

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00772 vom 16. März 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00772](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00772)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00772 du 16 mars 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00772 del 16 marzo 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

) grundsätzlich zutreffend dargelegt, dass und weshalb die anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Falle des Beschwerdeführers

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verbleibt (Urk. 2 S. 2-3). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4-7) kann anhand der vorhandenen Akten ohne Weiteres eine zuverlässige Beurteilung der Standardindikatoren erfolgen, auch wenn die Ausführungen dazu im

Z. \_\_\_ Gutachten relativ knapp ausfielen (vgl. Urk. 7/77 S. 35).

Unter dem Aspekt „funktioneller Schweregrad“ ist in Betracht zu ziehen, dass die diagnoserelevanten Befunde und Symptome gemäss ICD-10 F45.41 nicht besonders ausgeprägt erscheinen. Von einer Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten respektive einer Behandlungsresistenz ist aufgrund der gutachterlichen Feststellungen nicht auszugehen. So könne der Beschwerdeführer weiterhin von der integrativ-psychiatrischen Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ profitieren (Urk. 7/77 S. 35). Was den Indikator „Komorbiditäten“ betrifft, wies der psychiatrische Gutachter zwar darauf hin, dass ein dysthymes Leiden vorliege, dadurch aber keine erhebliche psychische Komorbidität gegeben sei. Es ist so dann vielmehr so, dass das dysthyme Beschwerdebild durch invaliditätsfremde Faktoren ( Eheproblematik, finanzielle Probleme, Zukunftsängste, nicht gelungener ausbildungsgemässer Integration in die Schweiz und Arbeitslosigkeit, Urk. 7/77 S. 40) mitbestimmt ist. Somatische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden von den Gutachtern zwar erhoben, doch können die objektiven Befunde die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Einschränkungen nicht gänzlich erklären. Unter Einhaltung eines auf seine Beschwerden angepassten Belastungsprofils wurde ihm eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten attestiert. Zum Komplex „Persönlichkeit“ ist festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter von einer guten Persönlichkeitsstrukturierung ausgeht und festhält, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit durchaus in der Lage gewesen sei, Belastungen zu ertragen (Urk. 7/77 S. 37). Eine Persönlichkeitsstörung zog er entsprechend auch nicht in Betracht. Hinsichtlich des Komplexes „Sozialer Kontext“ ist einerseits auf die laut psychiatrischem Gutachter das Beschwerdebild möglicherweise mitbestimmenden (in invaliditätsfremden) Kontextfaktoren hinzuweisen. Andererseits lässt der Lebenskontext des Beschwerdeführers auf durchaus vorhandene Ressourcen (offenbar gutes Verhältnis zu einem der beiden Söhne, Reisen nach G.\_\_\_\_, wo er sozial aktiv ist [Urk. 7/77 S. 35-37]) schliessen. Zum Aspekt der „Konsistenz“ ist zu erwähnen, dass bisher kein (teil-)stationärer Behandlungsversuch mit dem Ziel der Überwindung des syndromalen Beschwerdebildes durchlaufen worden ist.

Demnach sind unter Berücksichtigung der nunmehr im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (vgl. E. 1.3) erhebliche funktionelle Auswirkungen der Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Daher ist die anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht als invalidisierend zu betrachten.

#### **E. 1.4**

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

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

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

#### **E. 1.5**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger

Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

## **E. 1.6**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, 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). 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 Darlegung 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 auszuräumende 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.). 2.

## **E. 2**

Hiergegen erhob X.\_\_\_\_ am 30. Juni 2016 Beschwerde und beantragte, es sei ihm unter Aufhebung der Verfügung vom 27. Mai 2016 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei die Sache zur Vornahme einer neuen Begutachtung an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 8. September 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-91), was dem Beschwerdeführer am 9. September 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 9).

### **E. 2.1**

Mit Urteil IV.2012.01034 vom 16. Dezember 2013 (Urk. 7/42), wurde die Sache vom hiesigen Gericht zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdeinstanz zurückgewiesen, weil der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers so wie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestützt auf die damals vorhandene medizinische Aktenlage nicht rechtsgenügendermittelt werden konnte. Auf die in diesem Urteil referierte Wiedergabe der Aktenlage wird verwiesen.

### **E. 2.2**

In einer undatierten handschriftlichen Notiz, eingegangen am 27. Juni 2014, wurde auf dem Bericht der Uniklinik A.\_\_\_\_ vom 9. November 2012 fest gehalten, dass der Beschwerdeführer am 5. November 2012 zum letzten Mal dort erschienen sei und keine weiteren Kontrollen geplant seien (Urk. 7/51).

