

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00511 vom 16. August 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00511](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00511)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00511 du 16 août 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00511 del 16 agosto 2018

## 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 All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ). Sie kann Folge von Ge burtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beein trächtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommen den ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesund heitlichen 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 einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier tels rente , 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. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Renten be zügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tat sächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen . Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidier bar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hin weisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3).

Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesund heitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revi sionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des

Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Ein spracheentscheid , welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Verfügung verzichtbar, wenn bei einer von Amtes wegen durchgeführten Revision keine leistungs be ein flussende Änderung der Verhältnisse festgestellt wurde (Art. 74 ter

lit . f der Ver ord nung über die Invalidenversicherung, IVV ) und die bisherige Invalidenrente daher weiter ausgerichtet wird. Wird auf entsprechende Mitteilung hin keine Verfügung verlangt (Art. 74 quater IVV), ist jene in Bezug auf den Vergleichs zeitpunkt einer (ordentlichen) rechtskräftigen Verfügung gleichzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_771/2009 vom 10. September

2010 E. 2.2 und 9C\_586/2010 vom 15. Oktober 2010 E. 2.2 mit Hin weisen).

#### **E. 1.4**

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 Vor akten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 2**

Hiergegen liess der Versicherte, neu vertreten durch lic . iur . Y.\_\_\_\_, am 2. Mai 2016 Beschwerde (Urk. 1) erheben mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere sei die Rente zu erhöhen. Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 6. Juli 2016 (Urk. 9) liess der Versicherte im Wesentlichen seine Anträge bestätigen. Mit Schreiben vom 25. Juli 2016 (Urk. 12) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik, was dem Beschwerdeführer am 26. Juli 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen (Urk. 10/1) wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das Gutachten der A.\_\_\_\_ vom 8. September 2015 auf den Standpunkt, dem Beschwerdeführer sei die bisherige Tätigkeit als Chauffeur aus medizinischer Sicht seit August 2013 nicht mehr zumutbar. Eine angepasste, körperlich leichte , überwiegend sitzende Tätigkeit sei ihm aber noch unter gewissen Auflagen zu 50 % zumutbar. Dies ergebe im Ergebnis einen Invaliditätsgrad von 53 %, was weiterhin den Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente begründe (Urk. 2 S. 2).

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, sein Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Rentenrevision im Jahre 2010 verschlechtert. Es bestünden fort geschrittene degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, neu eine koronare Herzkrankheit und nach wie vor ein obstruktives Schlafapnoesyndrom. All dies wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus (vgl. Urk. 1 Rz 7). Es seien zudem neben den physischen neu psychische Beschwerden hinzugekommen. Ausserdem leide er seit der Herzoperation an einer Schwindelproblematik, die nicht weiter abgeklärt worden sei. Das Gutachten sei diesbezüglich nicht schlüssig und nachvollziehbar (vgl. Urk. 9 Rz 4). Ferner sei er mit der Invaliditätsbemessung nicht einverstanden. Gestützt auf den Bericht seiner Arbeitgeberin (Urk. 10), sei von einer 20%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, welche unter Berücksichtigung seines Alters auf dem freien Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar sei (Urk. 9 Rz 14-22). Im Übrigen seien das Valideneinkommen nicht richtig berechnet und ein Tabellenlohnabzug vom Invalideneinkommen ungerechtfertigterweise nicht gewährt worden (Urk. 1 Rz 8, Urk. 9 Rz 3, Urk. 9 Rz 10-13, Urk. 9 Rz 23-30). Insgesamt ergebe sich daher ein Anspruch auf eine höhere Rente.

### **E. 3.1**

Die letzte Rentenprüfung wurde mit der schriftlichen Mitteilung vom 7. Mai 2010 (Urk. 7/70) abgeschlossen, mit welcher keine rentenrelevanten Änderungen

und dementsprechend weiterhin ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente fest gestellt wurden. Es lag ihr der Bericht der behandelnden Hausärztin Dr. med. D. \_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, vom 7. April 2010 zu Grunde (Urk. 7/68/5). In ihrem Bericht stellte sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronisches thorakospondylogenes Syndrom: - bei Fehlhaltung und Fehlförmigkeit der Wirbelsäule - Status nach Brustwirbelkörper (BWK) 4 Deckplattenimpressionsfraktur seit März 1993 - Rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom durch Fehlbelastung und Schonhaltung - Leichte neurosensorielle Schwerhörigkeit beidseits mit Begleittinnitus

beidseits - Obstruktives Schlafapnoesyndrom schweren Grades. Weiter führte sie aus, der Beschwerdeführer arbeite zu 50 % als Chauffeur eines Reiseunternehmens, wobei er Touristen vom Flughafen zum Hotel bringe oder sie auf kleine Städteausflüge begleite. Wegen der kleinen Distanzen könne er immer wieder Pausen einlegen, was seine chronischen Rückenschmerzen lindere (Urk. 7/68/5). Er klagte über vermehrte Schmerzen, reduzierte Konzentrationsfähigkeit, erhöhte Tagesmüdigkeit und depressive Verstimmungen. Dies wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus, indem die Gefahr eines Unfalles steige (Urk. 7/68/2). Die Nachtruhe sei durch sein schweres Schlafapnoesyndrom und trotz Continuous-Positive-Airway-Pressure-Therapie (CPAP-Therapie) gestört. Infolge des schweren Schlafapnoesyndroms werde er einmal pro Jahr kontrolliert, um zu überprüfen, ob er als Chauffeur überhaupt noch arbeiten dürfe. Ein Pensum von 50 % könne der Beschwerdeführer seit 1. Juni 1993 bewältigen (Urk. 7/68/2; Urk. 7/68/5-6.). Ein höheres Pensum würde seine Arbeit als Chauffeur jedoch gefährden, weil dann die zunehmenden Schmerzen seine Konzentration und die Schlafqualität massiv beeinträchtigen würden. Er könne überdies auch in einer angepassten Tätigkeit kaum mehr als 50 % arbeiten, weil er auf regelmässige Pausen (sich hinlegen und dazwischen schlafen) angewiesen sei (Urk. 7/68/5-6).

