, Dr. P.____, ab 16. September 2003 gelten (S. 24 f.).

Der kardiologische Gutachter führte aus, dass nach einem akuten Vorderwandinfarkt bei koronarer 1-Gefäss-Erkrankung eine erfolgreiche Rekanalisation (mittlerer RIVA, ABSORB Stent, beschichtet) vorgenommen worden sei. Damals habe der LV-EF Wert um 35 % betragen. Die letzte kardiologische Kontrolle im Herbst 2014 sei unauffällig gewesen (S. 26 Ziff. 4.3.1). Jetzt habe sich der LV - EF

Wert normalisiert. Aktuell bestünden ergometrisch keine Ischämiehinweise (S. 27 Ziff. 4.3.4). Rein kardiologisch bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit, ohne schwere körperliche Anstrengungen mit der Gefahr von Blutdrucksteigerungen (S. 27 Ziff. 4.3.5, S. 41 Ziff. 9). Eine medikamentöse Therapie sei wichtig und korrekt zur Prävention und zur Stabilisierung der LV - EF (S. 27 Ziff. 4.3.7).

Die psychiatrische Gutachterin führte aus, der Versicherte sei unter guten Verhältnissen aufgewachsen und habe eine gute Schulbildung absolvieren können. Dessen Lebenslauf sei jedoch immer wieder durch persönliche Instabilität, beziehungsweise durch äussere Umstände beeinträchtigt worden (S. 33 Ziff. 4.4.5).

1986 sei der Beschwerdeführer in die Schweiz geflohen. Hier habe er anfänglich einen enormen Arbeitseinsatz an den Arbeitsstellen, die er innehatte, gezeigt. 2002 habe er dann einen Arbeitsunfall erlitten, der ihn in seiner Unversehrbarkeit und Allmächtigkeit beeinträchtigt und der sein Gerechtigkeitsgefühl stark beeinträchtigt habe. Der Versicherte habe sich von Arbeitgeber, Vorgesetzten sowie von Ärzten schlecht und ungerecht behandelt gefühlt, hader er mit der Umgebung und habe sein zuvor bestehendes

Größen selbst nie mehr wieder herstellen können. Bereits vor diesem Stillenverlust sei es laut Akten im Leben des Versicherten immer wieder zu Auseinandersetzungen mit Mitmenschen gekommen. So sei im Bericht der Rehaklinik F.____ von 2003 erwähnt, dass es anamnestisch klare Hinweise auf eine Störung der Impulskontrolle gebe. Es habe im August 2001 eine akutenkündige Schlägerei im Wohnhaus des Versicherten nach längeren Auseinandersetzungen mit dem Nachbarn gegeben. Der Versicherte selbst beurteile sich als unruhig und launenhaft. Auch die Trennung von der ersten Ehefrau gebe er als Folge seiner Untreue und seiner charakterlichen Eigenschaften an. In den Schilderungen des Versicherten selbst falle auf, dass er sich immer wieder als Opfer der anderen sehe, dass er trotz offenbar eher überdurchschnittlicher Intelligenz eigene Anteile nur sehr schlecht benennen und reflektieren könne (S. 34).

Der Arbeitsunfall 2002 falle zeitlich zusammen mit grösseren familiären Schwierigkeiten: Damals sei der Sohn durch dissoziales Verhalten aufgefallen und habe offenbar jugendstrafrechtlich platziert werden müssen. Der Versicherte habe sich gegen diese Massnahme gewehrt und in seiner Schilderung sei eine Auseinandersetzung mit dem damals zuständigen Sozialarbeiter der Grund gewesen, dass die Polizei bei ihm zu Hause eindrang und ihn ins Gefängnis mitnahm. Laut Akten sei die Auseinandersetzung mit dem Nachbarn der Grund, weshalb die Polizei ihn festgenommen habe und er 17 Tage in Untersuchungshaft habe verbringen müssen (S. 34 unten).

