

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00736 vom 28. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00736

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00736 du 28 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00736 del 28 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1965, ist gelernter Metallbauschlosser und verfügt über Weiterbildungen als Schweisser und Staplerfahrer (Urk. 11/10/4, 11/26/1, 11/26/10-12). Seine letzte Festanstellung dauerte von 2008 bis 2011, danach war er einige Monate über ein Temporärbüro angestellt (vgl. Urk. 11/15, 11/17/1 und 11/26/3). Nach Erhalt der Kündigung (Urk. 11/17/2) meldete er sich im Mai 2012 wegen diverser Diskushernienoperationen bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (Urk. 11/10/6). Diese holte einen Bericht zum letzten Spitalaufenthalt (Urk. 11/14) sowie einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 11/15) ein und zog die Akten des Krankenversicherers bei (Urk. 11/16). Am 31. Mai 2012 verneinte sie alsdann die Notwendigkeit beruflicher Eingliederungsmassnahmen und kündigte eine Rentenanspruchsprüfung an (Urk. 11/18).

In der Folge forderte sie einen Bericht beim Hausarzt Dr. med. Y.____, Facharzt für Innere Medizin, an, der seinem Formularbericht diverse Spitalberichte beilegte (Urk. 11/19). Weiter holte sie einen Bericht beim behandelnden Facharzt für Neurochirurgie und Interventionelle Schmerztherapie, Dr. med. Z.____, ein (Urk. 11/22) und zog erneut die Akten des Krankenversicherers bei (Urk. 11/3). Am 24. September 2012 leistete die IV-Stelle Kostengutsprache für eine Potenzialabklärung (Urk. 11/28, 11/29 und 11/33). Gestützt auf deren Auswertung durch die Stadt Zürich, Departement Soziales, Arbeitsintegration vom 14. November 2012 (Urk. 11/35), schloss sie die berufliche Eingliederung am 22. November 2012 vorerst ab (Urk. 11/34).

Am 20. Februar 2013 wurde der Versicherte wegen einer Rezidivhernie erneut operiert (Urk. 8/41/7-11) und besuchte später im Januar 2014 eine stationäre Rehabilitation (Urk. 11/53). Inzwischen holte die IV-Stelle Arbeitgeberberichte (Urk. 11/37 und 11/39) und neue Arztberichte (Urk. 11/38, 11/41 und 11/42/7 ff.) ein und leistete am 13. Mai 2014 Kostengutsprache für ein dreimonatiges Belastbarkeitstraining (Urk. 11/55). Ferner sprach sie dem Versicherten für diese Zeit ein Taggeld zu (Urk. 11/60). Gestützt auf den Schlussbericht der A.____ vom 28. August 2014 (Urk. 11/66) schloss sie die berufliche Eingliederung abermals ab (Urk. 11/68).

Nach Vorliegen weiterer Berichte, vorab des B.____ und der C.____ (Urk. 11/70, 11/73, 11/76), gab die IV-Stelle ein ortho-pädisch-chirurgisches und psychiatrisches Gutachten in Auftrag. Dieses wurde am 17. April bzw. 26. Mai 2015 von Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Prof. Dr. med. habil. E.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Interventionelle Schmerztherapie, erstattet (Urk. 11/83-84). Gestützt auf die dazugehörige

Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Urk. 11/86/7-8) kündigte die IV-Stelle dem Versicherten hierauf mit Vorbescheid vom 23. Juni 2015 die Zusprechung einer befristeten ganzen Invalidenrente für die Monate Februar 2013 bis Mai 2014 an (Urk. 11/89). Aufgrund des dagegen vom Versicherten erhobenen Einwands (Urk. 11/97-98; vgl. ferner zum Einwand der Sozialen Dienste der Stadt Winterthur Urk. 11/91 und 11/99) holte die IV-Stelle einen Bericht beim F. ___ sowie eine ergänzende Stellungnahme der Gutachter (Urk. 11/110) ein. Dazu äusserte sich der Versicherte mit Eingabe vom 9. März 2016 (Urk. 11/116). Nach erneuter Prüfung der Unterlagen durch den RAD (Urk. 11/118) sprach die IV-Stelle dem Versicherten letztlich in zwei Verfügungen, beide datiert vom 23. Mai 2016, eine ganze Invalidenrente vom 1. Februar 2013 bis 31. Mai 2014 (Urk. 2/1) und eine halbe Invalidenrente vom 1. Juni 2014 bis 30. September 2014 zu (Urk. 2/2).

E. 1.1

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.

E. 1.2

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. 1.3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung

bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Eine gerichtliche Prüfung hat alsdann stets den Rentenanspruch für den gesamten verfügungsweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). Dabei ist es irrelevant, ob die rückwirkende Zusprechung einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wurde (BGE 131 V 164 E. 2; BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). 2.

E. 2

Gegen diese Verfügungen erhob der Versicherte am 22. Juni 2016 Beschwerde und beantragte sinngemäss, ihm ab 1. Februar 2013 eine unbefristete ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 18. August 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). Mit Verfügung vom 8. September 2016 gewährte das Sozialversicherungsgericht dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung und bestellte ihm in der Person von Rechtsanwältin lic. iur. Friedauer eine unentgeltliche Rechtsvertreterin (Urk. 12). Ferner wies das Sozialversicherungsgericht den Versicherten mit Beschluss vom 12. Februar 2018 auf eine mögliche Schlechterstellung im Rahmen einer Rückweisung zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts hin und gab ihm Gelegenheit zur Stellungnahme sowie zum Beschwerderückzug (Urk. 14). Mit Eingabe vom 4. April 2018 hielt dieser an seinen Anträgen fest und machte darüber hin aus einen anwaltlichen Aufwand von insgesamt 17 Stunden sowie Barauslagen geltend (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in den angefochtenen Verfügungen, der Beschwerdeführer sei seit Februar 2012 in seiner Arbeitsfähigkeit als Maschinenteur erheblich eingeschränkt. Nach der Operation im Februar 2013 sei er bis Februar 2014 in jeglicher Tätigkeit voll arbeitsunfähig gewesen. Von März bis Juni 2014 habe die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten von 50 auf 100 % gesteigert werden können. Die Arthrose im Grosszehengrundgelenk links sei ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Weiter sei das letzte Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen Gründen aufgelöst worden, weshalb für das Valideneinkommen auf die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) für das Jahr 2012 des Bundesamtes für Statistik (BFS), Tabelle 17, Ziff. 72 abzustellen und für das Jahr 2014 ein Betrag von Fr. 73'650.45 einzusetzen sei. Das Invalideneinkommen betrage gemäss LSE 2012, Tabelle 1, Ziff. 5-96, für Hilfstätigkeiten in einem Vollzeitpensum Fr. 65'698.50. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 100 % ab Februar 2013, von 55 % ab März 2014 und von 11 % ab Juli 2014. Bei der Festsetzung der Rente sei die Dreimonatsfrist nach Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) zu berücksichtigen (Urk. 2/1-2).

