

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01213 vom 10. Januar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01213](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01213)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01213 du 10 janvier 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01213 del 10 gennaio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.00**

2).

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

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. 1.3**

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

### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die

geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 31. Oktober 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 4. Oktober 2016 (Urk. 2) und beantragte sinngemäss, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1). Die IV-Stelle bean tragte mit Beschwerdeantwort vom 30. November 2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Am 9. Mai 2017 reichte der Beschwerdeführer weitere Belege ein (Urk. 8; Urk. 9/1-9), welche der Beschwerdegegnerin am 30. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Maurer vollständig arbeitsunfähig sei. Eine ange passte Tätigkeit sei ihm hingegen zu 80 % zumutbar. Nach Vornahme des Ein kommensvergleichs resultiere ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), er sei vollständig arbeitsunfähig. Die gutachterliche psychiatrische Beurteilung habe die durch Dr. med. Z. \_\_\_ respektive Dr. med. A. \_\_\_ gestellte Diagnose nicht berücksichtigt beziehungsweise aufgehoben. Eine solche retrograde Fern- und Fehldiagnose sei inakzeptabel. Er sei aktuell immer wieder schwer depressiv und die Schmerzen hätten stark zugenommen. Auch die Sehfähigkeit nehme immer mehr ab. Die Beschwerdegegnerin sei auf die Kritik nicht eingegangen, wodurch ihm das rechtliche Gehör verweigert worden sei (S. 1 f.). Aktuelle Arztberichte würden belegen, dass seine Schmerzen objektivierbar seien (Urk. 8).

### **E. 2.3**

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

Vorab gilt es die vom Beschwerdeführer gerügte Gehörsverletzung zu beurtei len, wonach sich die Beschwerdegegnerin nicht mit den Einwänden auseinan dergesetzt habe (vgl. Urk. 1 S. 2). 3.2

Ein Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör, wie er neben der explizi ten gesetzlichen Regelung in Art. 42 ATSG auch in Art. 29 Abs. 2 der Bundes verfassung (BV) garantiert wird, ist das Recht der versicherten Person, sich vor Erlass eines in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äus sern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentli cher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1).

Der Gehörsanspruch verpflichtet die Behörde, die Vorbringen der betroffenen Person auch tatsächlich zu hören, zu prüfen und in der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen, weshalb sie

ihren Entscheid zu begründen hat (BGE 134 I 83 E. 4.1). Die Beschwerdegegnerin darf ihre Begründung allerdings auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken und muss sich nicht ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen (BGE 133 I 270 E. 3.1, 124 V 180 E. 1a); es ist nicht erforderlich, dass sich die Begründung mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt (BGE 136 I 184 E. 2.2.1). Um den verfassungsrechtlichen Anforderungen zu genügen, muss die Begründung wenigstens kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde bei ihrem Entscheid hat leiten lassen und auf die sich der Entscheid stützt. Aus der Begründung muss jedenfalls ersichtlich werden, ob und weshalb die Behörde ein Vorbringen einer Partei für unzutreffend beziehungsweise unerheblich hält. Es muss erkennbar sein, ob die Behörde es überhaupt in Betracht gezogen hat. Sie darf sich nicht auf den Hinweis beschränken, die Überlegungen der versicherten Person seien zur Kenntnis genommen und geprüft worden (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2015, N 56 zu Art. 49 ATSG, mit Hinweis auf BGE 124 V 182). 3.3

Dem Beschwerdeführer ist zwar insoweit beizupflichten, als die Beschwerdegegnerin nicht konkret auf die einzelnen Vorbringen eingegangen ist. Dies ist im Lichte der vorgenannten Rechtsprechung indessen auch nicht zwingend erforderlich. Indem die Beschwerdegegnerin erklärte, dass sie sich für die Beurteilung auf das Gutachten abgestützt habe (vgl. Urk. 2 S. 2), wurden die dem Entscheid zugrunde gelegten wesentlichen medizinischen Überlegungen zumindest kurz genannt, weshalb nicht von einer gewichtigen Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen werden kann. Zudem hat der Beschwerdeführer die Gelegenheit erhalten, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann, womit auch eine allfällige Gehörsverletzung als geheilt betrachtet werden kann (BGE 132 V 387 E. 5.1, 124 V 180 E. 4a). 4. 4.1

Am 27. August 2004 erfolgte in der Augenklinik des B.\_\_\_\_ eine Enukleation und Implantation eines Silikonimplantates bei dringendem Verdacht auf ein Aderhautmelanom bei nicht nachweisbarer Metastasierung (vgl. Operationsbericht vom 27. August 2004, Urk. 6/148/4). 4.2

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Arbeitsmedizin, nannte mit Bericht vom 18. Oktober 2013 (Urk. 6/87) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - reaktive Depression bei Oligoasthenotestozoospermie Grad III sowie Status nach Trennung von der Ehefrau - Status nach Enukleation des rechten Auges bei Aderhautmelanom