Auch an den Arbeitsplätzen komme es immer wieder zu Auseinandersetzungen. In der Wahrnehmung des Versicherten gebe es zahlreiche Personen, die ihm geschadet hätten, beziehungsweise hätten schaden wollen. Der Versicherte fühle sich von der Welt und den anderen Menschen immer wieder ungerecht behandelt und habe sich als Kompromiss in eine Identität als chronisch Kranker geflüchtet. Die Unfähigkeit, die eigenen Anteile am Beziehungsgeschehen zu sehen und die Schuld immer bei den anderen zu sehen, würde auf eine Persönlichkeitsstörung hin deuten. Auch die Tatsache, dass der Versicherte immer wieder in gröbere zwischenmenschliche Konflikte verwickelt gewesen sei, dass er sich mit Behörden und Vorgesetzten immer wieder angelegt habe, dass er ein übermässiges Gerechtigkeitsgefühl habe, würden auf eine gestörte Persönlichkeitsstruktur hin deuten (S. 35 oben).

Die Gründe für seine Arbeitsunfähigkeit, die der Versicherte in der aktuellen Untersuchung benenne, seien nicht nachvollziehbar. Er berichte zwar über chronische Kopfschmerzen und früher bestehende Schlafstörungen, die sich jedoch gebessert hätten. Er leide unter Konzentrationsstörungen, die jedoch objektiv in der Untersuchung nicht hätten bestätigt werden können. Es bestehe generell ein Mangel an Motivation und Antrieb. Der Versicherte habe aber auch gesagt, dass er wieder arbeiten wolle, falls er dazu Gelegenheit hätte (S. 35 Mitte).

Eine mittelgradige oder schwere Depression im engeren Sinne könne klinisch nicht diagnostiziert werden. Im Beck'schen Depressionsinventar (BDI) fänden sich 25 von 63 Punkten, was einer leichten depressiven Episode entspreche. Auch klinisch fänden sich aktuell keine Hinweise auf ein schwereres depressives Geschehen. Der Versicherte habe nach eigenen Angaben alle Antidepressiva (Valdoxan) aufgrund von Nebenwirkungen abgesetzt. Auch die Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung seien nicht erfüllt. Die Schmerzen, die der Versicherte angebe, hätten somatische Ursachen, seien jedoch nicht überwertig oder nicht Ausdruck einer Konversion eines innerseelischen Konfliktes (S. 35 unten).

Limitierend für die Arbeitsfähigkeit

sei aus psychischer Sicht die Persönlichkeitsstörung, die einerseits dazu führte, dass der Versicherte immer wieder in massive zwischenmenschliche Probleme gerate, andererseits dazu geführt habe, dass die Identität als Kranker, versehrter zerstörter Mann gefestigt sei und zu einem passiv-aggressiven Verhaltensmuster geführt habe. Allerdings sei hier anzumerken, dass die Persönlichkeitsstörung vorbestehend sei und der Versicherte trotz dieser Persönlichkeitsstörung viele Jahre gearbeitet habe. Sie,

die Gutachter, würden psychosoziale Gründe als gewichtig für die Arbeitsunfähigkeit halten, so die damaligen Konflikte mit dem Sohn, die Stellenverluste aus strukturellen Gründen, und andere IV-fremde Faktoren. Aus psychischen Gründen sei der Versicherte aufgrund seiner Persönlichkeitsproblematik in der freien Wirtschaft leicht eingeschränkt. Limitierend seien dabei seine Probleme im zwischenmenschlichen Bereich. Diese Probleme seien jedoch überwindbar (S. 35 f.). Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung solle weitergeführt werden (S. 37 Ziff. 4.4.7).

Zusammenfassend führten die Gutachter aus, dass bezüglich Konsistenzprüfung erwähnt werden müsse, dass bei der klinischen Untersuchung eine nicht-somatische Komponente aufgefallen sei. Sie sei im Sinne einer Verdeutlichung der Schmerzsymptomatik zu verstehen, was mit der kombinierten Persönlichkeitsstörung erklärt werden müsse (S. 42 Mitte). Gesamthaft beurteilt, unter Berücksichtigung der somatischen und psychischen Aspekte, sei der Versicherte für die angestammte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur/

Magaziner seit November 2002 als zu 50 % eingeschränkt zu beurteilen. Ab diesem Zeitpunkt habe er wieder 50 % gearbeitet (S. 43 Ziff. 10). In einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit sei aus somatischer Sicht seit September 2003 eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben, da damals die Hausärztin Dr. P. ___ eine volle Arbeitsfähigkeit in einem körperlich wenig strengen Beruf als möglich erachtet habe. Die in den psychiatrischen Berichten des A. ___ und auch von Dr. C. ___ genannte depressive Episode sei im Rahmen der im Vordergrund stehenden Persönlichkeitsstörung zu sehen und könne nicht als eigenständige Diagnose angeführt werden. In diesem Sinne sei von psychiatrischer Seite die heute angegebene Arbeitsfähigkeit gültig (S. 44 Ziff. 11). 4.1 3