In der Beschwerdeantwort ergänzte sie, Dr. D. ___ habe seine Schlüsse nach Studium der gesamten Aktenlage und persönlicher Examination gezogen. Der Literaturverweis sei nur zusätzlich erfolgt. Die abweichende Beurteilung von Prof. E. ___ sei zudem nachvollziehbar begründet, indem dieser dargelegt habe, es handle sich um eine depressive Episode mit Chronifizierungstendenz, die reaktiv überwiegend infolge chronischer Schmerzen und

psychosozialer Belastungsfaktoren bestehe (Urk. 10).

E. 2.2

Dem entgegenete der Beschwerdeführer, die Behandlungspersonen und Fachleute der beruflichen Eingliederung hätten eine verwertbare Restarbeitsfähigkeit verneint. Nicht abgestellt werden könne auf die nicht verwirklichte, bloss prognostische und erfahrungsgemäss geschönte Arbeitsfähigkeitseinschätzung der Rehabilitationsklinik (Urk. 1 Ziff. 10-12, 14 und 31-32). Sodann trage die Beschwerdegegnerin bei einer Rentenabstufung die Beweislast für eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit. Das Gutachten sei indes beweisuntauglich und es werde darin auch nur ein im Wesentlichen unveränderter Sachverhalt anders beurteilt (Urk. 1 Ziff. 28-33). Eventualiter sei beim Einkommensvergleich ein leidensbedingter Abzug von 20 % aufgrund des Alters, der Teilzeitarbeit, des neuen Aufgabenbereichs, des erhöhten Pausenbedarfs, der krankheitsbedingten Absenzen, der geringen Schulbildung, der Lese-/Rechenschwierigkeiten sowie der mangelnden PC-Kenntnisse zu berücksichtigen (Urk. 1 Ziff. 35).

Bezüglich des Gutachtens beanstandete der Beschwerdeführer konkret, Dr. D.____ habe primär die Akten zusammengefasst und seine Schlussfolgerungen allein mit Fachliteratur bzw. einer Regel-Arbeitsunfähigkeits-Dauer begründet. Erforderlich sei indes eine Würdigung im Einzelfall, wobei zu berücksichtigen sei, dass bei ihm neben der Spondylodese eine Diskektomie L4/5 durchgeführt worden sei. Es fehle also an einer Auseinandersetzung mit den eigenen Befunden, den subjektiven Angaben (wobei sich keine Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz gefunden hätten) sowie den Einschätzungen der Behandlungspersonen und Berufsberater. Auch habe Dr. D.____ sein Teilgutachten im Vorbescheidverfahren ergänzen (Grosszehengrundgelenksarthrose) und anpassen (50%-Arbeitsfähigkeit von März bis Juni 2014) müssen (Urk. 1 Ziff. 16-21). Dr. E.____ seinerseits erläutere nicht, weshalb er die depressive Symptomatik geringfügiger einschätze als die Behandler. Zudem bestätige er die Codierung ICD-10: F33.0 aufgrund der seit über zwei Jahren bestehenden Beschwerden, spreche aber von einer behandelbaren reaktiven depressiven Episode ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bzw. mit Chronifizierungstendenz. Dabei würden seine Schmerzen trotz Befolgung der ärztlichen Anweisungen zur Schmerzmedikation und engmaschiger Therapie weiter anhalten (Urk. 1 Ziff. 22-25). 3.

3.1

Mit Blick auf die umstrittene Würdigung der vorliegend zur Verfügung stehenden Unterlagen von Medizinern und Berufsfachleuten ist vorab festzustellen, dass das Sozialversicherungsgericht den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). 3.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden

berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darstellung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszukurierende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 3.3

In Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweis, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 3.4

Schliesslich ist festzustellen, dass zwischen den begutachtenden Ärzten und den Fachleuten der Berufsberatung eine enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit erforderlich ist (BGE 107 V 17 E. 2b; vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 mit weiterem Hinweis). Nach der Rechtsprechung ist die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteile des Bundesgerichts 9C_396/2014 vom 15. April 2015 E. 5.4 und 9C_401/2014 vom 26. November 2014 E. 4.3.3; je mit Hinweis). Dies hat umso mehr zu gelten, wenn die Experten selbstlimitierendes Verhalten feststellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_646/2015 vom 19. Mai 2016 E. 4.4). Hingegen ist für die Evaluation von konkreten geeigneten Tätigkeiten die Verwaltung zuständig, die dazu allenfalls Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung beizuziehen hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_545/2012 vom 25. Januar 2013 E. 3.2.1, nicht publiziert in BGE 139 V 28; vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2). Der Arzt sagt somit, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen respektive geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist, wobei es als selbstverständlich gilt, dass er sich vor allem zu jenen Funktionen äussert, welche für die nach ihrer Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die

Fachleute der Berufsberatung dagegen sagen, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten aufgrund der ärztlichen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, wobei unter Umständen entsprechende Rückfragen beim Arzt erforderlich sind (BGE 107 V 17 E. 2b; SVR 2001 IV Nr. 10 S. 27 E. 1 mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 8C_119/2008 vom 22. September 2008 E. 6.2 und I 588/05 vom 27. April 2006 E. 3). 4. 4.1