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachtete er – hier gekürzt aufgeführt – einen Status nach erstgradiger offener Unterschenkelfraktur rechts (S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei vom 29. März bis 19. April 2013 in der bisherigen Tätigkeit als Maurer vollständig arbeitsunfähig gewesen. Diese Tätigkeit sei ihm noch zu 50 % zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit mit deutlich weniger physischer Belastung sei er ab sofort zu 100 % arbeitsfähig (S. 2 f. Ziff. 1.6-1.7, Ziff. 1.9). 4.3

Am 26. Februar 2014 wurde in der D.\_\_\_\_ aufgrund eines Tumors mit Kapsel im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) suboccipital auf der Mittellinie eine En-bloc-Resektion des Tumors von kutan bis subkutan bis ins Fascia-Gewebe vorgenommen. Das histologische Resektat zerviko-occipital zeigte ein apokrines Hydrozytom (vgl. Operationsbericht vom 26. Februar

2014, Urk. 6/126/6-7). 4.4

Mit Bericht vom 3. Juni 2014 (Urk. 6/118/11) diagnostizierten die Ärzte der E.\_\_\_\_ ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit ischialgiformer Ausstrahlung links mit multisegmentalen ausgeprägten degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) und Verdacht auf eine foraminale Kompression L5 links. Als Nebendiagnosen erwähnten sie einen Status nach unfallbedingter offener Unterschenkelfraktur rechts im Jahr 2007 (richtig: 2006) und Versorgung mit einer Plattenosteosynthese, einen Status nach Entfernung eines Melanoms am rechten Auge sowie einen Status nach Entfernung eines benignen Tumors nuchal vor einer Woche. Die bisherige Tätigkeit als Maurer sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Es werde eine leichte bis mittel schwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne länger dauernde oder repetitive Zwangshaltungen beziehungsweise länger vorgeneigte Arbeiten empfohlen. 4.5

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab mit Bericht vom 10. Juni 2014 (Urk. 6/119/4-9) an, dass er den Beschwerdeführer seit dem 6. Januar 2014 behandle (S. 2 Ziff. 3.1) und eine gegenwärtig mittel gradige bis schwere Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.2) aufgrund schwerwiegender körperlicher Beeinträchtigungen und Operationen diagnostizieren könne (S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei seit Februar 2014 sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Maurer als auch in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (S. 1 Ziff. 2, S. 4 Ziff. 5.2). Eine Prognose sei erst auf längere Sicht möglich (S. 2 Ziff. 3.7). 4.6

Mit Bericht vom 23. September 2014 (Urk. 6/127) nannte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie, folgende – hier gekürzt aufgeführte - Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Melanom am rechten Auge mit Status nach Exenteratio orbitae rechts zirka im Jahr 2004, unter vollständiger Remission - apokrines Hydrozytom suboccipital medial im Subkutangewebe bei Status nach Resektionsbiopsie am 26. Februar 2014 - chronisches Lumbovertebralsyndrom mit Verdacht auf Bandscheibenläsion L2/3 und L3/5 - Status nach Unterschenkelfraktur rechts im Jahr 2006 mit Tibiaplattenosteosynthese und Revision mit Knochenspan

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachtete er im Wesentlichen ein Schwannom im Caput laterale des Musculus gastrocnemius links am Übergang zum Caput mediale des linken Unterschenkels bei Status nach am 16. Juni 2014 erfolgter En-bloc-Resektionsbiopsie (S. 1 Ziff. 1.1). Die Behandlung des Schwannoms sei am 3. September 2014 bei vollständiger Beschwerdefreiheit abgeschlossen worden (S. 2 Ziff. 1.5). Der Beschwerdeführer sei nach der am 16. Juni 2014 erfolgten Operation zwei Wochen lang vollständig arbeitsunfähig gewesen. Danach habe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden (S. 3 Ziff. 1.6). 4.7

Dem Bericht der Ärzte der E.\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2014 (Urk. 6/128) ist im Wesentlichen eine chronische Lumbalgie bei ausgeprägter multisegmentaler Osteochondrose L1-5 zu entnehmen. Zudem beklage der Beschwerdeführer linksseitige Leistenschmerzen, wobei die Beckenübersichtsaufnahme vom Dezember 2013 eine beginnende Coxarthrose links zeige (S. 1 f.). 4.8

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie, stellte mit Bericht vom 12. Januar 2015 (Urk. 6/132) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Verdacht auf ein Lipom occipital auf der Mittellinie rechts - Status nach Exenteratio orbitae

rechts aufgrund eines Melanoms, aktuell kein Verdacht auf ein Rezidiv - Status nach En-bloc-Resektion eines Tumors von kutan bis subkutan bis ins Fascia-Gewebe, Tumor mit Kapsel im HWS-Bereich suboccipital auf der Mittellinie (26. Februar 2014) - Histologie Resektat zerviko-occipital: apokrines Hydrozytom - Schwannom am Caput laterale des Musculus gastrocnemius links am Übergang des Caput mediale bei Status nach En-Bloc-Resektion des Tumors und En-Bloc-Biopsie am 16. Juni 2014