Dr. med. Q. ___, Facharzt für

Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 6. März

2015 (Urk. 8/91 /4) aus, dass das MEDAS-Gutachten umfassend und schlüssig sei und seit November 2002 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit und seit September 2003 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen sei. 4.1 4

Dr. med. B. ___, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte mit Bericht vom 19. Februar 2016 (Urk. 3) aus, dass der Beschwerdeführer seit Juni 2013 in ihrer Behandlung stehe (S. 1), und nannte folgende, hier gekürzt angeführten Diagnosen (S. 2): - chronisches cervicocephales und cervicovertebrales Schmerzsyndrom - koronare Einasterkrankung - Prostatahyperplasie, Erstdiagnose September 2013 Uroviva - chronische Rhinosinusitis - mittelgradige Depression - Dysfunktion der Meibomdrüsen, Sicca Symptomatik - Hyperopie und Presbyopie

Der Beschwerdeführer habe 2013 einen Herzinfarkt erlitten und müsse dies bezüglich nachkontrolliert werden. Zudem müsse er regelmässig lebenslang Medikamente einnehmen. Nach einer Leistenhernienoperation sei es zu einer schlechten Vernarbung gekommen und der Beschwerdeführer habe seit her chronische Schmerzen in der rechten Leiste. Nach mehreren Verkehrsunfällen leide er an Schmerzen im Kopf und in der gesamten Wirbelsäule. Seit 2013 bestehe eine ausgeprägte Nasenatmungsbehinderung, welche von vier verschiedenen Halsnasenohrenärzten beurteilt und nie zufriedenstellend gelöst werden können. Es bestehe eine Depression. Der Gesundheitszustand habe sich in den letzten drei Jahren verschlechtert, da

die Nasenatmungsbehinderung aufgetreten, es zu einer Schmerzausweitung gekommen sei

und sich die Depression trotz verschiedener Medikationsversuche nicht verbessert

habe (S. 1). Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe in einer sehr leichten, wechselbelastenden Tätigkeit in einem hypoallergenen, trockenen, warmen Umfeld eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 2 oben). 5. 5.1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das interdisziplinäre Gutachten der A.____ (vorstehend E. 4.1 2) die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise

berücksichtigt, es in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet wurde und der konkreten medizinischen Situation Rechnung

trägt. Die Beurteilung leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge ein und die Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung durch die Gutachter der A.____

ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Das Gutachten erfüllt damit die praxismässigen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E.

1. 5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidfindung darauf abgestellt werden kann.

Im Gutachten wurde nachvollziehbar ausgeführt, dass der Beschwerdeführer an einem chronischen zervikobrachialen Schmerzsyndrom links, einer Periarthropathie der linken Schulter, einem residuellen Unterarm-Schmerzsyndrom und einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom leidet so wie dass klinisch ein Verdacht auf ein Piriformis-Syndrom links besteht. Weitere Diagnosen, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, wurden keine genannt.

Die Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für schwere körperliche und schwere manuelle Tätigkeiten erscheint schlüssig. Ebenso die Feststellung, der Beschwerdeführer sei in seiner früheren Tätigkeit als Lastwagenchauffeur und Lagerist seit November 2002 noch zu 50 % arbeitsfähig, hat er doch ab diesem Zeitpunkt wieder zu 50 % als Lagerist gearbeitet. Schliesslich überzeugt auch die Annahme der Gutachter, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit seit September 2003 zu 100 % arbeitsfähig ist. Bereits zu diesem Zeitpunkt ging die Hausärztin Dr. P.____ von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einem körperlich weniger strengen Beruf aus (vgl. vorstehend E. 3.4). Seit her erlitt der Beschwerdeführer zwar mehrere Unfälle, diese hatten jedoch nur kurzzeitige Arbeitsunfähigkeiten zur Folge. 5.2

Nachfolgend ist auf die Einwände des Beschwerdeführers (vorstehend E. 2.2) einzugehen.