### **E. 3.2**

Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 21. März 2016 präsentierte sich die Aktenlage wie folgt:

### **E. 3.2.1**

Im Januar 2013 erlitt der Beschwerdeführer einen Herzinfarkt, worauf eine Sternotomie im Rahmen eines fünffachen AC-Bypasses durchgeführt wurde. Im Bericht vom 18. Juli 2013 (Urk. 7/85) erklärte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und neuer Hausarzt des Beschwerdeführers, der Gesundheitszustand habe sich seit mindestens Anfang 2013 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verschlechtert. Er erhob folgende Diagnosen: - Koronare Herzkrankheit mit Status nach Infarkt und Sternotomie im Januar 2013 - Hochgradige sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits - Unklare Schwindel mit der Differentialdiagnose von Panikattacken. Aufgrund der genannten Diagnosen könne der Beschwerdeführer seine Arbeit als Carchauffeur nicht mehr ausüben. Die Mithilfe beim Verladen des Gepäcks sei nicht mehr möglich. Die Fahrtüchtigkeit müsse wegen der verschiedenen Beeinträchtigungen sicher überprüft werden. Die Schwindelattacken würden ein Risiko für unkontrollierte Reaktionen darstellen. Der Beschwerdeführer sei daher mindestens seit Januar 2013 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/85).

### **E. 3.2.2**

Im Bericht vom 5. Juli 2013 erklärte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, dass keine Anhaltspunkte für einen benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel oder eine peripher-vestibuläre Störung vorliegen würden. Allenfalls seien der Schwindel und das Globusgefühl cervico gener Natur (Urk. 7/86/12-13).

### **E. 3.2.3**

Im Bericht von 9. August 2013 (Urk. 7/86) bestätigte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, die Diagnose einer koronaren Herzkrankheit mit fehlenden Hinweisen für eine Ischämie und normaler linksventrikulärer Auswurfraction von 60 % (vgl. Urk. 7/140/2). Als kardiovaskuläre Risikofaktoren nannte er Nikotin, Dyslipidämie, arterielle Hypertonie und Adipositas (Urk. 7/86/9). Ausserdem bestätigte er ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, ein exazerbiertes Thorakovertebralsyndrom und die unklaren Schwindelbeschwerden (Urk. 7/86/5, Urk. 7/86/9). Die bisherige Tätigkeit sei aus kardiologischer Sicht noch zumutbar, zumal die Prognose bezüglich der koronaren Herzkrankheit grundsätzlich günstig sei. Aus kardiologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Belastbarkeit und Berufstauglichkeit (Urk. 7/86/6-7).

### **E. 3.2.4**

Am 15. November 2013 berichtete die behandelnde Rheumatologin, Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, über die ambulante Behandlung seit dem 27. Januar 2009 (Urk. 7/94/7). In ihrem Bericht (Urk. 7/94/7-10) hielt sie nebst den bereits erwähnten Diagnosen in rheumatologischer Hinsicht ein Poststernotomie-Schmerzsyndrom bei Pseudarthrose am Manubrium sterni sowie am Xiphoid, ein chronisches thorakospondylogenes Schmerzsyndrom, eine Rotatorenmanschettenruptur rechts und Gonarthrosen rechtsbetont fest (Urk. 7/94/7). Der Beschwerdeführer sei seit dem 25. Januar 2013 bis auf Weiteres 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/94/8).

### **E. 3.2.6**

Im Bericht vom 27. März 2015 (Urk. 7/140/48-52) bestätigte der Kardiologe Dr. G.\_\_\_\_ seine früheren Angaben (vgl. Urk. 7/86) und erläuterte, dass keine Hinweise für eine Myokardischämie bestünden. Die Thoraxschmerzen seien sicher nicht ischämischer, sondern muskulärer Natur. Im Übrigen bestünden nach wie vor unklare, möglicherweise vestibuläre Schwindelbeschwerden.

### **E. 3.2.7**

Am 8. September 2015 wurde das polydisziplinäre Gutachten der A.\_\_\_\_ in den Bereichen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie und Neurologie erstattet (Urk. 7/140). Die Gutachter erhoben folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/140/16-17): - Thorakospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.0) bei/mit: - Computertomographie (CT) der Brustwirbelsäule (BWS) im September 2013: ausgeprägte ventrale Spondylose - Rx BWS Kyphose 69°, Osteochondrosis intervertebrales, Spondylose - Lumbozervikales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.4) bei/mit: - Röntgen HWS vom 17. Juni 2015: Spondylose und Osteochondrose, Verkalkung des vorderen Längsbandes, atlantoaxialer und atlantodentaler Arthrose - Poststernotomie -Pseudoarthrose AC-Gelenke sowie Xiphoid - Rx Sternum vom 17. Juni 2015: AC-Gelenk und Sterno k lavi k ulargelenk