Die neurologische Untersuchung zeige keine residuellen neurologischen Defizite nach Entfernung des Neurinoms, sondern lediglich eine moderate Hypoästhesie am linken Unterschenkel (S. 2 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei aufgrund der schweren Sehbehinderung bei Status nach Exenteratio orbitae rechts, der Diagnose eines Melanoms und den rezidivierenden Rückenschmerzen sowie der Hüftproblematik links zu 60 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6). 4.9

Am 24. April 2015 wurde in der E.\_\_\_\_ bei diagnostizierter symptomatischer mässiggradiger Coxarthrose links eine linke Hüfttotalprothese über einen direkten anterioren Zugang eingesetzt (vgl. Operationsbericht vom 24. April 2015, Urk. 6/139/7-8). Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Die radiologische Bildgebung habe eine korrekte Lage der Implantate gezeigt. Der Beschwerdeführer sei am 30. April 2015 entlassen worden (vgl. Austrittsbericht vom 28. April 2015, Urk. 6/139/9-10). 4.10

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, E.\_\_\_\_, erklärte mit Bericht vom 9. Juli 2015 (Urk. 6/139/1-5), dass eine Rückkehr des Beschwerdeführers in die bisherige Tätigkeit als Maurer aufgrund der multiplen Diagnosen am Bewegungsapparat nicht möglich sei. In einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit sei er zu 40 bis 50 % arbeitsfähig (S. 3 Ziff. 1.7-1.8, S. 5). 4.11

Mit Bericht vom 14. September 2015 (Urk. 6/142) diagnostizierte Dr. Z.\_\_\_\_ in psychiatrischer Hinsicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0-1), welche sich nach der erfolgten Hüftoperation ab Mai 2015 leicht verbessert habe (S. 1 Ziff. 1.2). Dem Beschwerdeführer sei keine Tätigkeit zumutbar (S. 1 Ziff. 2.1-2.2). Die Prognose sei schwierig und von der Rückenproblematik sowie den Problemen durch die Augenprothese abhängig (S. 2 Ziff. 3.3). 4.12

Am 23. Mai 2016 erstatteten die Gutachter des I.\_\_\_\_ ihr polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Ophthalmologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 6/160/2-28). Dabei nannten sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23 Ziff. 5.1): - chronische Beschwerden an der lumbalen Wirbelsäule und am dorsalen Beckenbereich beidseits mit/bei: - anamnestisch gutem Ansprechen auf Fazettengelenksinfiltration L2-4 beidseits am 15. April 2014 und L4/5 am 17. September 2014 - anamnestisch gutem Ansprechen auf periradikuläre Infiltration L5 links am 1. Mai 2014 - radiologisch deutlicher Osteochondrose L3-5 und Diskushernie L4/5 links mit Irritation der Nervenwurzel L5 links - chronisch intermittierende Beschwerden im Bereich des rechten Unterschenkels mit/bei: - Status nach erstgradig offener Unterschenkelfraktur am 16. November 2006 - Status nach Platten- und Schraubenosteosynthese der distalen Tibia am 16. November 2006 - Erysipel am Unterschenkel im postoperativen Verlauf - Status nach Sequestrektomie und Spongiosaplastik tibial nach Knochenentnahme vor allem

im Bereich des rechten Iliosakralgelenks am 16. Januar 2008 bei Pseudarthrose - klinisch vermehrter Aussenkreiselung des Unterschenkels mit Knick-Senk-Spreizfussdeformität - aufgehobene Sehfähigkeit rechts und leicht verminderte Sehfähigkeit links mit/bei: - anlagebedingter Fehlsichtigkeit (Myopie, Astigmatismus) - Presbyopie - Makropapille - Anophthalmus nach Aderhautmelanom - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), bei Status nach mittelgradiger depressiver Episode im Jahr 2013 (ICD-10 F33.1)

Zudem nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 5.2): - Status nach Implantation einer Hüfttotalprothese links über einen direkten anterioren Zugang am 24. April 2015 bei symptomatischer mässiggradiger Coxarthrose, radiologisch regelrechter und klinisch unauffälliger Befund - Status nach En-Bloc-Resektionsbiopsie einer Weichteilraumforderung am dorsalen linken Unterschenkel am 16. Juni 2014 bei einem Schwannom - arterielle Hypertonie - fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1) - Status nach konservativ behandelter Fraktur im Bereich des abdominalen linken Daumens vor Jahren, anamnestisch - Status nach En-Bloc-Resektion eines Tumors subokzipital in der Mittellinie am 26. Februar 2014, histologisch apokrines Hidrozystom - neu aufgetretene, im Verlauf regrediente Gefühlsstörung an Vorderarm Hand der dominanten rechten Seite ulnar

Aus internistischer Sicht könne aufgrund des Vorliegens einer arteriellen Hypertonie und eines fortgesetzten Nikotinkonsums keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 8 Ziff. 3.4, S. 25 Ziff. 6.2).