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, das orthopädische Teilgutachten sei nicht verwertbar, da sich der Gutachter nicht eingehend mit dem Bericht von Prof. Dr. D.____ vom 14. Oktober 2013 (vorstehend E. 4.9) auseinandergesetzt habe (vorstehend E. 2.2) , kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Zunächst gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht nach der Recht sprechung Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den einschlägigen An forderungen entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennt, solange - wie vor lie gend - keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise spre chen. Demgegenüber stehen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versi cherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesund heits zu standes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte - beziehungsweise regel mässig be handelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) - mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauens stellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behan delnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. das Urteil des Bundes gerichts 8C_1055/2010 vom 1 7. Februar 2011 E. 4.1).

Zudem wurde d er erwähnte Bericht durch den orthopädischen Gutachter be rücksichtigt und floss in dessen Beurteilung ein (vgl. Urk. 8/82/19) .

L etzterer

kam in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit allen vorhandenen Akten und nach Aufnahme des orthopädischen Status nachvollziehbar zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste , leichte bis mittelschwere, den ver schiedenen Leiden adaptierte Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist (vgl. vor steh end E. 4.1 2) . Des Weiteren stellte der orthopädische Gutachter, wie be reits frühere

Ärzte (vgl. vorstehend E. 3.3 und E.

4.3) , fest, dass die vom Be schwerdeführer g eklagten Symptome nur teilweise objektiviert werden kön nen. Schliesslich begründete Prof . D.____ nicht schlüssig, weshalb dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit nur noch während vier Stunden täglich zumutbar sein soll. Er wies primär auf die starken Schmerzen des Beschwerdeführers hin , was indes a ngesichts der von mehre ren Ärzten festgestellten Diskrepanzen zwischen der Schmerzangabe und den objektiven Befunden nicht zu überzeugen

vermag . 5.3

Der B eschwerdeführer bringt vor, auf das allgemeinmedizinische und inter nis tische Teilgutachten könne ebenfalls nicht abgestellt werden, da die Ein schätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf ein ein halb Seiten nicht ansatzweise schlüssig begründet und unter Be rück sichti gung des eingereichten aktuellen Berichtes von Dr. B.____

(vor stehend E. 4.14) nicht nachvollziehbar sei (vorstehend E. 2.2) .

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b).

Ob der vom Beschwerdeführer nach Verfügungserlass eingereichte aktuelle Bericht von Dr. B. ___ vom 19. Februar 2016 (vorstehend E. 4.14) vorliegend Berücksichtigung finden kann, kann letztlich offen bleiben, zumal er nicht geeignet ist, die Diagnosen und Schlussfolgerungen im A. ___ -Gutachten in Zweifel zu ziehen. So enthält der Bericht keine von der Ärztin erhobenen Befunde,

vielmehr nennt sie vorwiegend subjektive Schmerzäusserungen des Beschwerdeführers und fasst dessen Krankengeschichte zusammen. Die verschiedenen Diagnosen wurden nur rudimentär begründet und es wurde nicht genügend dargelegt, wie sie zur Einschätzung einer nur 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gelangt. Wie erwähnt, erfüllt demgegenüber das Gutachten die praxismässigen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen vollumfänglich (vorstehend E. 5.1), insbesondere ist nachvollziehbar dargelegt, dass aus allgemein medizinischer und internistischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden konnte und folglich keine Arbeitsunfähigkeit resultiert. Der Beschwerdeführer vermag demnach auch das allgemein medizinische und internistische Teilgutachten nicht in Frage zu stellen. 5.4

Auch die Einwände zum kardiologischen Teil des Gutachtens (vorstehend E. 2.2) erweisen sich nicht als stichhaltig. Nach dem akuten Vorderwandinfarkt im Jahr 2013 wurde eine erfolgreiche Rekanalisation vorgenommen und bereits die letzte kardiologische Kontrolle im Herbst 2014 war unauffällig. Der Kardiologe konnte ergometrisch keine Ischämiehinweise feststellen. Auch ergab eine Echokardiographie, dass sich die LVEF-Werte im Gegensatz zu 2013, als der Beschwerdeführer einen akuten Vorderwandinfarkt erlitt, normalisiert haben (vgl. vorstehend E. 4.12). Die kardiologische Beurteilung, wonach der Beschwerdeführer ohne schwere körperliche Anstrengungen voll arbeitsfähig sei, ist demnach schlüssig.