### **E. 2.3**

Dr. med.

B.\_\_\_\_, FMH Kardiologie und Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 2. Juli 2014 (Urk. 7/54) zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine hypertensive Herzkrankheit und eine ventrikuläre Extrasystolie. Der Beschwerdeführer habe sich wegen Palpitationen bei ihm am 11. Juni 2014 zur Kontrolle vorgestellt. Aus kardiologischer Sicht bestehe eine gute Prognose und kein Grund zur Arbeitsunfähigkeit.

### **E. 2.4**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer seit dem 18. Mai 2011 behandelt, führte in seinem Bericht vom 18. September 2014 (Urk. 7/63) zuhanden der Beschwerdegegnerin aus, das Zustandsbild sei seit der letzten Berichterstattung vom 15. November 2012 (vgl. E. 2.5 im Urteil IV.2012.010.34 vom 16. Dezember 2013, Urk. 7/42) tendenziell labiler und bezüglich des Hauptmorbus eher noch vielgestaltiger oder gar deutlicher geworden. Neu kämen phobische Anzeichen hinzu, welche eine weitere Dimension der psychischen Dekompensation zeigten. So sei diagnostisch weiterhin eine chronifizierte

major

depression mit Akzentuierungstendenz (ICD-10: F 39) festzustellen. Dem Verlauf fehle das Episodische oder Revidierende; das Charakteristikum der Permanenz liege dagegen deutlich über der Schwere einer Dysthymie. Mittlerweile seien Ängste phobischer Natur und Panikattacken (ICD-10: F 41.0) sowie parasomnische Auffälligkeiten (ICD-10: F 51.8) hinzugekommen.

Seit Ende 2012 (aus der Zeit ein halbes Jahr vor dem Tod des Bruders) seien öfters schon Andeutungen körperlicher Empfindungsstörungen und sogar Verfremdungen der Wahrnehmung und des Körperempfindens vorhanden gewesen, wozu parasomnische Zustände und auch phobisches Erleben gekommen seien. Beides habe in letzter Zeit und spätestens vom einjährigen Gedenktag im Frühjahr 2014 an noch einmal zugenommen. Auch das depressive Zustandsbild habe sich seit dem Tod des Bruders deutlich geändert: heute zeigten sich Wahnelemente und ein vertiefter Fatalismus beziehungsweise eine sehr viel deutlicher erfahrene Ohnmacht. Noch einmal verschärft habe sich die soziale Entfremdung, welche nicht allein den alltäglichen Umgang mit anderen, sondern auch die Wahrnehmung beziehungsweise den kognitiven Hintergrund betreffe. Er sei von den Anderen negativ ausgezeichnet und ausgegrenzt. Den Anderen gehe es gut, doch er habe die Welt gegen sich. Dass sich insbesondere das phobische Erleben so deutlich, wenngleich im zeitlichen Abstand auf den Tod des Bruders beziehungsweise erst auf dessen Gedenktag hin so klar manifestiert habe, wirke auf fällig. Der endgültige Verlust des inzwischen recht stark idealisierten und als überlegen empfundenen Bruders, zu dem eine emotionale Nähe immer bestanden habe, habe dem Beschwerdeführer sehr viel Lebenswillen genommen und eine Lücke gerissen. Fast schon erstaunlich erscheine die Wucht des Rückschlages,