Während der psychiatrischen Untersuchung sei ein leicht depressives Zustandsbild aufgefallen. Es lägen eine depressive Niedergestimmtheit sowie eine Schlafstörung vor. Aktuell könne noch eine leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung festgestellt werden, wogegen wohl in den Jahren 2013 und 2014 ein stärkeres depressives Zustandsbild mit einer Arbeitsunfähigkeit von wahrscheinlich 50 % vorgelegen habe. Der Beschwerdeführer habe in den letzten Jahren verschiedene Schicksalsschläge verkraften müssen, auf welche er mit einem depressiven Rückzug und einem Verlust des Antriebs reagiert habe. Aktuell könne aus psychiatrischer Sicht für sämtliche Tätigkeiten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % attestiert werden. Die Stützung durch die psychiatrische Behandlung sollte fortgesetzt werden. Er wirke etwas aufgehellter, aber noch nicht völlig stabil (S. 11 ff. Ziff. 4.1.3.1-4.1.3.5, Ziff. 4.1.7; S. 25 Ziff. 6.2).

In orthopädischer Hinsicht würden sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde weitgehend begründen lassen. Angesichts der deutlichen mehrsegmentalen Degeneration sei der lumbale Rückenschmerz durchaus nachvollziehbar, während die Symptomatik im Bereich der dorsalen Beckenkämme eher myotendinotischer Natur zu sein scheine, eine Affektion des rechten Iliosakralgelenks bei möglichem positivem Menell-Zeichen sei aber nicht auszuschliessen. Auch die Beschwerden an der rechten unteren Extremität seien angesichts der Fehlstellungen am Unterschenkel und Fuss nach wiederholt operativ behandelter Fraktur durchaus nachvollziehbar. In der bisherigen sowie anderen körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten bestehe spätestens seit dem 3. Juni 2014 eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit liege dagegen seit jeher eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor. Das repetitive Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, das wiederholte Überwinden von Treppen und unebenem Grund sowie das häufige Bücken sollten dabei vermieden werden (S. 19 f. Ziff. 4.2.4-4.2.6; S. 25 Ziff. 6.2).

Aus ophthalmologischer Sicht sei im Jahr 2004 ein Aderhautmelanom im rechten Auge diagnostiziert und eine Enukleation durchgeführt worden (S. 21 Ziff. 4.3.1). Am linken Auge könne ein altersentsprechender intakter Befund erhoben werden. Aufgrund der Monokelsituation bestehe ein eingeschränktes Gesichtsfeld. Stereosehen sei nicht möglich. In allen Tätigkeiten, die durch durchschnittliche Anforderungen an das Sehvermögen stellen würden, bestehe eine 10%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der Einäugigkeit seien potentiell gefährliche Arbeitsplätze nicht geeignet (S. 23 Ziff. 4.3.4-4.3.5; S. 25 Ziff. 6.2).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer sämtliche körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne wiederholtes Treppensteigen oder Gehen auf unebenem Grund, ohne häufiges Bücken, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie ohne Tätigkeiten, welche ein intaktes Gesichtsfeld oder Stereosehen erfordern würden, bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf. Die leichten Leistungseinbußen aus somatischer und psychiatrischer Sicht seien nicht zu addieren, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten (S. 25 Ziff. 6.2). Die Unzumutbarkeit für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sei seit April 2014 anzunehmen. Bis Ende 2014 könne aufgrund eines andauernden höhergradigen depressiven Zustandsbildes mit mittelgradiger Episode auch in einer angepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Seit Januar 2015 sei von der aktuell attestierten 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 25 Ziff. 6.3). Von medizinischen Massnahmen sei eine Erhaltung, nicht aber eine Verbesserung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 26 Ziff. 6.6). 4.13

Mit Stellungnahme vom 6. Juni 2016 empfahl med. pract. J. \_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), für die Beurteilung auf das Gutachten abzustellen. Das Anforderungsprofil in der bisherigen Tätigkeit als Maurer übersteige die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers. In dieser Tätigkeit sei er seit April 2014 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dauerhaft vollständig arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit habe bis Ende 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Seit Januar 2015 sei von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Dabei müsse es sich um eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne häufiges Treppensteigen oder Gehen auf unebenem Gelände, ohne häufiges Bücken, ohne Heben und Tragen von Lasten schwerer als 10 kg und ohne Arbeiten, welche ein intaktes Gesichtsfeld oder Stereosehen erfordern würden, handeln (vgl. Urk. 6/170 S. 7 f.). 4.14

Dem undatierten und am 9. Juni 2016 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht (Urk. 6/161; vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 6 S. 7) von Dr. med. K. \_\_\_\_, Facharzt für Ophthalmologie, ist als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Monokelauge zu entnehmen. Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine Myopie sowie einen Astigmatismus (S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer erleide daher auf der rechten Seite eine Sehfeld einschränkung. In einer angepassten Tätigkeit sei er zu fünf bis sechs Stunden pro Tag arbeitsfähig (S. 2 f. Ziff. 1.7). 4.15

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer unter anderem einen Bericht der Ärzte des B. \_\_\_\_, vom 16. März 2017 (Urk. 9/7) ein, worin folgende Diagnosen erwähnt werden (S. 1): - chronisch lumbales Schmerzsyndrom mit multisegmentaler Osteochondrose L2/3, L3/4 und L4/5 mit/bei: - Status nach Steroidinfiltration am 28. November

