

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01392 vom 28. Februar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01392](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01392)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01392 du 28 février 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01392 del 28 febbraio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten,

ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenem Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin dern der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten be gründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweis belastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ob dies zutrifft, beurteilt sich aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik (zur Publikation in der Amtlichen Sammlung vorgesehene Urteile des Bundesgerichts 8C\_130 /2017 vom 30. November 2017 E. 7.1 und 8C\_841/2016 v om 30. November 2017 E. 4.5.3).

### **E. 1.3**

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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

### **E. 1.4**

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. 1.5**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Gemäss Art 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen). 2.

#### 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 15. November 2016 davon aus, es liege kein Gesundheitsschaden vor, der sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Taxifahrer auswirke. Die bestehenden Einschränkungen seien weder schwer noch langdauernd und seien noch behandelbar, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe. Es erfolge keine

adäquate medizinische Behandlung, namentlich gehe aus keinem Bericht hervor, dass eine stationäre Therapie geplant sei. Selbst wenn der Versicherte sich in Therapie begeben habe, habe dies keinen Einfluss auf den Entscheid. Im Gegenteil würde eine Behandlung die Arbeitsfähigkeit des Versicherten positiv beeinflussen (Urk. 2 S. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer liess demgegenüber ausführen, es sei zu einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen (Urk. 1 S. 2 f.). Aufgrund der eingereichten Berichte des Y.\_\_\_\_ leide er an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode. Aufgrund dieses Leidens und aufgrund somatischer Beschwerden sei er arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 3). Es sei kein neutraler Facharzt beigezogen worden, um die Neuanmeldung zu prüfen, sondern lediglich die Stellungnahme der RAD-Ärzte eingeholt worden (Urk. 1 S. 2). Ihm sei unbekannt, welche Ärzte des RAD sich mit seinem Fall befasst hätten. Es könnte sein, dass sein Fall nur von einem einzelnen Arzt beurteilt worden sei, was unzulässig wäre. Die Abklärung sei ungenügend (Urk. 1 S. 3). Die Taxilizenz habe er selber abgegeben, weil er wegen psychischen und orthopädischen Beschwerden und aufgrund von Herzbeschwerden nicht in der Lage gewesen sei, die Verantwortung als Taxifahrer zu übernehmen (Urk. 1 S. 4). 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob der Beschwerdeführer aufgrund seiner Leiden in der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist und ob Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. Strittig ist dabei insbesondere, ob der Sachverhalt zur Beurteilung des Rentenanspruchs hinreichend abgeklärt ist.

Zu prüfen ist sodann vorab auch, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der rentenabweisenden Verfügung vom 6. November 2014 bis zum 15. November 2016 wesentlich verändert haben (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2a und b). 3. 3.1

Die ursprüngliche Verfügung vom 6. November 2014 stütze sich im Wesentlichen auf das Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 9. Juli 2014 (Urk. 13/62, 13/63/5-6, 13/74). Der Versicherte war im Y.\_\_\_\_ einer chirurgisch-allgemeinmedizinischen, einer rheumatologischen, neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Beurteilung unterzogen worden (Urk. 13/62/1).

In der Gesamtbeurteilung wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (Urk. 13/62/64): - chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen beidseits und intermittierender radikulärer Reizung L5 rechts bei/mit - lumbosakraler Übergangsstörung (Hemisakralisation L5 links) mit hypertrophen Spondylarthrosen L2-L4; - reaktiven Tendomyosen thorakolumbalen Erector trunci; - Referred-pain-Symptomatik der unteren Extremitäten ausgehend von gluteal beidseits; - myofasziales Schultergürtelsyndrom rechts bei/mit - leichter Fehlhaltung; - Referred-pain-Symptomatik rechter Arm; - intermittierenden Reizerscheinungen des rechten Plexus brachialis; - klinisch und im MRI vom 29. April 2014 unauffälliger HWS und normalem Schulterröntgen beidseits vom 15. April 2014.

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die koronare Herzkrankheit (bei Status nach inferiorem N-STEMI Infarkt 2011 und Status nach zweifacher Stentimplantation RCA 2011), die COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung), die Adipositas Grad I nach WHO, die episodischen Spannungskopfschmerzen, ein funktionelles sensibiles Hemisyndrom, eine depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F 32.0) sowie die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.51; Urk. 13/64-65).

Der Beginn der aktuellen gesundheitlichen Problematik lasse sich bis Oktober 2001 zurückverfolgen, als der Versicherte erstmals die Arbeitssprechstunde der Rheumaklinik des A.\_\_\_\_ aufgesucht habe. Damals hätten seit drei Monaten blockierende Schmerzen am lumbosakralen Übergang bestanden (Urk. 13/62/65). Am 21. Dezember 2010 sei wegen krampfartiger linksseitiger Thorax- und Schulterschmerzen eine kardiologische Abklärung bei letztlich unauffälligem Befund durchgeführt worden. Im Januar 2011 sei wegen zunehmender Knieschmerzen rechts eine MRI-Untersuchung des Knies erfolgt (Urk. 13/62/66). Die im Juli 2011 durchgeführte Herzkatheteruntersuchung habe eine grossflächige, 80%ige Stenose des RCA (Herzkranzgefässes) proximal und einen subtotalen Verschluss im mittleren Abschnitt gezeigt. Im Anschluss an den operativen Eingriff habe der Versicherte die ambulante Herzrehabilitation durchgeführt, welche er beschwerdefrei habe durchführen können (Urk. 13/62/66-67). Im Oktober und November 2011 sei eine Exazerbation eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit einem akuten lumboradikulären Syndrom L5 und sensorischem Ausfallsyndrom L5 diagnostiziert worden. Im August 2012 seien Schmerzen im rechten Arm aufgetreten, deren Ursache aus neurologischer Sicht unklar geblieben sei (Urk. 13/62/67). Am 20. Dezember 2012 sei eine COPD diagnostiziert worden (Urk. 13/62/67). Im März bis Juni 2013 seien Abklärungen und Behandlungen betreffend die erneut aufgetretenen Hand-, Schulter- und lumbosakralen Beschwerden durchgeführt worden (Urk. 13/62/68).