welcher dieser Tod mit sich gebracht und bis heute erhalten habe. Doch genau dies sei ein deutlicher Hinweis auf eine ungelöste beziehungsweise konfliktierende Dynamik im Untergrund des Geschehens. Es sei darum nicht allzu gewagt, eine tiefere Ambivalenz in der Erfüllung elterlicher Wünsche als Hintergrund für diese Desequilibration zu sehen. Zunächst sei der Bruder derjenige gewesen, welcher die familiären Ansprüche im Sinne der Eltern hätte verwirklichen sollen. Der Beschwerdeführer habe sich dagegen nie in der Lage gesehen, den Ansprüchen zu genügen, obwohl er sich nach dem Scheitern des Bruders in die Pflicht genommen gesehen habe. Die Lebensgeschichte sei dann allerdings nicht erfolgreich gelaufen. Seine Befindlichkeit habe er darum ständig vor den Eltern verheimlicht. Dieser Druck mache eine Akzentuierung der konfliktierenden Dynamik durch den Tod des Bruders wahrscheinlich, wenn gleich die These, auf welche Weise diese Spannung genau zugenommen habe, letztlich unbeweisbar bleibe. Tatsache sei aber, dass es unter dem Einfluss projektiver Elemente geschehen sei. So zeige sich deutlich, wie sich in kurzer zeitlicher Distanz zum Tod des Bruders mit Akzentuierung und qualitativer Ausweitung der Symptomatik der klinische Ausdruck noch einmal zum Schlechteren verändert habe und dabei zusätzlich Psychopathologien, erst Anzeichen körperlichen Missbefindens und dann Ängste, parallel dazu mit schwerer depressiver Symptomatik, gezeigt hätten. Eine deutliche Verschärfung der Selbsteinschätzung und der selbstkritischen Funktion sei dabei bemerkenswert. Der Beschwerdeführer halte sich für charakterlich schwach und sage, er habe kaum etwas richtig gemacht in seinem Leben und zu wenig Ehrgeiz entwickelt, weshalb er sich vom Leben bestraft fühle. Zugleich gelinge kaum mehr noch eine Aktivierung und es seien keine Interessen mehr vorhanden, die Ambitionen seien erloschen. Mit dem Tod des Bruders gelte dies ganz definitiv. Allenfalls noch einige Trübsalträume vermittelten ihm dabei etwas Halt. Beängstigend in Bezug auf das körperliche Erleben seien die Herzarrhythmien vor allem in der Einschlafphase, aber oft auch aus dem Schlaf heraus. Hinzu kämen Entkörperungsempfindungen mit Atembeklemmungen, wobei der Körper zeitweise paralytisch wirke. So zeigten sich fatale parasomnische Erlebensweisen während einigen Phasen in einer Art Halbschlaf. Die Schlussfolgerungen des letzten Berichtes vom 12. November 2012 blieben aktuell umso deutlicher gültig, als sich auch die gesundheitliche Situation verschlechtert habe. Die Arbeitsunfähigkeit werde auf Dauer hoch bleiben (auch in behinderungsangepassten Tätigkeiten bei über 95 % liegend).

### **E. 2.5**

Das interdisziplinäre Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 25. August 2015 (Urk. 7/77) nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4)

-

Dysthymie (ICD-10: F 34.1)

-

Ganzkörperschmerz mit bei

-

Fehlform/-haltung des Achsenskeletts, insuffizienter muskulärer

Stabilisation, Spondylose BWK 12-LWK 4, Spondylarthrosen  
LWK 3/4 -LWK 5/SWK 1

-

eindrücklicher Osteophyt - lateral am rechten Acetabulumdach ,  
wahrscheinlich Folge eines Apophysenabrisses , weitgehend  
erhaltener Gelenkspalt beidseits, beidseitige Offset-Störung,  
Fibroostosen an Beckenkamm und Tuber  
ischiatricum beidseits

-

Haglund-Exostose beidseits, diskreter Fersensporn rechts

-

Randosteophyten Grosszehengrundgelenke beidseits

-

diskrete Verschmälerung Gelenkspalt unteres Sprunggelenk links

-

Acromio - Clavicular -Arthrose beidseits mit konsekutiver  
Einengung des Subacromialraumes , Enthesiopathie der rechten  
Subscapularissehne , leichte Tendinitis der rechten  
Supraspinatussehne

-

Flexionsfehlstellung unklarer Ätiologie PIP Kleinfinger linke Hand  
Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen :

-

Schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F 10. 1)

-

Status nach Exzision Riesenzelltumor Endglied vierter Finger linke Hand  
am 23. April 2013

-

Status nach Operation an der linken Achillessehne , gemäss Angaben des  
Beschwerdeführers wegen Ruptur, gemäss Unterlagen des Spitals  
Samedan noch vor 1996