2016 - Status nach Mini-Lumbotomie links, Diskektomie L3/4 und ventraler Stab-/Cage-Spondylodese L3/4 sowie Biopsieentnahme am 2. Februar 2017 - bisher keinem Keimnachweis - aktuell radikulärem Schmerz-/Ausfallsyndrom L3/4 links - Status nach Hüfttotalprothese links zirka 2014, anamnestisch

Im Bereich der lumbalen Wirbelsäule sei es zu einer Verbesserung der Schmerz situation gekommen. Allerdings sei ein inkomplettes, akut sensomotorisches radikuläres Ausfallsyndrom L3 bestätigt worden. Hinweise für eine Durchtrennung der Nervenwurzel ergäben sich in der elektrodiagnostischen Untersuchung nicht (S. 2). 5. 5.1

Vorab ist festzuhalten, dass der Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Rahmen der im Juli 2006 erfolgten erstmaligen Anmeldung zum Leistungsbezug infolge Verletzung der Mitwirkungspflicht materiell nicht geprüft wurde (vgl. Urk. 6/23), weshalb vorliegend nicht festzustellen ist, ob der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung eine Veränderung erfahren hat, womit kein Nachweis eines Revisionsgrundes im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG erfolgen muss (vgl. hierzu BGE 133 V 108 E. 5.2-5.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 5.2

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das polydisziplinäre Gutachten des I.\_\_\_\_ (Urk. 6/160/2-28) den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich entspricht, weshalb für die Entscheidungsfindung – der RAD-Stellungnahme folgend (vgl. Urk. 6/170 S. 7 f.) – darauf abgestellt werden kann. So erweist es sich als für die strittigen Belange umfassend, werden die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand sowie Arbeitsfähigkeit ausführlich begründet und beruht es auf den notwendigen Untersuchungen in internistischer, orthopädischer, ophthalmologischer sowie psychiatrischer Hinsicht mit jeweils ausführlicher Befundaufnahme (vgl. S. 8 Ziff. 3.2, S. 10 f. Ziff. 4.1.2, S. 16 ff. Ziff. 4.2.2, S. 21 f. Ziff. 4.3.2). Dabei wurden die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (vgl. S. 6 f. Ziff. 3.1.1, S. 9 Ziff. 4.1.1.2, S. 14 f. Ziff. 4.2.1, S. 21 Ziff. 4.3.1) in angemessener Weise berücksichtigt und das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten erstattet, wobei auch eine Auseinandersetzung mit den abweichenden medizinischen Einschätzungen erfolgte (vgl. S. 3 ff. Ziff. 2.1-2.2, S. 14 Ziff. 4.1.6, S. 20 f. Ziff. 4.2.8). Der konkreten medizinischen Situation trägt es angemessene Rechnung. 5.3

So legten die Gutachter in somatischer Hinsicht in nachvollziehbarer Weise dar, dass sich die orthopädisch beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde weitgehend begründen liessen, wobei insbesondere die hauptsächlich beklagten Rückenschmerzen angesichts der deutlichen mehr segmentalen lumbalen Degeneration ohne Weiteres nachvollzogen werden können. Es erscheint plausibel, dass dem Beschwerdeführer deswegen die bisherige – körperlich belastende - Tätigkeit als Maurer nicht mehr zumutbar ist (vgl. S. 19 f. Ziff. 4.2.4-4.2.5). Auch die ophthalmologischen Einschränkungen auf grund der Monokelsituation bei altersentsprechendem linken Auge erscheinen schlüssig (vgl. S. 23 Ziff. 4.3.4-4.3.5). Dass anlässlich der internistischen Untersuchung kein relevanter - die Arbeitsfähigkeit berührender - pathologischer Befund erhoben werden konnte (vgl. S. 8 Ziff. 3.2-3.4), stimmt auch mit der übrigen medizinischen Aktenlage überein. Die Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne wiederholtes Treppensteigen oder Gehen auf unebenem Grund, ohne häufiges Bücken, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie ohne Tätigkeiten, welche ein intaktes Gesichtsfeld oder Stereosehen erfordern würden, aus rein somatischer Sicht zu 90 % arbeitsfähig sei, wobei sich die prozentuale

Einschränkung aus ophthalmologischer Sicht ergebe (vgl. S. 25 Ziff. 6.2), erweist sich in Kenntnis der erhobenen Befunde als gerechtfertigt und nimmt auf die zahlreichen körperlichen Beeinträchtigungen gebührend Rücksicht. Die hiervon abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte vermögen daran nichts zu ändern. So begründete Neurochirurgin Dr. G.\_\_\_\_ ihre Einschätzung lediglich mit fachfremden Diagnosen (vgl. Urk. 6/132 S. 2 Ziff. 1.6) und Dr. H.\_\_\_\_ erstellte kein entsprechendes Belastungsprofil für eine angepasste Tätigkeit (vgl. Urk. 6/139/1-5 S. 3 Ziff. 1.7-1.8). Die durch Dr. K.\_\_\_\_ vorgenommene Einschätzung (vgl. Urk. 6/161 S. 2 f. Ziff. 1.7) weicht sodann nicht wesentlich von der gutachterlichen Beurteilung ab und vermag keine Zweifel daran aufkommen zu lassen, dies auch im Hinblick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag und die Erfahrungstatsache, wonach behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Verantwortung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). 5.4