In der bidisziplinären Zusammenfassung vom 29. Mai 2015 stellten die beiden Gutachter, Dr. D.____ und Prof. E.____, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: (1) chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit multisegmentaler fortgeschrittener Osteochondrose mit rechtsseitig betonter Facettengelenksarthrose und Spondylodese des 4. und 5. Lendenwirbelkörpers (LWK) ohne Radikulopathie (ICD-10: M54.07), (2) chronisches cervikothorakales Schmerzsyndrom mit neuroforaminaler Einengung der Nervenwurzel C4/C5 rechts ohne Radikulopathie (ICD-10: M50.02) und (3) Lese- und Rechtschreibstörung (ICD-10: F81.0). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie unter anderem einen chronischen Schmerz (ICD-10: F52.0), eine Blockade des rechten Illiosakralgelenks, eine reaktive leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0/1), eine Persönlichkeitsakzentuierung mit dissozialen Anteilen (ICD-10: Z73.1), einen Arbeitsplatzverlust (ICD-10: Z56.0) und einen schädlichen Gebrauch von Cannabinoiden, Alkohol und Tabak (Urk. 11/84/2).

Zusätzlich diagnostizierte Dr. D.____ in der Stellungnahme vom 15. November 2015 eine fortgeschrittene Grossehngrundgelenksarthrose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/110/3). 4.2

Dazu erläuterten die Gutachter in der Zusammenfassung, auf psychiatrischem Fachgebiet liege eine Lese- und Rechtschreibstörung vor, die das positive Leistungsbild im invalidenversicherungsrechtlich relevanten Sinne mittel- und langfristig qualitativ handicapiere. Der Beschwerdeführer sollte keine Tätigkeiten ausüben, deren Leistungsprofil Anforderungen an die Lese- und Schreibfähigkeit stelle. Kurzfristig sei die depressive Episode für eine Arbeitsfähigkeit [recte: Arbeitsunfähigkeit] begründend. Aufgrund ihrer Behandlungsfähigkeit stelle sie jedoch aus Sicht der Invalidenversicherung keine psychische Störung mit mittel- und langfristiger Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit dar.

Auf orthopädischem Fachgebiet sei der Beschwerdeführer gemäss den aufgeführten klinischen und bildtechnischen Befunden in der mechanischen Funktion seiner Hals- und insbesondere Lendenwirbelsäule limitiert mit einer hieraus erwachsenden Bewegungseinschränkung. Gemäss den Empfehlungen der Swiss Insurance Medicine (SIM) würden sich daher folgende Leistungseinschränkungen ergeben: mittelschwere und schwere Arbeiten, Tätigkeiten in Zwangshaltungen mit Haltungskonstanz, Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg ohne technische Hilfsmittel, Arbeiten unter ständiger Rumpfbeugung, ständiges Heben von Lasten über die Horizontale (Hyperlordosierung der LWS/BWS), Überkopftätigkeiten (Hyperlordosierung der HWS), ständiges repetitives Bücken, erhöhte Vibrationsbelastung des Achsenorgans, Tätigkeiten mit erhöhtem intraabdominalem/thorakalem Druck. Unter Wahrung dieser Schonkriterien bestehe für eine behinderungsangepasste, unter wechselnder Körperposition (Sitzen, Stehen und Gehen) ausgeübte leichte Tätigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht bezogen auf ein volles Schichtpensum eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Für das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg seien technische Hilfsmittel erforderlich (Urk. 11/84/3).

Aufgrund der Arthrose im Grosszehengrundgelenk fügte Dr. D. ___ seinem negativen Leistungsbild in der Stellungnahme vom 15. November 2015 noch folgende Leistungseinschränkungen hinzu: mehr als gelegentliches Gehen auf unebenem Gelände, Besteigen von Leitern/Gerüsten/schrägen Ebenen und Bedienen von Maschinen durch Pedale mit dem linken Fuss (Urk. 11/110/4). 4.3

Daraus schlussfolgerten die Gutachter, da es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Metallbauschlosser und Mechaniker gemäss Abklärungsbericht um eine als körperlich schwer einzustufende Tätigkeit handle, sei der Beschwerdeführer in dieser Tätigkeit seit dem 5. Mai 2012 nicht mehr arbeitsfähig. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe indes spätestens seit dem 1. März 2014 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bei obgenanntem positivem orthopädischem Leistungsprofil und soweit keine Anforderungen an die Lese- und Schreibfähigkeit gestellt würden. Gemäss Aktenlage habe Dr. Z. ___ beim Beschwerdeführer nämlich am 20. Februar 2013 bei Rezidivhernie im Segment LWK4/5 rechts eine Spondylodese L4/5 durchgeführt, wobei gemäss der Standardliteratur von einer postoperativen Arbeitsunfähigkeit von längstens 12 Monaten auszugehen sei (Urk. 11/84/4).

In der ergänzenden Stellungnahme vom 15. November 2015 hielt Dr. D. ___ indes fest, in einer adaptierten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer entsprechend dem Bericht der Rehabilitationsklinik ab März 2014 zunächst zu 50 % arbeitsfähig gewesen. Nach sukzessiver Adaption und Steigerung der körperlichen Belastbarkeit sei jedoch spätestens ab dem 1. Juli 2014 von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit auszugehen (Urk. 11/110/2 und 11/110/5). 5. 5.1 5.1.1

Die Beurteilung aus somatischer Sicht beruht auf dem Teilgutachten von Dr. D. ___. Dieser stellte anhand der Akten soweit zutreffend fest (Urk. 11/83/109-114), dass beim Beschwerdeführer im Jahr 1998 im Segment L3/4 links eine Mikrodiskektomie durchgeführt worden und dieser hernach wieder uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen sei (vgl. dazu Urk. 11/19/6 und 11/19/20). Sodann sei er im Juni 2010 wegen Schmerzen und vermehrter Gefühlsstörung mit einer Muskelschwäche im rechten Bein im G. ___ vorstellig geworden, wo am 25. Juni 2010 die mikrochirurgische Entfernung der Diskushernie im Segment L4/5 rechts erfolgt sei. Post operativ sei es zu einer deutlichen Besserung der Schmerzsymptomatik gekommen und die sensiblen Ausfallsymptome hätten sich regredient gezeigt. Beim Spitalaustritt hätten eine uneingeschränkte Sensibilität sowie ein freies Gangbild bestanden (vgl. dazu Urk. 11/19/24-27).