-

Divertikulose

-

## Funktionelle Darmbeschwerden

-

Status nach Appendektomie

-

Hämorrhoidalleiden Grad II

-

Adipositas

-

Nikotinabusus

Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sich gezeigt, dass der Grossvater väterlicherseits, der Vater und der Bruder des Beschwerdeführers Alkoholprobleme gehabt hätten. Die Mutter sei in psychiatrischer Behandlung gestanden. Ein Onkel mütterlicherseits habe sich 17-jährig erhängt. Beim Aufwachsen in emotional knapp ausreichenden familiären Umständen mit emotional eher distanzierter, dominanter Mutter und „schwächerem“, alkoholmissbrauchenden Vater bei chronischem Ehekonflikt der Eltern habe der Beschwerdeführer sozial integriert als guter Schüler die Primarschule absolviert und 1975 eine technische Mittelschule zum Maschinenführer mit knappen Resultaten abgeschlossen, wobei er im Technikum als Dörfler von oben herab angeschaut worden sei, es zu disziplinarischen Problemen gekommen sei und er ein schlechter Schüler gewesen sei. Im Militärdienst habe er sich bewähren können, so sei der Beschwerdeführer Kommandant einer Flugzeugartillerie-Kanone über sechs Untergebene gewesen und habe aufgrund seines Engagements freie Tage geschenkt bekommen. Beruflich habe er sich in der Folge in G. an zwei mehrjährigen Stellen als Maschinenführer bewähren können. Mit seinem Onkel väterlicherseits habe er anschliessend eine Metallbaufirma eröffnet, wobei es aufgrund ausgebliebenen Begleichens von Rechnungen zum Konkurs gekommen sei. Seit 1980 führe er eine knapp tragfähige, durch einen chronischen Ehekonflikt belastete Ehe mit einer 1961 geborenen Landsfrau, einer ausgebildeten Krankenschwester. Seine Frau habe sich in ihrem Beruf in der Schweiz adäquat entwickeln können, was dem Beschwerdeführer aber nicht gelungen sei. Sie hätten zwei gemeinsame Söhne: während sich der ältere Sohn, ETH-Ingenieur und Vater dreier Kinder, sowohl beruflich wie familiär konstruktiv entwickeln könne, bleibe der jüngere Sohn, Informatiker und Vater zweier Kinder, in seiner Lebensentwicklung gefährdeter, da er Alkohol und Drogen konsumiere. 1986 habe das Ehepaar ein Eigenheim in der Nähe des Elternhauses beziehen können. Ohne das Ausmass einer Persönlichkeitsakzentuierung zu erreichen, zeige der Beschwerdeführer ein gewisses Verhaftetsein in der Herkunftsfamilie. Er zeige eine adäquate Persönlichkeitsstrukturierung, so sei es ihm gelungen, sich persönlich, schulisch-beruflich, sozial und partnerschaftlich adäquat zu entwickeln und zu positionieren. Vor dem Hintergrund eines in den Akten gut dokumentierten Schmerzprozesses bei Vorhandensein relevanter psychosozialer Faktoren und emotionaler Konflikte habe sich eine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung entwickelt. Der Beschwerdeführer führe seine Schmerzen auf eine Achillessehnenverletzung in den 90er-Jahren zurück, wobei es zu Fehlbelastung der Hüften und des Rückens mit entsprechenden Schmerzen gekommen sei und diese immer

schlimmer geworden seien. Psychosozial erwähnenswert seien die im Vergleich zur Ehefrau knappere berufliche Integration und auch die schwierige Immigration in die Schweiz. Vor der Immigration sei die in G.\_\_\_\_ zusammen mit seinem Onkel väterlicherseits aufgebauten Firma in Konkurs gegangen. In D.\_\_\_\_ habe er als Allrounder in einem Hotel gearbeitet, wobei es „genug“ gewesen sei. Und „schlecht“ sei die Tätigkeit in der Küche des Altersheimes gewesen. Zuerst sei der Beschwerdeführer mit seiner Arbeit in der Schokoladenfabrik E.\_\_\_\_ zufrieden gewesen, doch nach einem Wechsel des Abteilungsleiters und später des Direktors sei es zunehmend zu Spannungen gekommen. Er sei zum Vertrauensarzt eingeladen und später entlassen worden. Trotz 300 Bewerbungen sei es dem Beschwerdeführer in der Folge nicht gelungen, sich beruflich wieder zu integrieren. Zusätzlich habe in dieser Zeit eine erhebliche Alkoholproblematik bestanden. Weiter bereite ihm der jüngere Sohn Sorgen und es bestehe ein chronischer Ehekonflikt. Auch in den Akten würden emotionale Schwankungen beschrieben. So habe beispielsweise der Hausarzt Dr. F.\_\_\_\_ am 6. November 2012 eine mittelschwere depressive Episode bei rezidivierend depressiver Störung diagnostiziert. Der Psychiater Dr. C.\_\_\_\_ habe in seinem Bericht vom 15. November 2012 eine chronifizierte