Aus psychiatrischer Sicht überzeugt die gutachterliche Beurteilung (Urk. 6/160/2-28) angesichts des nahezu unauffälligen psychopathologischen Befunds ebenfalls, lagen doch einzig eine etwas bedrückte Stimmungslage sowie eine Schlafstörung vor (vgl. S. 10 f. Ziff. 4.1.2, Ziff. 4.1.3.1). Der beschriebene rege Tagesablauf, wonach der Beschwerdeführer täglich mehrmals Spaziergänge mit dem Hund absolviert, sich im Haushalt nützlich macht und soziale Kontakte pflegt sowie am Wochenende jeweils seine Eltern besucht (vgl. S. 10 Ziff. 4.1.1.2, S. 13 Ziff. 4.1.3.4), weist ebenso nicht auf ein derzeit schweres psychisches Leiden hin. Zudem fällt auf, dass sich die depressive Störung des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit mehreren Misserfolgen respektive Schicksalsschlägen entwickelt hat. So wurden im Verlauf der Jahre mehrere Tumore entdeckt, wobei insbesondere ein Melanom am rechten Auge zur Enukleation und zum Einlegen eines Glasauges geführt hat. Ausserdem scheiterte die Ehe des Beschwerdeführers und auch die selbständige Tätigkeit als Maurer musste schliesslich aufgegeben werden. Hierauf habe der Beschwerdeführer zunehmend depressiv reagiert (vgl. Urk. 6/87 S. 1 Ziff. 1.1; Urk. 6/119/4-

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen, wobei der Beschwerdeführer aufgrund der Erwerbsbiographie unbestrittenermassen als zu 100 % Erwerbstätiger zu qualifizieren ist.

Somit ist ein Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG vorzunehmen. 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 ausgeglichenen 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. allge meine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinwei sen).

## **E. 6.2**

Hinsichtlich der Eröffnung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vorstehend E. 1.2), wozu es regelmässig einer überzeugenden medizinischen Einschätzung echtzeitlicher Natur bedarf (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_204/2012 vom 19. Juli 2012 E. 3.2), lässt sich anhand der vorhandenen Akten bis zu Beginn des Jahres 2014 keine erhebliche und ununterbrochene Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit erkennen. So liegen bis Ende 2012 keine relevanten, andauernden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen vor und der Beschwerdeführer war bis zu diesem Zeitpunkt auch weiterhin erwerbstätig (vgl. Urk. 6/74/1). Am 30. April 2013 nahm Dr. C.\_\_\_\_ sodann zwar eine Beurteilung der medizinischen Zumutbarkeit der Arbeit vor und kam zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit seit dem 1. Januar 2013 nicht mehr zumutbar sei. Dieser Einschätzung liegt allerdings weder eine Diagnose noch eine Befundaufnahme zugrunde, womit die Beurteilung nicht nachvollzogen werden kann (vgl. Urk. 6/65/3). Sodann attestierte Dr. C.\_\_\_\_ mit Bericht vom 18. Oktober 2013 (Urk. 6/87) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit vom 29. März bis 19. April 2013 und für die Zeit danach eine lediglich 50%ige Arbeitsfähigkeit. Allerdings erwähnte er als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unter anderem eine reaktive Depression und somit eine fachfremde Diagnose. Auch mit dem zusätzlich auf geführten Status nach Enukleation des rechten Auges lässt sich eine solche Arbeits unfähigkeit nicht zuverlässig begründen, war der Beschwerdeführer trotz dieser bereits im Jahr 2004 erfolgten Operation weiterhin während Jahren vollzeitlich erwerbstätig. Zudem begründete Dr. C.\_\_\_\_ die verminderte Leistungs fähigkeit auch mit einer reduzierten physischen Belastbarkeit, erwähnte aller dings keine entsprechende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeits fähigkeit (vgl. Urk. 6/87 S. 1 ff. Ziff. 1.1, Ziff. 1.6-1.7). Dieser Bericht vermag daher ebenso wenig zu überzeugen und ist für die Eröffnung des Wartejahres nicht geeignet. Ein weiterer echtzeitlicher Bericht, welcher für das Jahr 2013 einen ununterbrochenen Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im benötigten Ausmass mit überwiegen der Wahrscheinlichkeit belegen würde, liegt nicht vor. Erstmals ab Februar 2014 wird eine entsprechende Arbeitsunfähigkeit durch Dr. Z.\_\_\_\_ bestätigt, wobei auch eine Diagnosestellung und Befundaufnahme erfolgten (vgl. Urk. 6/119/4-9 S. 1 Ziff. 2). Für die Zeit danach ergibt sich schliesslich auch aus den weiteren medi zinischen Berichten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (vgl. Urk. 6/118/11; Urk. 6/132 S. 2; Urk. 6/137; Urk. 6/139/1-5 S. 2 Ziff. 1.6; Urk. 6/160/2-28 S. 25 Ziff. 6.2 6.3).