Im März 2012 seien indes erneut lumbale Beschwerden aufgetreten, worauf am 16. April 2012 im G. ___ eine Rezidiv-Diskushernie im Segment L4/5 rechts entfernt worden sei. Die Sensibilitätsstörungen seien danach komplett rückläufig gewesen und es habe sich eine uneingeschränkte Muskelkraft in den unteren Extremitäten bei insgesamt freiem Gangbild gezeigt. Im weiteren Verlauf sei es jedoch wieder zu lumbalen Beschwerden gekommen (vgl. dazu Urk. 11/16/6-12, 11/19/41 f. und 11/22). In der Kernspintomographie im Dezember 2012 habe sich abermals eine rechts betonte Bandscheibenprotrusion im Segment L4/5 rechts mit Verlegung des Neuroforamens und leichter Verlagerung der Nervenwurzel L5 gezeigt. Zudem sei im klinischen Untersuchung eine Hypermobilität festgestellt worden. Infolgedessen sei im G. ___ am 20. Februar 2013 eine drittmalige Mikrodiskektomie im Segment L4/5 durchgeführt worden. Gleichzeitig sei eine interkorporelle Fusion des 4. und 5. LWK mittels eines Cages erfolgt. Da sich nach intensiver Physiotherapie nur eine diskrete Beschwerdebesserung gezeigt habe, sei vom

6. Januar bis 1. Februar 2014 eine stationäre Rehabilitation in der H.____ durchgeführt worden (vgl. dazu Urk. 11/38/14-15, 11/42/12-17 und 11/51). 5.1.2

Daraus schlussfolgerte Dr. D.____ in seinem Teilgutachten, dass er gestützt auf die Referenzliteratur und die dreimaligen Voroperationen mit der vom Hausarzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bis einschliesslich dem 20. Februar 2014 uneingeschränkt einig gehe. Unter Sichtung der Aktenlage sowie der Bildgebung und insbesondere der heutigen klinischen Untersuchung gehe er indes nicht mit dem Hausarzt einig, soweit dieser dem Beschwerdeführer bis heute eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert habe. Er sehe den Beschwerdeführer ab März 2014 in einer leidensangepassten Tätigkeit mit sukzessiver Steigerung des Belastungspotentials mit einem Anfangspensum von 100 % arbeitsfähig und schliesse sich diesbezüglich der Auffassung der Ärzte der H.____ an. Er sehe den Beschwerdeführer ab März 2014 mit einem Pensum von zunächst 50 % in einer an das Leid adaptierten Tätigkeit arbeitsfähig (Urk. 11/83/114). In der gutachtlichen Ergänzung vom 15. November 2015 fügte er dem sinngemäss hinzu, dass die Begutachtung durch neutrale Sachverständige erfolge, weil dies eine zwingende Voraussetzung sei, um die Objektivität zu wahren, welche in einem langjährigen Arzt-Patienten-Verhältnis zuweilen nicht gegeben sei (Urk. 11/110/2). 5.2

Die gutachtliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ist augenscheinlich in sich widersprüchlich, was sich entsprechend in der Gesamtbeurteilung bzw. der gutachtlichen Ergänzung widerspiegelte (vgl. E. 4.3). Sie erfolgte zudem ohne konkrete Auseinandersetzung mit den Vorakten, welche sich nicht einzig in einer hausärztlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzung erschöpfen und zusätzlich nach dem Frühling 2014 erstellte Berichte umfassen (vgl. E. 5.3). Allein der Hinweis auf die Neutralität eines externen Gutachters vermag diese Auseinandersetzung nicht zu ersetzen. Ferner lässt sich die von Dr. D.____ seit dem Frühling/Sommer 2014 attestierte volle Arbeitsfähigkeit kaum mit seinem Hinweis zur beruflichen Wiedereingliederung vereinbaren, wonach aus orthopädisch-chirurgischer Sicht eine sukzessive Integration in das Arbeitsleben in adaptierter Tätigkeit mit einem schrittweisen Ausbau des Arbeitspensums zu empfehlen sei. Unter Hilfestellung und Unterstützung sollte „mittelfristig“ ein Arbeitspensum von 100 % realisierbar sein. Demnach war der Beschwerdeführer nach Auffassung von Dr. D.____ bei der Begutachtung noch nicht tatsächlich voll arbeitsfähig, hätte aber eine volle Arbeitsfähigkeit mit den richtigen Massnahmen schon längst erreichen können. 5.3

5.3.1

Aus den Akten geht weiter hervor, dass der operierende Facharzt für Neurochirurgie und Interventionelle Schmerztherapie des G.____, Dr. med. Z.____, im Oktober 2013 berichtete, der Beschwerdeführer klage weiterhin über bewegungsabhängige Kreuzschmerzen. Eine sichere radikuläre Ausstrahlung finde sich nicht, ebenso wenig ein neues neurologisches Defizit. Die CT-Untersuchung vom 2. Oktober 2013 zeige eine regelrechte Lage des Spondylodesematerials. Eine vollständige knöcherne Durchbauung des Intervertebralraums L4/5 sei noch nicht erfolgt. Bildgebend bestehe kein Hinweis auf einen Abszess bzw. Infekt. Wie im neurologischen Konsilium angedeutet, spreche vieles für ein neuropathisches Schmerzsyndrom L5 rechts. Er empfehle eine konservative Therapie mit medizinischem Training, Analgetika und Lyrica (Urk. 11/42/16 und 11/42/15). 5.3.2