major

depression mit Akzentuierungstendenz diagnostiziert. Anlässlich der aktuellen Exploration habe die Diagnose einer rezidivierend depressiven Störung nicht bestätigt werden können. Möglicherweise beständen vorübergehende tiefere depressive Einbrüche. Der Alltagsvollzug spreche gegen eine länger andauernde rezidivierend depressive Störung mittelschweren bis schweren Grades. Entsprechend sei die Diagnose einer Dysthymie zu stellen. Diese sei einerseits unter die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, andererseits unter die doch phasenweise beträchtliche Alkoholproblematik zu subsumieren. Nicht ganz klar werde dabei das Ausmass der Alkoholproblematik. 1974 habe der Beschwerdeführer begonnen, Alkohol zu trinken. Ab circa 1986 habe der Konsum zugenommen, wobei der Beschwerdeführer dies auf die zunehmende Verantwortung als Vater zweier kleiner Kinder schiebe. Phasenweise habe er täglich 3 Liter und mehr Bier getrunken, gelegentlich auch etwas Schnaps, dies häufig auf der Terrasse, wenn seine Ehefrau nachts als Nachtwache ihrer Arbeit nachgegangen sei. Im Zusammenhang mit dem alkoholbedingten Todesfall seines Bruders habe er begonnen, weniger zu trinken. Aktuell konsumiere er circa 3 Liter Bier pro Woche. Dies sei als schädlicher Gebrauch von Alkohol zu codieren. Ein Teil der emotionalen Schwankungen dürfte auf den Alkoholmissbrauch zurückzuführen zu sein. Anlässlich der Laboruntersuchung habe sich der CDT-Wert im Normbereich befunden. Der Beschwerdeführer zeige seit Jahren eine deutliche Somatisierung mit Vertreten eines weitgehend somatisch ausgerichteten Krankheitskonzeptes, wobei ihm hintergründig seine berufliche Situation bei erfolgreicher beruflicher Integration seiner Ehefrau als Krankenschwester belastet. Anlässlich der Exploration habe sich der Beschwerdeführer in etwas bedrückter, jedoch modulatio nsfähiger Stimmung gezeigt, das Selbstwörterleben sei etwas gemindert gewesen, er habe ein etwas negativistisches Grübeln gezeigt und der Antrieb sei etwas gemindert gewesen. Insgesamt zeige der Beschwerdeführer jedoch eine weiche, ansprechbare Emotionalität auf, eine Resonanzfähigkeit zeige sich beispielsweise beim Gespräch über Sportsendungen am Fernseher oder über seinen älteren Sohn oder seinen verstorbenen Bruder. Eine depressive Störung sei nicht nachweisbar. Er habe gewisse diffusere Ängste in Bezug auf seine berufliche Situation, die knappen Finanzen, die nicht einfache Ehe ge äussert. Eine Angst

störung sei jedoch nicht nachweisbar. Die Psychomotorik sei zu Beginn etwas gemindert gewesen, habe sich bei entsprechenden Themen aber verflüssigt. Kognitive Störungen liessen sich nicht nachweisen, so sei der Beschwerdeführer aktenkonform über sein Leben orientiert und kenne die Geburtsdaten seiner Angehörigen detailliert. Psychotisches oder psychosenahes Erleben und Verhalten könnten nicht nachgewiesen werden. Das Bewusstsein und die Orientierung seien erhalten. Verhaltensauffälligkeiten seien bereits zuvor skizziert worden. Das Ehepaar bewohne seit 2008 eine Eigentumswohnung im zweiten Stock mit Balkon und Lift; über die genauen Hypothekarschulden sei er nicht orientiert, der Mietzins betrage circa Fr. 10'000.- pro Jahr. Schon immer habe seine Ehefrau die Kreditkarten überzogen und er wisse nicht, was sie mit dem Geld mache. Ansonsten seien keine Schulden vorhanden. Das Ehepaar besitze ein Haus in G.\_\_\_\_ in unmittelbarer Nähe zum ehemaligen Elternhaus. Der Beschwerdeführer fahre zwei- bis dreimal jährlich dorthin, per Bus oder mit dem Auto, zusammen mit seiner Ehefrau oder alleine. Dort verkehre er sozial mit Bekannten. Zur Begutachtung sei er zusammen mit seiner Ehefrau im Auto hergefahren; das Auto sei geleast und koste Fr. 150.-- Leasinggebühr monatlich. Fahre er mit dem Zug nach I.\_\_\_\_ oder J.\_\_\_\_, beziehe er Einzelfahrkarten. Im Fernsehen verfolge er beispielsweise Geschichten über grössere Kriege oder Sportsendungen, wobei heute Frauenfussball interessanter als Männerfussball sei. Im Computer lese er Zeitungen. In G.\_\_\_\_ verkehre er mit Bekannten: einer sei Mechaniker, einer Ingenieur, einer Ladenbesitzer und einer Heizungstechniker. Persönlichere Themen würden dabei wenig besprochen. Vier bekannte Familien seien in der letzten Zeit wieder in ihre Heimatländer zurückgekehrt.