Es ist demnach davon auszugehen, dass seit Februar 2014 durchgehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, womit das Wartejahr im Februar 2015 erfüllt war. In diesem Zeitpunkt war angesichts der am 6. Juni 2013 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Anmeldung (vgl. Urk. 6/58; Urk. 6/61; Aktenverzeichnis zu Urk. 6 S. 2) auch die sechsmonatige Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG abgelaufen. Ein Rentenanspruch würde somit frühestens ab dem 1. Februar 2015 bestehen. Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Renten beginns, mithin auf das Jahr 2015, abzustellen (BGE 129 V 222).

## **E. 6.3**

Der Beschwerdeführer arbeitete zuletzt – nach einer mehrjährigen selbständigen Erwerbstätigkeit – vom 1. Oktober 2011 bis 31. Dezember 2012 als Bauarbeiter bei der L.\_\_\_\_. Diese Stelle wurde ihm mangels Aufträgen gekündigt (vgl. Urk. 6/74/1; Urk. 6/75 S. 1). Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass es sich dabei nicht um eine länger andauernde und kontinuierliche Tätigkeit gehandelt hat und das Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen und nicht aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst wurde, rechtfertigt es sich, für die Berechnung des Valideneinkommens auf die statistischen Werte der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) und dabei auf die konkrete Branche abzustellen (vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3.2 ; Urteile des Bundesgerichts 9C\_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2, 9C\_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 und 9C\_699/2010 vom 22. Dezember 2010 E. 3.2). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2 ). Dies sind vorliegend die am 15. April 2016 veröffentlichten Zahlen der LSE 2014. Das im Jahr 2014 durchschnittlich im Baugewerbe von Männern erwirtschaftete Einkommen betrug Fr. 5'885.--, wobei den fachlichen Fertigkeiten des Beschwerdeführers mit dem Kompetenzniveau 2 Rechnung getragen wird (LSE 2014 , Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Ziff. 41-43, Kompetenzniveau 2).

Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41.7 Stunden und der Nominallohnentwicklung im Baugewerbe 2015 von - 0.2 % angepasst, ergibt dies ein hypothetisches Valideneinkommen von rund Fr. 73'474.-- im Jahr 2015 bei einem Vollzeitpensum ( Fr. 5'885.-- : 40 x 41.7 x 12 :

#### **E. 6.4**

Da der Beschwerdeführer nach Lage der Akten derzeit keine Tätigkeit ausübt, ist – in Beachtung der Rechtsprechung (BGE 129 V 472 E. 4.2.1) – für die Bestimmung des Invalideneinkommens ebenfalls auf die Tabellenlöhne der LSE und dabei auf den Zentralwert für mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art beschäftigte Männer in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen. Dieser betrug im Jahr 2014 Fr. 5'312.-- (LSE 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Kompetenzniveau 1). Wiederum der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit sowie der allgemeinen Nominallohnentwicklung bei den Männern im Jahr 2015 (0.3 %) angepasst, ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 53'322.-- für das Jahr 2015 bei einer verbliebenen Arbeitsfähigkeit von 80 % ( Fr. 5'312.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.003 x 0.8).

#### **E. 6.5**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage der LSE ermittelt, ist der entsprechende Tabellenlohn allenfalls zu kürzen. Ohne für jedes zur Anwendung gelangende Merkmal separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen, ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug 25 % nicht übersteigen darf (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Die Beschwerdegegnerin gewährte vorliegend keinen Abzug vom Tabellenlohn, da die Einschränkungen schon mit dem reduzierten Pensum von 80 % berücksichtigt worden seien (vgl. Urk. 6/162 S. 1). Ein solcher Abzug ist vorliegend auch nicht gerechtfertigt. So führt die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, nicht automatisch zu

einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes, weil der Tabellenlohn im tiefsten Kompetenzniveau bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4). Die körperlichen und psychischen Einschränkungen wurden sodann bereits mit dem reduzierten Pensum berücksichtigt, welches überdies vollschichtig mit erhöhtem Pausenbedarf umgesetzt werden kann (vgl. Urk. 6/160/2-28 S. 25 Ziff. 6.2; vgl. hierzu das Urteil des Bundesgerichts 9C\_158/2016 vom 5. April 2016 E. 4.2.2 ). Weitere Gründe, welche einen Abzug rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich.

## **E. 6.6**

Wird das Valideneinkommen von Fr. 73'474.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 53'322.-- gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 20'152.- - und somit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 27 % .