Gemäss dem erwähnten Konsilium der Neurologin Dr. med. I.____ vom 2. September 2013 fanden sich im klinischen Untersuchung keine sensomotorischen Ausfälle als Zeichen eines

radikulären Ausfallsyndroms. Die Angabe von Ruhe schmerzen im Versorgungsgebiet L5 rechts, die seit dem Jahr 2010 bestünden und einen brennenden, nadelstichtartigen Charakter hätten, würden auf eine mögliche neurogene Komponente des Schmerzsyndroms als Residualzustand nach mehrfachen Operationen in diesem Segment hindeuten. Bei aktuell negati vem Lasègue-Zeichen könne ein akutes radikuläres sensibles Reizsyndrom nicht bestätigt werden. Nadelmyographisch würden sich keine subklinischen Zeichen eines Denervationsprozesses in den Myotomen L4 bis S1 objektivieren lassen. Da der Beschwerdeführer unter den ambulant geführten physiotherapeutischen Massnahmen keine Besserungstendenz verspürt habe, stelle sich die Frage, ob ein stationärer Aufenthalt mit vielseitigerem Therapieangebot von Vorteil wäre. Zur Schmerzcouperung schlage sie den Einsatz von Medikamenten vor, die bei neurogenen Schmerzen erfolgreich eingesetzt würden. Bei guter Wirkung, die erst im Verlaufe einiger Wochen beurteilbar sei, könne das Oxycontin redu ziert/gestoppt werden (Urk. 11/42/21). 5.3.3

Es folgte ein vierwöchiger Aufenthalt in der H.____. Laut Aus trittsbericht vom 26. März 2014 lernte der Beschwerdeführer in dieser Zeit, sei ne körperlichen Grenzen besser einzuschätzen und zu akzeptieren. Er könne weitgehend schmerzfrei trainieren. Die Stabilisation sowie die Bewegungskoor dination des Rumpfes hätten sich stark verbessert. Die Bewegungsmuster seien insgesamt harmonischer und ökonomischer. Die Kraft sowie die Kraftausdauer hätten sich ebenfalls stark verbessert. Der Beschwerdeführer könne nun weite Strecken ohne Gehilfen problemlos bewältigen. Das Tragen des Korsetts sei nicht mehr nötig. Er habe viele Strategien im Umgang mit den Schmerzen gelernt, die er selbständig umsetzen könne. Um einen anhaltenden Erfolg zu erzielen, empfehle man die Weiterführung der Physiotherapie (MTT) im ambu lanten Setting sowie eine Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliede rung. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 50 % mit langsamer Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess mit leichten Tätigkeiten in Wechselbelastung (Urk. 11/51). 5.3.4

Im Sommer 2014 wurde ein dreimonatiges Belastbarkeitstraining bei medika mentöser Behandlung der Schmerzen und der depressiven Stimmung durchge führt. Gemäss Schlussbericht der A.____ Arbeitsintegration erschien der Beschwerdeführer zuverlässig und pünktlich zum Training. Er habe sich gegen über den Mitklienten offen gezeigt und interessiert seine Aufgaben angenom men, obschon er keine berufliche Perspektive entwickelt und sich die Teilnahme negativ auf seine Schmerzproblematik ausgewirkt habe. Aufgrund der Schmer zen habe er sich häufig gezwungen gesehen, Schonhaltungen anzunehmen und umherzugehen; alle 45 Minuten habe er sich hinlegen müssen. Dies habe zu regelmässigen Arbeitsunterbrüchen geführt. Hinsichtlich der Akzeptanz der gesundheitlichen Situation und damit verbundenen Schmerzen schein dem Beschwerdeführer noch ein Entwicklungsprozess bevorzustehen. Er werde ler nen müssen, sich neue Tätigkeiten, Beschäftigungen und Coping-Strategien zu entwickeln sowie den Fokus von den Defiziten auf die Ressourcen zu verlegen. Es sei nachvollziehbar, dass dies mit massiven Schmerzen, die sich unweigerlich ins Zentrum des Erlebens drängten, nicht leicht werde. Dafür benötige er pro fes sionelle Unterstützung. Infolgedessen attestierte die Case Managerin dem Beschwerdeführer trotz der guten bis überdurchschnittlichen Beurteilung von Arbeitsverhalten/Methodenkompetenz und Fachkompetenz sowie der erfreu lichen Ergebnisse zweier Testungen (Sortieren und selbständiges Problemlösen) lediglich eine Arbeitsfähigkeit von aktuell 10 bis 20 %, idealerweise verteilt über den Tag und in eigenständiger Planung. Dabei betonte sie, es handle sich um einen Schätzwert, der

nicht im ersten Arbeitsmarkt erprobt sei, und empfahl die Rentenprüfung (Urk. 11/68).
5.3.5

Das MRI vom 4. Dezember 2014 zeigte auf Höhe L5/S1 eine ausgeprägte Osteo chondrose Modic II mit Bandscheibendegeneration sowie eine leichte Spondyl- und Facettengelenksarthrose. Es wurde aber weder eine Nervenwurzelkompres sion noch eine Spinalkanalstenose festgestellt (Urk. 11/78/10). Gleichentags wurde eine Facettengelenksinfiltration durchgeführt (Urk. 11/78/8). 5.3.6

Schliesslich suchte der Beschwerdeführer Ende März 2015 erstmals Dr. rer. nat. med. pract. J. ____, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie Interventionelle Schmerztherapie, auf. Dieser diagnostizierte im September 2015 ein Failed-back-surgery-Syndrom bzw. einen neuropathischen Schmerz. Die [körperlich] schwere Arbeit als Schlosser beurteilte Dr. J. ____, als nicht mehr möglich. Indes erachtete er die Wiederaufnahme einer angepassten Tätigkeit als grundsätzlich möglich, machte dies jedoch abhängig vom Erfolg einer zu opti mierenden Schmerztherapie und entsprechenden Umschulung (Urk. 11/108). 5.4 5.4.1

Die erwähnten Berichte enthalten somit diverse Aspekte, zu welchen sich Dr. D. ____ nicht oder nicht ausreichend äusserte. Zunächst wurde von drei Ärz ten eine neuropathische Symptomatik (bzw. ein Failed-back-surgery-Syndrom) diskutiert. Die Problematik wurde indes im psychiatrischen Teilgutachten wohl im Sinne eines chronischen Schmerzes zumindest im Ansatz thematisiert (vgl. E. 5.6.1). 5.4.2