Anlässlich der Laboruntersuchung befinde sich das Venlafexin im therapeutischen Bereich, Trazodon im suboptimalen Bereich und das im Z.\_\_\_\_ - Aufnahmeblatt erwähnte Tilur sei nicht nachweisbar.

Beim Beschwerdeführer fänden sich im rheumatologischen Fachgutachten ausführlich beschriebene Veränderungen, wobei diese jedoch die ausgeprägte Schmerzproblematik und vor allem auch die geltend gemachten funktionellen Einschränkungen nicht zu erklären vermöchten. Trotz der serologischen Abnormalitäten könne das Vorliegen einer entzündlich-rheumatischen Grunderkrankung ausgeschlossen werden. Auch fänden sich keine Hinweise für eine radiokuläre Problematik.

Aus allgemeiner internistischer Sicht könnten keine arbeitsrelevanten Pathologien nachgewiesen werden.

Aus psychiatrischer Sicht könne dem Beschwerdeführer sowohl in bisheriger als auch in adaptierter Tätigkeit eine Rendement-Verminderung von 20 % infolge anhaltender somatoformer Schmerzstörung/ Dysthymie seit 2010 attestiert werden. Die Foerster'schen Kriterien seien in Kenntnis der neuen Rechtsprechung vom 3. Juni 2015 analysiert worden, wobei der Beschwerdeführer eine gute Persönlichkeitsstrukturierung zeige. Beim nachgewiesenen Alltagsvollzug des Beschwerdeführers könne die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ nicht geteilt werden. Bei weiterhin vorhandenen psychosozialen Belastungsfaktoren wie Arbeitslosigkeit und nicht gelungener ausbildungsgemässer beruflicher Integration in die Schweiz dürften die Erfolge einer integrativ-psychiatrischen Behandlung nicht allzu hoch veranschlagt werden. In Bezug auf die Alkoholproblematik wäre das Verfolgen des CDT-Wertes oder entsprechender Haaranalysen sinnvoll, wobei das Auferlegen einer Schadenminderungspflicht dem Rechtsanwender obliege. Psychiatrischerseits sei der Beschwerdeführer in der Vergangenheit jedenfalls durchaus in der Lage gewesen,

Belastungen zu ertragen.

Aus allgemeinärztlicher Sicht bestehe volle Belastbarkeit.

Von rheumatologischer Seite könnten dem Beschwerdeführer aufgrund der Veränderungen des Achsenskeletts und der Hüftgelenke schwere bis mittelschwere Arbeiten nicht

mehr zugemutet werden. Möglich seien jedoch weiterhin leichte bis maximal mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten unter Ausschluss von Zwangshaltungen sowie Arbeiten, welche Gehen auf unebenem Grund, repetitiven Steigen auf Leitern oder Treppen sowie Arbeiten in der Höhe notwendig machen. Des Weiteren sollten dauernde oder wiederholte Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen ausgeschlossen werden, obwohl strukturell nur leichte Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette rechts nachgewiesen worden seien, jedoch bereits seit 2006 Beschwerden im Sinne einer Periarthropathia

humeroscapularis rechts dokumentiert seien. Eine retrospektive Beurteilung, ab wann die aus von rheumatologischer Seite notwendigen Einschränkungen gälten, sei sehr schwierig, da die Datenlage teilweise lückenhaft sei. Rein aufgrund der vorliegenden radiologischen Dokumente könne ausgesagt werden, dass die Veränderungen im Bereich der Hüftgelenke seit 2003 dokumentiert seien und degenerative Veränderungen grösseren Ausmasses im Bereich des Achsenskeletts seit 2005, sodass die festgestellten Einschränkungen wahrscheinlich bereits seit 2005 gälten. Zu diesem Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer noch arbeitstätig gewesen. Bei der vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiter Produktion Kirschstängeli handle es sich aus rheumatologischer Sicht, basierend auf den Angaben des Arbeitgebers vom 12.