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechters, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

## **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).

## **E. 9**

S. 1 Ziff. 1.1; Urk. 6/142 S. 1 f. Ziff. 1.2, Ziff. 3.3; Urk. 6/160/2-28 S. 9 Ziff. 4.1.1.2, S. 11 ff. Ziff. 4.1.3.1 4.1.3.2, Ziff. 4.1.3.5). Somit haben sicherlich auch psychosoziale Belastungsfaktoren vorgelegen (vgl. hierzu BGE 127 V 294 E. 5a; Urteile des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 und 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Die Gutachter erachteten den Beschwerdeführer aufgrund der derzeit lediglich leichten depressiven Episode seit Januar 2015 in sämtlichen Tätigkeiten als zu 20 % arbeitsunfähig. Für die Zeit davor während den Jahren 2013 und 2014 - könne aufgrund eines andauern den höhergradigen depressiven Zustandsbildes mit mittelgradiger Episode eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen werden (vgl. Urk. 6/160/2-28 S. 14 Ziff. 4.1.7, S. 25 Ziff. 6.2-6.3). 5.5

Hinsichtlich des psychischen Leidens bleibt grundsätzlich noch dessen invalidisierende Wirkung zu beurteilen. Dabei handelt es sich um eine Rechtsfrage, deren Beantwortung den rechtsanwendenden Behörden obliegt und nicht den Ärztinnen und Ärzten. Es ist folglich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar, einem Gutachten vollen Beweiswert zuzuerkennen, jedoch von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung sozialversicherungsrechtlicher Aspekte abzuweichen (BGE 140 V 193 E. 3.1-3.2, 130 V 352 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.1). Das Bundesgericht hat in den kürzlich am 30. November 2017 ergangenen Grundsatzurteilen 8C\_841/2016 und 8C\_130/2017 seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente bei psychischen Leiden geändert. So findet die für somatoforme Schmerzstörungen entwickelte Rechtsprechung, wonach in einem strukturierten Beweisverfahren anhand von Indikatoren die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Person zu ermitteln ist, künftig auf sämtliche psychischen Erkrankungen Anwendung. Dies bedeutet insbesondere für leichte bis mittelschwere Depressionen, dass dem bisherigen Kriterium der Therapieresistenz als Voraussetzung für eine Invalidenrente nicht mehr die gleiche Bedeutung kommt (vgl. auch die Medienmitteilung des Bundesgerichts vom 14. Dezember 2017).

Wie es sich damit verhält, kann vorliegend allerdings offen bleiben. So würde wie sich nachfolgend zeigen wird (vgl. nachstehend E. 6.2) - ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab Februar 2015 bestehen. In diesem Zeitpunkt wird bereits wieder eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Selbst wenn zuvor eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus psychischen Gründen anzunehmen wäre, hätte dies aus versicherungsrechtlicher Sicht somit keine Auswirkung, denn gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG muss nach Ablauf des Wartejahrs eine Invalidität von mindestens 40 % bestehen (vgl. vorstehend E. 1.2), was bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % nicht zu erwarten ist. Auch die Frage, ob der gegenwärtig leichten Episode der rezidivierenden depressiven Störung eine invalidisierende Wirkung zukommt, braucht nicht abschliessend geklärt zu werden. Selbst bei Annahme einer solchen und somit einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, würde - wie der nachfolgende Einkommensvergleich zeigen wird (vgl. nachstehend E. 6) - kein Rentenanspruch resultieren. Dass Dr. Z. \_\_\_ schliesslich bei diagnostizierter gegenwärtig leichter bis mittelgradiger Episode einer rezidivierenden depressiven Störung - ohne Befunderhebung und ohne jegliche Begründung - weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten attestiert (vgl. Urk. 6/142 S. 1 Ziff. 1.2, Ziff. 2.1-2.2), ist nicht

nachvollziehbar und vermag keine Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung aufkommen zu lassen. 5.6

Die meisten der nachträglich vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte (Urk. 9/1-9) sind im vorliegenden Verfahren nicht mehr zu berücksichtigen, beurteilt das Sozialversicherungsgericht nach ständiger Rechtsprechung die Gesetzmässigkeit von Verwaltungsverfügungen doch in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Verfügungserlasses – mithin am 4. Oktober 2016 – gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Im Übrigen lässt sich den Berichten hinsichtlich den aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht entscheidenden Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. hierzu BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 294) keine verlässliche Einschätzung entnehmen. Nach Lage der Akten wurde lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit attestiert und dabei keine Unterscheidung zwischen angepasster und ange stammter Tätigkeit vorgenommen (vgl. Urk. 9/4 S. 3 unten; Urk. 9/5 S. 2 unten; Urk. 9/7 S. 2 unten). Sollte sich die medizinische Situation jedoch anhaltend verschlechtern, so steht es dem Beschwerdeführer frei, sich unter Vorlage beweiswertiger Arztberichte bei der Beschwerdegegnerin neu anzumelden. 5.7

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gestützt auf die beweiskräftige gutachterliche Beurteilung des I. \_\_\_ seit April 2014 in der bisherigen Tätigkeit als Maurer nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer angepassten Tätigkeit in Beachtung des Belastungsprofils besteht dagegen seit Januar 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Die prozentualen Einschränkungen aus ophthalmologischer und psychiatrischer Sicht addieren sich dabei nach Ansicht der Gutachter nicht. Eine zuvor allfällig höhere Arbeitsunfähigkeit ist aufgrund des massgebenden Zeitpunkts des allfälligen Rentenbeginns unbeachtlich. Da selbst bei Annahme eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert, kann offen bleiben, ob es sich beim psychischen Leiden überhaupt um einen invalidisierenden Gesundheitsschaden handelt. 6.

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