Arthrose - Status nach Sternotomie mit 7 Sternalzerklagen, dabei Bruch der 2. Zerklage von kranial - Rotatorenmanschettenruptur rechts - Lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom - Gonarthrose rechtsbetont - Koronare Herzkrankheit - Status nach Myokardrevaskularisation durch fünffach-Bypassoperation im Januar 2013 bei koronarer Herzkrankheit mit akutem Koronarsyndrom - gutes postoperatives Resultat - Myokard-Szintigraphie im Februar 2014 ohne Hinweise für Ischämie oder Narben - ohne Hinweise für Ischämie - normale Ejektionsfraktion (EF) von 60 % - leichte Hypo- bis Akinesie inferobasal und inferoapikal - persistierende sternale Narbenschmerzen - Kardiovaskuläre Risikofaktoren (cvRF): Status nach Nikotin, Dyslipidämie, Diabetes mellitus, Typ II, Adipositas - Obstruktives Schlafapnoesyndrom - CPAP-Therapie.

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Verdacht auf Agoraphobie (ICD-10 F40.0) - Rezidivierende Nephrolithiasis - Inguinalhernien beidseits - Leichte neurosensorielle Schwerhörigkeit beidseits mit Begleittinnitus

beidseits.

Im rheumatologischen Fachgutachten vom 17. Juni 2015 (Urk. 7/140/13-15) gab der Beschwerdeführer an, unter diversen Schmerzen am ganzen Körper zu leiden. Als Hauptschmerzen bezeichnete er jene im Bereich der AC-Gelenke und im Bereich des Xiphoids, welche im Rahmen der Herzoperation aufgetreten seien. Als weiteren Schmerzfokus nannte er Schmerzen im Bereich der Adduktoren muskulatur (Urk. 7/140/36-37). PD Dr. med.

und Dr. phil. J.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, stellte degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule und des Sternums fest. Hinzu kämen degenerative Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette und der Knie. Führend bei den Symptomen und bei der funktionellen Beeinträchtigung seien die Brust- (BWS) und die Halswirbelsäule (HWS) mit ausgeprägten Spondylophyten, welche

nachvollziehbar, vor allem bei der Flexion der BWS, z.B. beim längeren Sitzen, schmerzhaft seien. Als ungünstige Konstellation sei seit der letzten Begutachtung eine Poststernotomie -Arthrose der AC-Gelenke sowie des Xiphoids hinzugekommen. Dies sei ungünstig, da das Sternum funktionell mit der BWS zusammenspielen und sich die degenerativen Veränderungen damit potenzieren würden. Durch die AC-Gelenkarthrose sei auch die Bewegung der Arme schmerzhaft eingeschränkt, insbesondere rechts, da hier auch eine Rota torenmanschettenruptur vorliege. Somit habe sich seit der letzten Begutachtung der Gesundheitszustand aus muskuloskelettaler Sicht verschlechtert. Die Rota torenmanschettenruptur scheine nur partiell zu sein, ebenso stünden die Gonarthrose rechts und die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) nicht im Vordergrund (Urk. 7/140/39). Die aktuelle Klinik im Bereich der Knie sei nicht vollständig mit dem Befund einer Gonarthrose vereinbar. Es scheine sich in erster Linie um eine muskuläre Problematik im Bereich der Adduktoren zu handeln. Eine Erkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis liege nicht vor. Seit der letzten Begutachtung sei es zu einer Verschlechterung der Symptome, insbesondere durch die neuen arthrotischen Veränderungen im Bereich des Sternums und der AC-Gelenke gekommen (Urk. 7/140/40). In der ange stammten Tätigkeit als Chauffeur bestehe wegen der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer optimal adaptierten Tätigkeit wäre hingegen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit denkbar. Allerdings bestünden hier massgebliche funktionelle Einschränkungen. Die Tätigkeit müsse überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit zu regelmässigen Pausen alle 30 Minuten ausgeübt werden können. Die Arbeit müsse vor allem im Bereich der rechten Schulter keine repetitiven Bewegungen beinhalten. Arbeiten über Kopf, gebückt oder in kniender Haltung seien nicht möglich (Urk. 7/140/40).

Was die Schwindelproblematik anbelangt, so hielten die begutachtenden Neurologen Dr. med. K.\_\_\_\_ und Dr. med. et phil. L.\_\_\_\_, Fachärzte für Neurologie, im neurologischen Fachgutachten vom 17. Juni 2015 (Urk. 7/140/15-16) fest, der Beschwerdeführer habe seit der Herz-Operation über eine solche Problematik geklagt. Hierbei komme es bei schnellem Positionswechsel zu einem kurzanhaltenden diffusen Schwindelgefühl, mit zum Teil Schwarzwerden vor den Augen. Klinisch würden keine Anhaltspunkte für eine zentrale Ursache der Schwindelproblematik vorliegen und es sei am ehesten von einer orthostatischen Genese auszugehen. Es sei daher auf das internistische beziehungsweise auf das Gesamtgutachten zu verweisen (Urk. 7/140/16). Ferner seien in der klinisch-neurologischen Untersuchung keine fokale neurologischen Defizite objektivierbar gewesen (Urk. 7/140/45).