Zweitens erachteten die Ärzte bereits im Jahr 2013 – wie Dr. D. ____ im Jahr 2015 – eine adäquate Schmerztherapie für indiziert, wiesen jedoch darauf hin, dass die Wirkung derselben abzuwarten bleibe. In diesem Sinne ist dem Bericht der H. ____ nach vier Wochen Schmerztherapie Anfang 2014 zwar eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. der Leidadap tion zu entnehmen (insbesondere Verzicht auf die Gehhilfe und das Korsett), indes wurde darin nur eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bei langsamer Wieder eingliederung in den Arbeitsprozess attestiert und die Fortführung der Therapie im Hinblick auf einen „anhaltenden Erfolg“ empfohlen. Der Klinikbericht lässt also keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % innert drei Monaten erwarten und steht deshalb entgegen der Auffassung von Dr. D. ____ nicht ohne weiteres im Einklang mit seiner gutachtlichen Beurteilung.

Hinzu kommt, dass sich im Belastbarkeitstraining nach Angaben der Case-Managerin trotz guter Motivation/Fertigkeiten sowie Etablierung einer psychiat rischen Behandlung und erhöhten Schmerzmedikation keine nennenswerte Arbeitsleistung realisieren liess. Das völlige Ausserachtlassen der Beurteilungen der im Auftrag der IV-Stelle tätig gewordenen beruflichen Fachleute hält bei dieser Ausgangslage vor Art. 61 lit. c ATSG nicht stand: Wohl obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit (z.B. nur sitzende oder stehende Arbeiten, beschränktes Heben/Tragen von Lasten) in der Hauptsache den Ärzten . Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusam menarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung (vgl. E. 3.4) ist jedoch ein er konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen. Immer hin s teht die von Dr. D. ____ ermittelte medizinisch-theoretische Einschätzung

der Leistungsfähigkeit in erheblicher Diskrepanz zu der während einer mehrmonatigen beruflichen Abklärung bei gutem Arbeitsverhalten

des Beschwerdeführers effektiv realisierten und gemäss Einschätzung der Case-Managerin objektiv realisierbaren Leistung (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_833/2007 vom 4. Juli 2008 E. 3.3.2). Es wäre daher zu erwarten gewesen, dass der Gutachter die Vorakten zur beruflichen Eingliederung nicht nur zusammenfasst (Urk. 11/83/45), sondern auch würdigt. 5.4.3

Drittens wurde im Dezember 2014 eine Zunahme der Veränderungen an der Wirbelsäule festgestellt. Über die konkrete Wirkung der hierauf durchgeführten Infiltration ist nichts Konkretes bekannt, obschon eine gewisse Besserung zu vermuten ist, nachdem sich der Beschwerdeführer nicht mehr in der C.____ meldete (Urk. 11/79) und erst Ende März 2015 bei Dr. J.____ vorstellig wurde. Den neuen MRI-Befund liess Dr. D.____ zwar in die Diagnose einfließen (vgl. E. 4.1), würdigte diesen jedoch ebenso wenig wie das operierte Nachbarsegment L3/4.

Dabei gilt es zu bedenken, dass gemäss Fachliteratur grundsätzlich gute Operationsresultate zu erwarten sind, wenn die übrige Wirbelsäule weitgehend gesund und freibeweglich ist. Die durch die Spondylodese verloren gegangene Beweglichkeit muss nämlich in den Nachbarsegmenten kompensiert werden, wobei die zusätzliche Beanspruchung zu neuen Schmerzen führen kann. Überdies ist bei älteren Patienten meist von eingeschränkten Adaptionsmöglichkeiten der Wirbelsäule auszugehen und spielt bei Rückenbeschwerden auch die Psyche eine zentrale Rolle (vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, orthopädische Chirurgie: patientenorientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates, 4. Aufl., Bern 2002, S. 870 f.). Indes trifft es zu, dass gemäss den von Dr. D.____ heran gezogenen Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung nach einer einsegmentalen Spondylodese lumbal 3 bis 12 Monate postoperativ – bei einer Versorgung mit der Operationstechnik PLIF sogar früher – eine Arbeitsfähigkeit von 6 und mehr Stunden zu erwarten ist (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin [Hrsg.], Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung, 7. Aufl., Berlin/Heidelberg/New York 2011, Tabelle 7.7 Postoperative Belastbarkeit; ferner: [www.balgrist.ch/Portaldata/1/Resources/_files/orthopaedie/WEB_Wirbelsaeule4](http://www.balgrist.ch/Portaldata/1/Resources/_files/orthopaedie/WEB_Wirbelsaeule4_Spondylodese_Web.pdf)

[_Spondylodese_Web.pdf](http://www.balgrist.ch/Portaldata/1/Resources/_files/orthopaedie/WEB_Wirbelsaeule4_Spondylodese_Web.pdf) ; zur Begründung eines verzögerten postoperativen Verlaufs

Urteil des Bundesgerichts 8 C_222/2010 vom 19. Juli 2010 E. 4.2). 5.5

Das von Dr. D.____ postulierte Erreichen einer Restarbeitsfähigkeit einerseits von 100 % und andererseits (letztendlich) 16 Monate postoperativ, hätte somit unter Berücksichtigung verschiedenster Gesichtspunkte (einschliesslich der Wechselwirkung zu den psychischen Beschwerden) einer näheren Begründung bedurft. Dies muss umso mehr gelten, als er in seiner Untersuchung trotz auffälliger Positionswechsel des Beschwerdeführers ausdrücklich keine Verdeutlichungstendenzen oder positiven Waddell-Zeichen ausmachen konnte (Urk. 11/83/82 f. und 11/83/87) und dieser nach den vorhergehenden Operationen jeweils unverzüglich wieder eine Arbeitstätigkeit aufnahm (vgl. E. 5.1). Als überwiegend wahrscheinlich erstellt kann aus somatischer Sicht daher nur eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit in den ersten 12 Monaten nach der letzten Operation gelten, die vom Gutachter (unter Einbezug der Voroperationen) und den behandelnden Ärzten übereinstimmend festgestellt wurde sowie innerhalb der Richtwerte liegt. Danach ist durch

den Bericht der H.____ zwar eine massgebliche Besserung ausgewiesen, doch ist unklar, ob und inwie weit diese zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit führte und wie es sich damit im weiteren Verlauf verhielt. 5.6 5.6.1