5.5

Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, gestützt auf den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. C. ___ vom 27./28. Oktober 2013 (vgl. vorstehend E. 4.10) sei von einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit seit 27. April 2012 auszugehen (vgl. vorstehend E. 2.2).

Der psychiatrische Gutachter nannte

– im Gegensatz zu Dr. C. ___ - keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Nach eingehender Befundaufnahme führte er als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen Zügen sowie eine leichte depressive Episode auf. Die Diagnose des behandelnden Arztes Dr. C. ___, dass eine depressive Episode mittleren, intermittierend auch schweren Grades vorliegen soll, konnte er, unter anderem aufgrund fehlender klinischer Hinweise auf ein schwereres depressives Geschehen, nicht bestätigen. Vielmehr begründete der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar, dass die von Dr. C. ___ und den Ärzten des N. ___

(vorstehend E. 4.7) genannte depressive Episode im Rahmen der im Vordergrund stehen den Persönlichkeitsstörung zu sehen sei und nicht als eigenständige Diagnose angeführt werden könne. Die Persönlichkeitsstörung erachtete er indes eben falls nicht als invalidisierend. Auch eine somatoforme Schmerzstörung konnte vom psychiatrischen Gutachter nicht bestätigt werden. Zudem stellten die Gutachter fest, dass sich im Bericht von Dr. C.____ keine Befunde fänden, welche die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 60-70 % rechtfertigten

(Urk. 8/82 S. 44 oben). Wie erwähnt (vorstehend E. 5.2) ,

gilt es zu beachten, dass das Gericht nach der Rechtsprechung Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den einschlägigen Anforderungen entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennt, solange - wie vorliegend - keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Zudem kommt ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte - beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, nur selten in Frage.

Die Berichte von Dr. C.____ und den Ärzten des N.____ vermögen nach dem Gesagten das schlüssige Gutachten nicht in Frage zu stellen. 5. 6

Zusammenfassend ist fest zu halten, dass sich die Einwände des Beschwerdeführers als nicht stichhaltig erweisen. Das A.____ -Gutachten genügt den recht sprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Beweisgrundlage vollumfänglich, weshalb darauf abzustellen ist.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 8) erfolgt sodann eine Gesamtbeurteilung der in den einzelnen Fachgebieten festgestellten Arbeitsunfähigkeiten, nicht jedoch eine Addition der Einschränkungen (Urteil des Bundesgerichts I 314/03 vom 17. November 2003, E. 4.2).

Der medizinische Sachverhalt ist somit dahingehend erstellt, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur/

Magaziner seit November 2002 zu 50 % und in einer angepassten Tätigkeit seit September 2003 voll arbeitsfähig ist. 6 . 6.1

Die Beschwerdegegnerin ist beim Einkommensvergleich von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen und ermittelte

- unter Gewährung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % vom statistischen Tabellenlohn - einen Invaliditätsgrad von 7 %. Bis auf die Höhe des leidensbedingten Abzuges erhob der Beschwerdeführer keine Einwände gegen den Einkommensvergleich.

Auf den Einkommensvergleich kann vorliegend abgestellt werden. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers erscheint ein leidensbedingter Abzug von 10 % als angemessen . Im Übrigen würde selbst bei einem maximalen Abzug von 25 % ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren. 6.2

Nach dem Gesagten

erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 8 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung 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 Keller

E. 7

) die Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 15. Juni 2016 wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung und unentgeltliche Prozessführung (vgl. Urk. 1 S. 2) abgewiesen und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zur Kenntnis gebracht (Urk. 13).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 3

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 aus gleichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Validen einkommen). 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). 1. 4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 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. 012

auszugehen (S. 5 ff. Ziff. 4.4). Weshalb der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sein sollte, wurde nicht schlüssig und nachvollziehbar begründet. Gestützt auf die Einschätzung von Prof. Dr. med. D. ___ sei von einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen. Das orthopädische Teilgutachten habe sich offensichtlich nicht eingehend mit dem Bericht von Prof. Dr. D. ___ auseinandergesetzt und müsse daher als nicht verwertbar erachtet werden (S. 7 f. Ziff. 4.5). Ein Leidensabzug von 25 % erscheine angemessen. Die verschiedenen Teilarbeitsunfähigkeiten seien zu addieren. Insgesamt ergebe sich ein offensichtlicher Invaliditätsgrad von 100 % (S. 8 Ziff. 5).

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