Im psychiatrischen Fachgutachten vom 18. Juni 2015 stellte Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine psychiatrische Diagnose fest, welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten beeinträchtige (Urk. 7/140/12-13, Urk. 7/140/28-35). Es könne davon ausgegangen werden, dass der Versicherte zeitnah zur chirurgischen Versorgung seiner koronaren Herzkrankheit eine Angstsymptomatik entwickelt habe, welche inzwischen unter laufender psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung rückgängig sei (Urk. 7/140/34).

In der Gesamtbeurteilung erklärten die Gutachter unter dem Titel „Veränderung der gesundheitlichen Situation bzw. heutige gesundheitliche Situation“, aus rheumatologischer Sicht bestehe unverändert ein thorakospondylogenes, lumbospondylozervikales und lumbospondylozervikales Schmerzsyndrom. Neu sei eine Poststernotomie-Pseudoarthrose der

AC-Gelenke sowie des Xiphoids, eine Rotatormanntaschenruptur rechts sowie eine Gonarthrose rechtsbetont. Zudem sei beim Beschwerdeführer im Januar 2013 bei neu diagnostizierter koronarer Herzkrankheit mit akutem koronarem Syndrom eine Myokardrevaskularisation mit einem fünf-fach-Bypass durchgeführt worden. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe aufgrund der chronisch-koronaren Herzkrankheit mit normaler links ventrikulärer Funktion und ergonomisch fehlenden Hinweisen für das Vorliegen einer Ischämie eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte und intermittierend mittelschwere Tätigkeiten (Urk. 7/140/17-18).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass sowohl aus rheumatologischer (Urk. 7/140/15) als auch internistischer Sicht (Urk. 7/140/18) in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Jedoch sei für sämtliche körperlich leichten Verweisungstätigkeiten, überwiegend im Sitzen ausübend, mit der Möglichkeit, alle 30 Minuten eine Pause einzuschalten, ohne repetitive Bewegungen im Bereich der rechten Schulter, ohne Arbeiten über Kopf, gebückt oder in kniender Haltung, ohne berufsmässiges Führen eines Fahrzeugs und ohne Tätigkeiten an gefährlichen Maschinen oder in absturzgefährdeter Höhe eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 % gegeben. An der zu 50 % zumutbaren Restarbeitsfähigkeit in einer dem körperlichen Leiden optimal adaptierten Verweisungstätigkeit habe sich wohl seit dem Zeitpunkt der initialen Rentenzusprache im Jahre 1994 nichts geändert (Urk. 7/140/18). Aus psychiatrischer (Urk. 7/140/13) und neurologischer Sicht (Urk. 7/140/16) würden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vorliegen.

### **E. 3.2.8**

Im Bericht vom 18. Februar 2016 (Urk. 7/158) nannte die behandelnde Rheumatologin Dr. H.\_\_\_\_ im Wesentlichen dieselben Diagnosen wie im A.\_\_\_\_-Gutachten (Urk. 7/140/16-17), wobei sie zusätzlich noch rezidivierende Schwindelattacken unklarer Ätiologie auflistete (Urk. 7/158/8). Sie führte an, der Beschwerdeführer dürfe nur Tätigkeiten mit wechselnder Körperhaltung, ohne besonderen Zeitdruck, mit zusätzlichen Pausen alle 30 Minuten, abwechselnd im Gehen, Stehen und Sitzen verrichten. Die Arbeitsleistung sei zudem herabgesetzt, weil der Beschwerdeführer in der Gebrauchsfähigkeit seiner Sinnesorgane eingeschränkt sei. Er könne aber eine Bildschirmarbeit – eingeschränkt wegen der rechten Schulter und der Halswirbelsäule oder eine Arbeit am Arbeitsplatz ohne Hilfe anderer Personen verrichten (Urk. 7/158/10). Eine angepasste Arbeit, die leichte wechselbelastende und vorwiegend im Sitzen auszuübende Tätigkeiten umfasse, die nicht repetitiv seien, keine Schulterbelastungen beinhalten würden und nicht über Kopf sowie nicht kniend zu verrichten seien, könne der Beschwerdeführer in einem Pensum von 4 Stunden mit Pausen alle 30 Minuten ausüben. Der Grad der Leistungsminderung betrage 50 % und bestehe seit Januar 2013 (Urk. 7/158/11). 4.

#### 4.1

Das polydisziplinäre A.\_\_\_\_-Gutachten vom 8. September 2015 (Urk. 7/140, Urk. 7/140/41-46) basiert auf fachärztlichen Untersuchungen vom 15. bis 18. Juni 2015 (Urk. 7/140/3). Diese gründeten auf den Ergebnissen von Labor- und Röntgenuntersuchungen vom 17. Juni 2015 (Urk. 7/140/11-12, Urk. 7/140/38), den zur Verfügung gestellten Vorakten (Urk. 7/140/3-8) und einer sorgfältigen Anamnese- und Befunderhebung (Urk. 7/140/9-12, Urk. 7/140/29-33, Urk. 7/140/36-38, Urk. 7/140/42-44). Das Gesamtgutachten beantwortet die gestellten Fragen (Urk. 7/140/19-20). 4.2