Ergänzend ist festzuhalten, dass Prof. E.____ im psychiatrischen Teilgutachten erläuterte, im Vordergrund stünden Klagen über Schmerz. Ein depressiver Affekt mit verminderter Grundstimmung, teilweiser Lustlosigkeit und Freudlosigkeit und somatischen Symptomen (Schlafstörung, Schwächegefühl), könne im Zusammenhang mit den Schmerzen und den psychosozialen Ereignissen psychopathologisch objektiviert werden. Die Diagnose einer leicht- bis mittel gradigen rezidivierenden depressiven Störung könne bestätigt werden. Das depressive Bild bestehe seit über zwei Jahren, weshalb die Codierung gemäss ICD-10: F33 erfolge.

Die Suchtstörungen könnten erneut diagnostiziert und aktuell als sekundär im Sinne einer Selbsttherapie eingeordnet werden. Die Haaranalyse erbringe indes keinen Hinweis auf einen erhöhten Alkohol- oder Oxycontinkonsum. Zudem lasse die Persönlichkeit mit zahlreichen Gesetzesüberschreitungen und einer mehrjährigen Gefängnisstrafe Hinweise auf ein dissoziales Verhalten im Rahmen einer Persönlichkeitsakzentuierung erkennen. In diesem Kontext zu erklären sei, dass der Beschwerdeführer in der Untersuchung mit verschiedenen Angaben [zum Suchtmittelkonsum] zu täuschen versucht habe (vgl. ferner Urk. 11/84/57: Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung mit vorteilsuchendem Verhalten).

Ein Hinweis auf eine Krankheitsverarbeitungsstörung im Sinne einer somatoformen Störung habe sich nicht ergeben. Der Schmerz sei klar lokalisiert. Es bestehe keine Symptomausweitung. Die Schmerzintensität sei eindeutig abhängig von körperlicher Aktivität. Die Schmerzen seien gemäss Dr. D.____ weitgehend objektivierbar. Es liege folglich ein chronischer Schmerz nach ICD-10: R52 vor (Urk. 11/84/5/62). 5.6.2

Daraus schlussfolgerte Prof. E.____, in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei die bestehende depressive Episode mit Chronifizierungstendenz allfällig zu erwähnen. Diese bestehe reaktiv überwiegend auf die chronischen Schmerzen und anteilig auf die psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. ferner Urk. 11/84/60: die psychosozialen Belastungsfaktoren dominieren nicht). Diese Störung sei jedoch behandelbar. Zum einen müsse eine adäquate Schmerztherapie etabliert werden. Bisher sei die Compliance des Beschwerdeführers bei der Einnahme der Schmerzmedikation unzureichend. Aus der Haaranalyse sowie dem Drogen screening sei zu schliessen, dass er zwischen Mitte Februar und Anfang April 2015 zumindest in niedrigen Dosierungen Oxycodon, in den letzten ein bis zwei Tagen bei vorher bestehendem steady-state jedoch kein retardiertes Opiat eingenommen habe. Zu erwähnen sei ferner, dass ein chronischer THC-Konsum wissenschaftlich bewiesen einen Effekt auf exekutive Funktionen habe und regressiv-depressive psychopathologische Bilder verursachen könne (Urk. 11/84/53). Mit einer erzielbaren Verbesserung des Schmerzes sei eine Verbesserung der Depression einhergehend, da diese reaktiver Natur sei (Urk. 11/84/66). 5.7 5.7.1

In Würdigung seines Teilgutachtens und der Gesamtbeurteilung (vgl. E. 4.3) bestätigte Prof. E.____ also im Einklang mit den Vorakten (Urk. 11/84/60; vgl. im Detail Urk. 11/42/8, 11/53/8, 11/66/3 und 11/76) eine seit zwei Jahren bestehende depressive Symptomatik, die im Zeitpunkt der Begutachtung nicht weitere spezifizierte negative Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigte. Die Beeinträchtigung stufte er indes zufolge Behandelbarkeit der nicht schweren depressiven Episode als „kurzfristig“ ein. 5.7.2

In Anlehnung an die bis anhin geltende Rechtsprechung des Bundesgerichts verneinte Dr. E. ___ und mit ihm die Beschwerdegegnerin infolgedessen einen aus Sicht der Invalidenversicherung relevanten Gesundheitsschaden. So hatte das Bundesgericht noch mit Urteil 8C_5/2017 vom 11. April 2017 E. 5.3 (und ferner E. 4.2) erkannt, dass gemäss E. 4.3.1.2 des BGE 141 V 281 Behandlungserfolg oder -resistenz bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden konsequenterweise als wichtige Schweregradindikatoren gelten würden. Den leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen fehle es dementsprechend, solange sie therapeutisch angebar seien, an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen. 5.7.3

In BGE 143 V 409 liess das Bundesgericht indes die bisherige Rechtsprechung zu den leichten bis mittelschweren Depressionen (BGE 140 V 538