März 2012, um eine angepasste Tätigkeit, welche ihm vollschichtig zumutbar sei. Laut Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) sei der Beschwerdeführer zudem bis 2008 nebenamtlich als Hauswart tätig gewesen, wo bei gemäss seinen Aussagen die Familienmitglieder die Arbeiten erledigt hätten. Doch könne vorliegend nicht beurteilt werden, wer diese Arbeiten durchgeführt habe und wie gross die zeitliche und körperliche Belastung gewesen sei und ob diese Arbeiten demzufolge dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht zumutbar gewesen seien oder noch wären.

Aus gesamtheitlicher Sicht gelte somit die psychiatrisch bedingte Rendement-Verminderung von 20 % unter Berücksichtigung des rheumatologisch-formulierten Profils. 3.

### **E. 3**

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

#### **E. 3.1**

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung recht mässig eingeholten Gutachten ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/ bb). Bei der Würdigung der Gutachten gilt es jedoch zu beachten, dass ein Gutachten zwar zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen hat und diese Ausführungen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bilden, es jedoch letztlich der

rechtsanwendenden Behörde - der Verwaltung oder, im Streitfall, dem Gericht - obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im Rechtssinne, beziehungsweise eine solche rentenbegründender Art eingetreten ist (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 105 V 156 E. 1 in fine und BGE 132 V 93 E 4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1 mit Hinweisen).

### E. 3.2

Das interdisziplinäre Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 25. August 2015 (Urk. 7/77) basiert auf einer umfassenden internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend darlegt und die Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem interdisziplinären Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.5).

3.3

Der rheumatologische Gutachter beschrieb ausführlich, dass beim Beschwerdeführer Veränderungen des Achsenskeletts und der Hüftgelenke vorliegen. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass diese festgestellten rheumatologischen Veränderungen die ausgeprägte Schmerzproblematik und vor allem die geklagten Beschwerden nicht gänzlich zu erklären vermögen. Auch die Nicht-Einnahme des Antirheumatikums

Tilur, welches entzündungshemmende, schmerzlindernde und fiebersenkende Wirkung besitzt, spricht gegen einen allzu grossen Leidensdruck. Nichtsdestotrotz hielt der Rheumatologe gestützt auf die aus den rheumatologischen Veränderungen resultierenden funktionellen Einschränkungen ein limitierendes Belastungsprofil fest: Möglich seien demnach

weiterhin leichte bis maximal mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten unter Ausschluss von Zwangshaltungen sowie Arbeiten, welche Gehehen auf unebenem Grund, repetitives Steigen auf Leitern oder Treppen sowie Arbeiten in der Höhe notwendig machen. Des Weiteren sollten dauernde oder wiederholte Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen ausgeschlossen werden. Da sich der Gutachter auf die Angaben des Arbeitgebers hinsichtlich der Beschreibung der individuellen Tätigkeit (Fragebogen für Arbeitgeber vom 12. März 2013, Urk. 7/19 S. 20) stützte, wonach diese oft leicht (0-10 Kilogramm) und manchmal mittelschwer (10-25 Kilogramm) sowie wechselbelastend, vorwiegend aber im Gehen und Stehen auszuüben war, attestierte er dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, da diese eben die genannten Kriterien aus rheumatologischer Sicht erfüllte.

In diesem Zusammenhang rügt der Beschwerdeführer, dass die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiter Produktion Kirschstängeli nicht leidensangepasst im Sinne des rheumatologisch-formulierten Belastungsprofils sei (vgl. Urk. 1 S. 8-9 und Urk. 3/5-7). So habe er regelmässig Zuckersäcke von 25-50 Kilogramm in die Maschinen einfüllen und dabei sogar über die Horizontale heben müssen. Der Arbeitgeberbericht vom 12. März 2012 (Urk. 7/19), der sich in den Akten befindet, gibt das Belastungsprofil vermutlich unzutreffend wieder, da die Tätigkeit vor Eintritt des Gesundheitsschadens als „Produktionsmitarbeiterin“ beschrieben (vgl. S. 1), die körperliche Tätigkeit Heben und Tragen als oft leicht und manchmal mittelschwer bezeichnet wird (vgl. S. 6) und von „Frau