Aus dem Gutachten ergibt sich überzeugend und nachvollziehbar, dass in rheumatologischer Hinsicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist, indem zu den nach wie vor bestehenden Rückenschmerzen eine Pseudarthrose der AC-Gelenke und des Xiphoids hinzugekommen sind. Der rheumatologische Gutachter legte einleuchtend dar, dass dadurch das längere Sitzen und die Bewegung der Arme schmerzhaft eingeschränkt sind. Dass er der Rotatorenmanschettenruptur und den Gonarthrosen keine massgeblichen Auswirkungen beimass, vermag angesichts der klinischen Untersuchungsergebnisse ebenfalls zu überzeugen. Das Gleiche gilt für die Feststellung, die Herzkrankheit mit normaler linksventrikulärer Funktion und ohne Hinweis auf das Vorliegen einer Ischämie wirke sich aus kardiologischer Sicht nicht zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit aus. Die vom Beschwerdeführer geklagten unklaren Schwindelbeschwerden wurden bereits von Dr. E. \_\_\_ im Bericht vom 18. Juli 2013 (Urk. 7/85) erhoben, damals verbunden mit der Differenzialdiagnose einer Panikattacke. Der kardiologische A. \_\_\_ -Gutachter diagnostizierte ebenfalls unklare Schwindelbeschwerden, die er, ohne eine entsprechende Untersuchung vorgenommen zu haben, als möglicherweise vestibulär, das heisst auf den Gleichgewichtssinn zurückführend, bezeichnete (Urk. 7/140/48). In der Folge wurde der Beschwerdeführer neurologisch untersucht (Urk. 7/140/41-46). Gegenstand der neurologischen Begutachtung war in erster Linie die Frage, ob die geklagten Rückenschmerzen auf eine neurologische Ursache zurückzuführen seien, was verneint wurde. Auf grund der Schilderung des Beschwerdeführers, der Schwindel trete insbesondere bei schnellen Positionswechseln auf, konnten die neurologischen Gutachter eine zentrale Ursache für die Schwindelbeschwerden ausschliessen und erachteten eine orthostatische Genese als am wahrscheinlichsten. Da sie dem Schwindel keinen Krankheitswert beimassen, führten sie ihn bei den Diagnosen nicht auf. Es ist somit folgerichtig, dass die Schwindelproblematik auch im Gesamtgutachten nicht als Diagnose erscheint, unabhängig davon, dass die neurologischen Gutachter auf das Gesamtgutachten verwiesen hatten. Immerhin ist darauf hinzuweisen, dass die Schwindelbeschwerden bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt wurden, indem sowohl Tätigkeiten an gefährlichen Maschinen als auch solche in absturzgefährdeter Höhe als unzumutbar eingestuft wurden (Urk. 7/140/18). Weitere Abklärungen über die Ursache des Schwindels, soweit nicht auf das neurologische Teilgutachten abgestellt werden will, sind daher nicht erforderlich. Der Umstand, dass der kardiologische Teilgutachter den Beschwerdeführer als in psychisch schlechter Verfassung erlebte (Urk. 7/140/49), der psychiatrische Gutachter hingegen keine Diagnosen mit Krankheitswert und Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhob (Urk. 7/140/33), stellt keinen Widerspruch dar. Auch im Rahmen der psychopathologischen Befunderhebung gab der Beschwerdeführer seine Grundstimmung als anhaltend herabgesetzt an, ohne dass sich jedoch psychische Defizite objektivieren liessen. Dementsprechend kam der psychiatrische Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführer befinde sich seit der als kränkend erlebten Kündigung der Arbeitsstelle in einer psychosozialen Belastungssituation, die zwar nicht zu einer relevanten krankhaften Symptomatik geführt, jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit eine übermässige Identifizierung mit der Krankenrolle bewirkt habe (Urk. 7/140/34).

Ferner bringt der Beschwerdeführer gegen das neurologische und das psychiatrische A. \_\_\_ -Gutachten vor, sie würden ihm keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit attestieren, wenngleich Dr. I. \_\_\_ in ihrer verkehrsmedizinischen Begutachtung zum Schluss gelange, die kognitive Fahreignung als Chauffeur sei aus verkehrspsychologischer Sicht klar negativ zu bewerten (Urk. 7/115/5). Dies impliziere doch eine beträchtliche

Beeinträchtigung aus neuropsychologischer Sicht, welche den Gutachtern offensichtlich entgehe (Urk. 9 Rz 5). Der Beschwerdeführer übersieht hier, dass sich die Äusserung von Dr. I.\_\_\_\_ auf die 1. und 2. medizinische Gruppe, d.h. höhere Fahrkategorien wie z.B. Car fahren bezieht. Eine beträchtliche Beeinträchtigung aus neuropsychologischer Sicht für weniger fordernde Hilfsarbeiten lässt sich daraus nicht herleiten. Auch eine Einschränkung aus psychiatrischer Sicht drängt sich dadurch nicht auf.

Zusammenfassend erfüllt das A.\_\_\_\_-Gutachten die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) in den wesentlichen Punkten. Es ist darauf abzustellen und von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, überwiegend im Sitzen auszuübenden Tätigkeit auszugehen, bei der der Beschwerdeführer die Möglichkeit hat, alle 30 Minuten eine Pause einzuschalten und die die übrigen im A.\_\_\_\_-Gutachten festgehaltenen Merkmale (Urk. 7/140/18) aufweist.