E. 4.5) fallen. Es stellte zusammengefasst fest, dass die Frage, ob bei Erkrankungen aus dem depressiven Formenkreis eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere, nicht allein mit Bezug auf das Kriterium der Behandelbarkeit beantwortet werden könne. Zwar gelte die Frage, ob eine Therapie durchgeführt werde, als Indiz für den Leidensdruck der versicherten Person und damit für den Schweregrad der Störung. Mit dem Hinweis auf eine "regelmässig gute Therapierbarkeit" bei leichten bis mittelschweren Störungen direkt auf eine fehlende invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu schliessen, greife aber zu kurz und blende wesentliche medizinische Aspekte dieses Krankheitsgeschehens in sachlich unbegründeter Weise aus (E. 4.4). Bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen sei, wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit, demnach im Einzelfall danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirke. Die vorzunehmende Abgrenzung zu reaktiven, invaliditätsfremden Geschehen auf psychosoziale Belastungen setze hierbei eine nachvollziehbare Diagnosestellung *lege artis* voraus. Nicht zuletzt im Sinne der Einzelfallgerechtigkeit sei es sach- und systemgerecht, solche Leiden alsdann ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Entscheidend sei somit, ob es gelinge, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen habe (BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

Dementsprechend sei es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit sich im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (E. 4.5.2). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit könne dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet sei. Daher bleibt es entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint werde und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden könne. Namentlich in Fällen, bei denen nach bestehender Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen sei, die ihrerseits nicht schon als chronifiziert gelten könne und auch nicht mit Komorbiditäten einhergehe, bedürfe es daher in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (E. 4.5.3). 5.7.4

Damit sind vorliegend nunmehr die Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen. Eine Ausnahme rechtfertigt sich nicht, da die depressive Störung nach einhelliger ärztlicher Einschätzung nicht bloss leichtgradig ist, als rezidiierend bzw. mit Chronifizierungstendenz bzw. seit zwei Jahren bestehend beschrieben wurde und ihr von Prof. E.____ im Begutachtungszeitpunkt grundsätzlich Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugebilligt wurden. Dabei erfolgt offenbar seit längerer Zeit eine psychotherapeutische Behandlung und Medikation mit Antidepressiva (z.B. Urk. 11/84/55 und 11/42/8).

Besonders hervorzuheben ist, dass nach den Darlegungen von Prof. E.____ massgebliche Wechselwirkungen zwischen den somatischen und psychischen Beschwerden sowie dem Suchtmittelkonsum bestehen. Darüber hinaus erweist sich die Beurteilung der äusseren Belastungsfaktoren und vorhandenen Ressourcen auch deshalb als relativ komplex, da Prof. E.____ auch zahlreiche, wenig spezifizierte Diagnosen ohne direkte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (z.B. chronischer Schmerz, Persönlichkeitsakzentuierung mit Vorteil suchendem und dissozialem Verhalten)

stellte. In Anbetracht dessen, dass dem psychiatrischen Gutachten ohnehin nichts Konkretes über den Verlauf respektive das Ausmass der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen ist, drängt sich daher eine umfassende Neubegutachtung auf. 5.8

Der Vollständigkeit halber ist anzumerken, dass eine Leistungsverweigerung oder -kürzung mit der Begründung, die versicherte Person schöpfe ihre Behandlungsressourcen nicht aus, ein Vorgehen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG voraussetzt. Vorliegend ging die Beschwerdeführerin bis anhin nicht von indäquaten Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen aus, weshalb sie zu keinem Zeitpunkt ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt hat. Es kann dem Beschwerdeführer daher, soweit einmal ein Rentenanspruch entstanden ist, die Weiterausrichtung der Rente letztlich nicht mit der Begründung verweigert werden, er nehme keine adäquate Schmerztherapie wahr, andernfalls er inzwischen wieder voll arbeitsfähig geworden wäre (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_682/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3). 6.

Zusammenfassend kann von den angefochtenen Verfügungen, beide datiert vom 23. Mai 2016, daher nur diejenige bestätigt werden, mit welcher dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente für den Zeitraum vom 1. Februar 2013 bis 31. Mai 2014 zugesprochen wurde (Urk. 2/1). Die somatisch bedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit während 12 Monaten nach der im Februar 2013 durchgeführten Spondylodese ist anhand der medizinischen Unterlagen und Referenzliteratur nachvollziehbar und selbst im Falle einer gesundheitlichen Verbesserung ab März 2014 noch die Dreimonatsfrist nach Art. 88a Abs. 1 IVV zu berücksichtigen.

Für den Zeitraum ab März 2014 kann indes nicht auf das interdisziplinäre Gutachten von Dr. D.____ und Prof. E.____ abgestellt werden, das die vom Bundesgericht aufgestellten beweisrechtlichen Anforderungen nicht erfüllt und angesichts der komplexen gesundheitlichen Situation zu wenig Aufschluss über die nach der Rechtsprechungsänderung anwendbaren Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 gibt. Dabei ist nicht auszuschliessen, dass im Rahmen einer erneuten medizinischen Abklärung mit Blick auf die Ausschöpfung der therapeutischen Massnahmen auch ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen sein wird. Infolgedessen ist die zweite angefochtene Verfügung, mit welcher dem Beschwerdeführer eine befristete halbe Invalidenrente für die

Monate Juni bis September 2014 zugesprochen wurde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ein neues Gutachten einhole und erneut über den Rentenanspruch ab Juni 2014 verfüge. 7.

7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt auch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als Obsiegen (BGE 137 V 57 E.2.2). Demnach sind die Kosten vollumfänglich der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer besteht zudem Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 2 GSVGer). Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers verzichtete auf die Einreichung einer detaillierten Honorarnote und machte mit Eingabe vom 4. April 2018 pauschal einen Aufwand von insgesamt 17 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 153.-- geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung der vorstehenden Grundsätze, insbesondere des umfangreichen Gutachtens und des zusätzlichen Aufwands im Rahmen der angedrohten reformatio in peius, als angemessen. Die Beschwerdegegnerin ist daher unter Berücksichtigung des üblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- zu verpflichten, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eine Prozessentschädigung von Fr. 4'204.50 (inkl. MWST und Barauslagen) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügungen vom 23. Mai 2014 der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle insofern aufgehoben werden, als dem Beschwerdeführer eine halbe Invalidenrente für den Zeitraum ab 1. Juni 2014 zugesprochen wurde, und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese nach Einholung eines neuen Gutachtens erneut über den Rentenanspruch ab Juni 2014 verfüge. 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, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Susanne Friedauer, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 4'204.50 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispo 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
Die Gerichtsschreiberin
Grünig
Bonetti

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

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