H.\_\_\_\_ “

die „in der Produktion in der Verformungsabteilung an den Anlagen“ gearbeitet habe, die Rede ist (vgl. S. 7). Aus den bei liegenden Fotoausdrücken (Urk. 3/5) und der Videodokumentation von Y.\_\_\_\_ (Urk. 3/7) ist entgegen diesen Umschreibungen ersichtlich, dass der Beschwerdeführer oft eine als schwer (über 25 Kilogramm) einzustufende Arbeit zu verrichten hatte. Auch wenn nicht abschliessend feststeht, dass die Z.\_\_\_\_-Gutachter dieselben Definitionen für leicht, mittelschwer und schwer verwenden, ist angesichts der Darlegungen des Beschwerdeführers, wonach er unter anderem zu circa einem Drittel der Tätigkeit diese 50 Kilogramm-Zuckersäcke einfüllen und auch regelmässig Lasten über die Horizontale heben musste (vgl. Urk. 3/6 S. 2, Füllen von Alkohol in die Alkoholtanks), davon auszugehen, dass die bisherige Tätigkeit nicht behinderungsangepasst im Sinne des vom begutachtenden Rheumatologen festgelegten Belastungsprofils ist. Demnach ist der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, eine leidensangepasste

Tätigkeit ist ihm aber vollschichtig zumutbar.

Dass der rheumatologische Gutachter einen schrittweisen Arbeitseinstieg mit initial zwei mal zwei Stunden pro Tag sukzessiver Steigerung über einen Zeitraum von sechs Monaten empfahl (vgl. Urk. 7/77 S. 25), führt - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7) - nicht zu einer 55%igen Arbeitsunfähigkeit.

Ein dekonditionierter Zustand ist nach der Rechtsprechung bei der Beurteilung der Invalidität ausser Acht zu lassen, da er mit einer zumutbaren Willensanstrengung innerhalb weniger Wochen verbessert werden kann (Urteil I 884/05 vom 15. März 2006 E. 2.2).

### **E. 3.4**

.4

Die vom psychiatrischen Gutachter gestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) erscheint aufgrund seiner weiteren Feststellungen nachvollziehbar. Die Gutachter kamen im Rahmen der Gesamtbewertung zum Schluss, dass der Beschwerdeführer wegen dieses psychischen Leidens eine Rendement-Verminderung von 20 % aufweise. Wie dargelegt, ist diese Einschätzung durch die rechtsanwendenden Behörden – das heisst durch die IV-Stelle respektive im Beschwerdefall das Gericht - im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen.

Die Beschwerdegegnerin hat in Anwendung der mit BGE 141 V 281 neu eingeführten bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache mittels Standardindikatoren (vgl. E.

### **E. 3.5**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht eine adaptierte Tätigkeit (leicht bis maximal mittelschwer, wechselbelastend, ohne Zwangshaltungen sowie ohne Arbeiten, welche Gehen auf unebenem Grund, repetitives Steigen auf Leitern oder Treppen sowie Arbeiten in der Höhe notwendig machen und ohne dauernde oder wiederholte Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen) zu 100 % zumutbar ist. In psychiatrischer Sicht ist - entgegen der gutachterlichen Beurteilung des Z.\_\_\_\_-Psychiaters - von einer vollen Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. 4. 4.1

Anhand eines Einkommensvergleichs ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns abzustellen (BGE

128 V 174, BGE 129 V 222). Das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG endete im Januar 2011, nachdem er seit Januar 2010 durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen war (Urk. 7/14 S. 3). Im Weiteren meldete sich der Beschwerdeführer am 2. September 2011 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 7/8), womit die sechsmonatige Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG im März 2012 endete und der frühestmögliche Rentenbeginn im März 2012 liegt. 4.2

Nach der Rechtsprechung darf ausnahmsweise von der ärztlich geschätzten Arbeitsfähigkeit ohne weiteres auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_994/2010 vom 12. April 2011 E. 3.2.3). Dies trifft beispielsweise dann zu, wenn die beiden Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu ermitteln sind, was vorliegend zu bejahen ist. Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses erfolgte aus invaliditätsfremden Gründen, weshalb der Beschwerdeführer auch ohne Gesundheitschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr dort arbeiten und somit bei der Bestimmung des Valideneinkommens ohnehin nicht vom Lohn bei besagter Firma – der in etwa dem Tabellenlohn für Hilfsarbeiten entspricht – ausgegangen werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_5/2009 vom 16. Juli 2009 E. 2.3).

Folglich entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn, der höchstens 25 % betragen darf (BGE 135 V 297 E. 5.2). Da der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist (vorstehend E.

### **E. 3.6**

) kann vorliegend offen bleiben, ob dem Beschwerdeführer ein Abzug gewährt werden müsste, da selbst bei der Gewährung des maximal

möglichen Abzugs von 25 % kein rentenbe gründender Invaliditätsgrad resultieren würde.

Die Beschwerde ist demnach abzuweisen. 5.

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zu bemessen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzu setzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt.

3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine 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.