Der Bericht von N.\_\_\_\_ vom O.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer auf freiwilliger Basis im Bereich Hauswirtschaft arbeitet (vgl. Urk. 10/1), wonach lediglich eine 20%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 9 Rz 18-19), vermag die Zuverlässigkeit der A.\_\_\_\_-Begutachtung nicht in Frage zu stellen. Diese ist lege artis durch einen Facharzt erfolgt, erscheint nach dem vorhin Gesagten schlüssig und geniesst dementsprechend einen höheren Beweiswert als ein Bericht, der ohne ärztliche Beurteilung der Zumutbarkeitsgrenze den tatsächlichen Einsatz des Beschwerdeführers schildert. Da sich N.\_\_\_\_ im erwähnten Bericht geäußert hat, ist ihre Zeugenaussage (Urk. 9 Rz 20) nicht erforderlich. 4.3

Da dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Chauffeur nicht mehr zumutbar ist, liegt ein Revisionsgrund vor.

Zu prüfen ist, ob die Invaliditätsbemessung gestützt auf die im A.\_\_\_\_-Gutachten attestierte Restarbeitsfähigkeit von 50 % in einer dem körperlichen Leiden optimal adaptierten Verweisungstätigkeit korrekt erfolgt ist.

## **E. 5**

In der verkehrsmedizinischen Begutachtung des Instituts für Rechtsmedizin vom 20. November 2014 (Urk. 7/115) hielt Dr. med. I.\_\_\_\_, Oberärztin und Verkehrsmedizinerin der Schweizerischen Gesellschaft für Rechtsmedizin (SGRM), aus verkehrsmedizinischer Sicht eine Herzkreislauferkrankung, ein Schlafapnoesyndrom sowie Beschwerden im Bewegungsapparat fest. Die beschriebenen Schwindelbeschwerden hätten während der verkehrsmedizinischen Abklärung nicht bestätigt werden können (Urk. 7/115/5). Der Beschwerdeführer sei Führerausweisinhaber der 1., 2. und 3. medizinischen Gruppe (Urk. 7/115/4). Die Führerausweisinhaber der medizinischen Gruppe 1. und 2. verfügen über die Bewilligung zum berufsmässigen Personentransport (BPT; Führerausweiskategorien D, C, C1 und D1) und jene der 3. medizinischen Gruppe über die Bewilligung zur Führung der übrigen Motorfahrzeuge (Führerausweiskategorien A, B, A1, B1, F, G, M; vgl. Anhang 1 der Verordnung über die Zulassung von Personen und Fahrzeugen zum Strassenverkehr [Verkehrszulassungsverordnung, VZV] in der bis 1. Juni 2015 gültigen Verfassung). Aus verkehrsmedizinischer und-psychologischer Sicht könne aufgrund der Befunde von einer knapp ausreichenden verkehrsrelevanten Leistungsfähigkeit in der 3. Medizinischen Gruppe ausgegangen werden. Die Befunde würden für eine grundsätzlich intakte Reaktionsfähigkeit, eine genügende Konzentrationsleistung und eine weitgehend intakte reaktive Belastbarkeit sprechen. Es

seien keine Hirnleistungsdefizite feststellbar. Anders sei es für die höheren Fahrkategorien der 1. und 2. medizinische Gruppe: aufgrund der teilweise im unteren Durchschnittsbereich liegenden erzielten Werte sei die kognitive Fahreignung für diese beiden Gruppen klar negativ zu bewerten (Urk. 7/115/5-6). In der Zwischenzeit habe der Beschwerdeführer auf die Führerausweise der beiden letztgenannten Gruppen freiwillig verzichtet (Urk. 7/115/4).

### **E. 5.1**

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 ausgleichender 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. 5.2**

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 rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserslass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.1).

Gemäss Art. 88a Abs.

2 IVV ist bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen oder bei einer Zunahme der Hilflosigkeit oder Erhöhung des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes

oder Hilfebedarfs die anspruchsbeeinflussende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat. Art. 29 bis IVV ist sinngemäss anwendbar.

Der fallführende Gutachter, Prof. Dr. P.\_\_\_\_, bezieht sich zur Begründung des Zeitpunkts des Beginns der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf die angeblich im 9. August 2013 erstmals gestellte Diagnose eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms (vgl. Urk. 7/140/18). Das Schlafapnoesyndrom wurde jedoch bereits am 7. April 2010 durch Dr. D.\_\_\_\_ festgehalten (vgl. Urk. 7/140/4, Urk. 7/68/5). Darauf kann zur Bestimmung des Zeitpunkts des Beginns der allenfalls anspruchsrelevanten Änderung daher nicht abgestellt werden. Da die angestammte Tätigkeit aus gutachterlich-rheumatologischer Sicht wegen der AC-Gelenkarthrose und der Rotatorenmanschettenruptur rechts nicht mehr zumutbar ist (vgl. Urk. 7/140/40) und die Rotatorenmanschettenruptur bereits im Bericht der behandelnden Rheumatologin vom 15. November 2013 erwähnt ist (vgl. Urk. 7/94/7-8), ist zur Bestimmung des Zeitpunkts der möglicherweise anspruchsbeeinflussenden Änderung auf diesen Bericht abzustellen. Darin wird aufgrund der rheumatologischen Gegebenheiten

eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 25. Januar 2013 festgehalten (vgl. Urk. 7/94/8). Unter Berücksichtigung der 3-monatigen Wartezeit wäre eine anspruchsrelevante Änderung damit grundsätzlich ab April 2013 zu beachten.

Gemäss Art. 88 bis Abs. 1 lit. a IVV erfolgt die Erhöhung der Renten – sofern der Versicherte die Revision verlangt – von dem Monat an, in dem das Revisionsbegehren gestellt wurde. Der Beschwerdeführer hat am 25. Juni 2013 das Gesuch um Erhöhung der Rente eingereicht (Urk. 7/81). Die allfällige Erhöhung des Rentenanspruchs ist folglich ab Juni 2013 möglich, so dass dem Einkommensvergleich die hypothetischen Einkommensverhältnisse des Jahre 2013 zu Grunde zu legen sind.

### **E. 5.3**

Vorweg stellt sich die Frage der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

#### **E. 5.3.1**

Der Beschwerdeführer lässt diesbezüglich geltend machen, ihm sei keine leidens angepasste Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 9 Rz 21). Es müssten sein fortgeschrittenes Alter und die Umstände des Einzelfalls berücksichtigt werden (Urk. 9 Rz 14-15). Ein Arbeitsversuch und der Bericht von N.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 10) würden belegen, dass keine Chance auf eine 50%ige Tätigkeit auf dem realen Arbeitsmarkt, sondern lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 20 % bestehe (Urk. 9 Rz 19). Dieses 20%ige Arbeitspensum sei unter Berücksichtigung seines Alters auf dem Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar (Urk. 9 Rz 21).

#### **E. 5.3.2**

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

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 realistischerweise 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). Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (Urteil des Bundesgerichts 9C\_734/2013 vom 13. März 2014 E. 2.1 mit Hinweisen).

Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt auch davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Die im gesamten Bereich des Sozialversicherungsrechts geltende Schadenminderungspflicht und die daraus abgeleitete Selbsteingliederungslast gebieten grundsätzlich, die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit möglichst früh zu beantworten.

Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-)

Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.3). Gemäss BGE 138 V 457 E. 3.4 steht die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3.1).

### **E. 5.3.3**

Eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung war möglich, nachdem die A.\_\_\_\_ am 8. September 2015 ihr den Anforderungen an die Beweiskraft (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügendes Gutachten (vgl. Urk. 7/140) erstattet hat. Der Beschwerdeführer war Ende September 2015 59 Jahre und etwas mehr als einen Monat alt. Er hätte bis zum Erreichen des ordentlichen AHV-Alters noch mit einer Aktivitätsdauer von 5 Jahren und etwa 10 Monaten in einer leidensangepassten Tätigkeit zu rechnen gehabt, wenn er ab Oktober 2015 auf eine zumutbare 50%ige leidensangepasste Tätigkeit umgestiegen wäre. Hinzu kommt, dass er zwar keine Berufsausbildung erlernt hat, aber dennoch in mehreren Bereichen Arbeitserfahrung aufweist (Maler, Gipser, Steinhauer, Lagerist, LKW-Chauffeur [Urk. 7/140/9]), so dass ihm eine gewisse Anpassungsfähigkeit für Hilfsarbeiten objektiv zumutbar ist. Hilfsarbeiten werden denn auch auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_134/2016 vom 12. April 2016 E. 5.3 mit Hinweisen). Derartige Tätigkeiten erfordern keinen spezifischen Berufsausbildungsabschluss und sind in der Regel auch nicht mit einem besonderen Umstellungs- oder Einarbeitungsaufwand verbunden. Letztlich ist der Beschwerdeführer zwar eingeschränkt, diese Beeinträchtigungen sind aber mit Blick auf die geringeren Anforderungen bei Hilfsarbeiten nicht derart gravierend, dass gesagt werden müsste, es sei eine zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb von vornherein als ausgeschlossen er scheint. Denn für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgebend, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbleibende Arbeitskraft noch nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 4.3.2). Vor diesem Hintergrund sticht auch die Rüge des Beschwerdeführers, es sei nicht abgeklärt worden, ob geeignete Stellen überhaupt existieren würden (Urk. 9 Rz 22), nicht. Der Arbeitsversuch im O.\_\_\_\_ (Urk. 9 Rz 17-20) gibt nicht zu einer anderen Betrachtungsweise Anlass. Denn der ausgeglichene Arbeitsmarkt, auf den abzustellen ist, umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und

Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteile des Bundesgerichts 9C\_294/2017 vom 4. Mai 2018 mit Hinweisen). Insgesamt betrachtet steht vorliegend einer Verwertung der festgestellten Restarbeitsfähigkeit nichts entgegen.

#### **E. 5.4**

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 erstelt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf der Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C\_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Ermittlung des Einkommens ohne Behinderung auf die Lohnstrukturerhebung ab mit der Begründung, die Einkommensgrundlage der beiden letzten Entschieden aus dem Jahr 1999 liege sehr weit zurück (Urk. 7/164/2). Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden, wie der Beschwerdeführer richtig moniert (Urk. 9 Rz 10). Es ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Beeinträchtigungen die bisherige Tätigkeit als Chauffeur fortgesetzt hätte, weshalb das ursprüngliche Valideneinkommen

heranzuziehen und bis ins Jahr 2013

hochzurechnen ist.

Der Jahresverdienst vom Jahre 2009 ist folglich gemäss der Nominallohnentwicklung für Männer bis ins Jahr 2013 aufzurechnen

(Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex 1993 = 100; im Internet abrufbar), Nominallohnindex

Männer 1993-2016, 1993: 100, 2009: 123.4, 2013: 127.6).

Es

ergibt sich ein Jahresverdienst im Jahr 2013 von Fr.

#### **E. 5.5**

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). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2)

Die Wahl des Tabellenlohnes als solche ist nicht bestritten. Dennoch muss das Invalideneinkommen von Amtes wegen neu berechnet werden, da die Beschwerdeführerin als Vergleichsbasis das Jahr 2014 statt das Jahr 2013 gewählt hatte (vgl. Urk. 2 S. 2). Wird auf die LSE abgestellt, sind die nach Kompetenzniveau differenzierten TA1-Tabellen massgebend (BGE 142 V 178 E. 2.5.1). Die Beschwerdeführerin 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, Kompetenzniveau 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 ,

### **E. 5.6.1**

Letztlich ist zu prüfen, ob antragsgemäss ein Abzug vom Tabellenlohn zu gewähren ist. Der Beschwerdeführer lässt vorbringen, die von den Gutachtern erwähnten Einschränkungen seien zusätzlich zur 50%igen Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen (Urk. 9 Rz 9). Es sei ihm ein Tabellenlohnabzug zu gewähren, weil er leidensbedingte Einschränkungen habe (Urk. 9 Rz 27), weil er fortgeschrittenen Alters sei (Urk. 9 Rz 28), weil selbst bei Hilfsarbeiten eine Einschränkung bestehe (Urk. 9 Rz 29) und weil ihm in seinem fortgeschrittenen Alter ein Wechsel in ein neues Tätigkeitsgebiet, in dem er noch keine Erfahrungen habe, nicht zumutbar sei (Urk. 9 Rz 30). Die Beschwerdeführerin führte in diesem Zusammenhang in ihrer angefochtenen Verfügung an, der gewünschte Leidensabzug von mindestens 20 % könne nicht gewährt werden, da die meisten genannten Gründe nicht IV-relevant und bereits bei der reduzierten Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden seien (Urk. 2 S. 3). 5. 6 .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 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 verwerthen 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).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die

Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser ange messen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3 . 2 mit Hinweis en). Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzu neh men den Abzugs, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, gilt jedoch, dass das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen darf (BGE 126 V 75 E. 6, Urteil des Bundesgerichts 9C\_845/2017 vom 30. April 2018 E. 2.2.1); es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 123 V 152 E. 2, 126 V 75 E. 6).

Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist . Sind hingegen leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 (beziehungsweise Kompetenzniveau 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst

(Urteil des Bundesgerichts 9C\_437/2015 vom 30. November 2015 E. 2.2 mit Hin weis auf BGE 126 V 75

E. 5a/ bb ).

Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheit liche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). 5. 6 .3

Im Lichte der dargelegten Rechtsprechung und der gutachterlich festgehaltenen Einschränkungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 7/140/18, Urk. 7/140/40) erscheint ein e

von der Beschwerdegegnerin abweichende Ermessensübung nahe liegender beziehungsweise erweist sich ein leidensbedingter Abzug von 10 % als angemessen . D er Beschwerdeführer ist gestützt auf das A.\_\_\_\_-Gutachten selbst bei körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in seiner Leistungsfähigkeit ein geschränkt (vgl. Urk. 7/140/18) und benötigt in der 50%igen Restarbeits fähigkeit alle 30 Minuten eine Pause (vgl. Urk. 7/140/40) . Diese Einschränkungen sind gestützt auf die Einschätzung des begutachtenden Rheumatologen Dr. J.\_\_\_\_ (Urk. 7/140/40) in der attestierten Restarbeitsfähigkeit von 50 % noch nicht berücksichtigt. Sie sind aber als beachtenswert einzustufen.

Soweit der Beschwerdeführer das fortgeschrittene Alter anführt (Urk. 9 Rz 28), kann auf die Rechtsprechung verwiesen werden, gemäss welcher Hilfsarbeiten auf dem massgeblichen hypothetischen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_134/2016 vom 12. April 2016 E. 5.3 mit Hinweisen). Auch aus dem vom Beschwerdeführer ange führten bundesgerichtlichen Urteil 8C\_404/2007 vom 4. August 2008 E. 4.2.2 (Urk. 9 Rz 30), in welchem der Fall einer stellvertretenden Leiterin der Pflege-Abteilung eines Alters- und Pflegezentrums zu

beurteilen war, welche nur noch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ausüben konnte, lässt sich nichts zu seinen Gunsten ableiten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_486/2012 vom 16. August 2012 E. 9), zumal dem Beschwerdeführer anders als im vorgebrachten Urteil aufgrund seiner vielseitigen Berufserfahrung im Bereich der Hilfsarbeiten (Maler, Gipser, Steinhauer, Lagerist, LKW-Chauffeur [Urk. 7/140/9]) eine gewisse Anpassungsfähigkeit zugemutet werden kann. In Hilfsarbeitstätigkeiten hat der Beschwerdeführer damit bereits Erfahrungen gesammelt, so dass wegen mangelnder Erfahrung kein weiterer Abzug gerechtfertigt erscheint.

Ein leidensbedingter Abzug von 10 % ergibt ein Invalideneinkommen von Fr. 29'564.35 (Fr. 32'849.25 x 0.9). 5.

## **E. 7**

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 73'987.80 mit dem Invalideneinkommen von Fr. 29'564.35 ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 45'423.45 und damit einen Invaliditätsgrad von 61 %. Somit hat der Beschwerdeführer rückwirkend ab Juni 2013 Anspruch auf eine Dreiviertelrente, was zur Gutheissung der Beschwerde führt. 6.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Zudem hat der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht). In Würdigung dieser Kriterien resultiert eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer). Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 21. März 2016 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Juni 2013 Anspruch auf eine Dreiviertelrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y. \_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des 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  
Die Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Grünig  
Stuedler

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