Im Rahmen der chirurgisch-allgemeinmedizinischen Untersuchung habe sich das Bild eines 52-jährigen adipösen Versicherten mit einer kompensierten, asymptomatischen koronaren Herzerkrankung gezeigt. Der Bode-Index betreffend Lungenfunktion betrage 1 und somit sei der Versicherte aus chirurgisch-allgemeinmedizinischer Sicht normal arbeitsfähig (Urk. 13/62/70).

Bei partieller Ruptur der Subscapularissehne, bei aber unauffälliger HWS und rechter Schulter seien aus rheumatologischer Sicht gewisse qualitative Einschränkungen betreffend die Belastbarkeit des rechten Schultergürtels und des rechten Armes gegeben. Auch wegen des Rückenproblems bestünden theoretisch Einschränkungen für körperliche Schwerarbeiten und/oder Tätigkeiten mit lang andauernder unergonomischer Rückenstellung. Dies betreffe jedoch nicht die seit dem Jahr 2001 ausgeübte Tätigkeit als Taxifahrer, da die Intensität der angegebenen Beschwerden aufgrund aller objektiver Befunde so nicht nachvollziehbar sei (Urk. 13/62/71). Streng genommen sei diese Arbeit bereits eine Verweistätigkeit, da der Versicherte während des Aufenthalts auf einem Standplatz aussteigen und etwas umhergehen könne, was das Ameisenlaufen in den Beinen zum Verschwinden bringe. Aus rheumaorthopädischer Sicht bestehe in der seit dem Jahr 2001 ausgeübten Tätigkeit als selbständiger Taxifahrer keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei allenfalls zu attestierendem vermindertem Rendement von etwa 10 % aufgrund beschriebener Beschwerden (Pausen zwischen einzelnen Fahrten; Urk. 13/62/71).

Gemäss den Angaben des untersuchenden Neurologen sind die diffusen rechtsseitigen Armbeschwerden sowie die Parästhesien am ehesten durch schmerzbedingte muskuläre Verspannungen im Schultergürtelbereich zu erklären, wodurch es zu Reizerscheinungen des Plexus brachialis kommen könne. Die chronischen Lumbalgien mit Schmerzausstrahlungen in das rechte Bein bis zur Grosszehe seien durch die degenerative rezessale Einengung in der Höhe LWK 4/5 rechts mit intermittierender Irritation der Nervenwurzel L5 rechts erklärbar. Klinisch lägen weder sichere motorische Ausfälle der Nervenwurzel noch sichere Wurzel-dehnungszeichen vor. Die angegebene Gefühlsstörung

im Bereich der rechten Körperhälfte sei als funktionelles sensibles Hemisyndrom bei chronischen Schmerz zuständen zu werten. Aus neurologischer Sicht sei die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der intermittierenden radikulären Problematik seit Beginn der Symptomatik unverändert auf 20 % einzuschätzen. Es sollte eine Tätigkeit mit häufigen Positionswechseln angestrebt werden. Längeres Sitzen beziehungsweise Verharren in starren Körperpositionen sei zu vermeiden. Auch seien maximale Belastungen mit dem Heben und Tragen schwerer Lasten von mehr als 30 kg zu vermeiden, da sich radikuläre Symptome und Bandscheibenschäden verschlechtern könnten. Grundsätzlich seien aber leichtere Arbeiten mit den oben genannten Einschränkungen ganztätig aus neurologischer Sicht zumutbar (Urk. 13/62/71 f.).

Neuropsychologische Einschränkungen bestünden nicht und der Versicherte könne alle kognitiven Anforderungen seiner angestammten Tätigkeit erfüllen (Urk. 13/62/72).

Die psychiatrische Untersuchung habe ergeben, dass der Versicherte unter einer depressiven Stimmung mit affektiver Gereiztheit und Interessenverlust leide. Die depressive Störung sei jedoch noch nicht soweit ausgeprägt, dass von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen werden könne. Hierfür fehlten weitere Kriterien wie ein latentes Morgentief oder eine Antriebsstörung. Auch bestünden keine Konzentrationsstörungen und der Versicherte sei in der Lage, Aktivitäten als Taxifahrer aufzunehmen. Vielmehr bestehe seit Januar 2013 eine chronische Schmerzstörung mit teilweise unspezifischen körperlichen Schmerzen und innerseelischen Konflikten (Urk. 13/62/63). Die Foerster-Kriterien zur Arbeitsunfähigkeit würden nicht voll erfüllt, da weder eine schwerwiegende psychische Störung noch ein ausgewiesener sozialer Rückzug bestehe. Konsequente Rehabilitationsmassnahmen und adäquate Therapien hätten nicht stattgefunden (Urk. 13/62/63). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/62/63 und 13/62/72 f.).

Gesamthaft betrachtet sei der Versicherte in der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Taxifahrer seit Oktober 2013 zu 80 % arbeitsfähig. Davor habe aufgrund der Exazerbation der Schulterbeschwerden rechts seit Anfang 2013 eine vorübergehende 50%ige bis 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 13/62/74). In einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/62/74). Aus psychiatrischer Sicht sollte die antidepressive Medikation angepasst und mittels Blutspiegelmessung kontrolliert werden (Urk. 13/62/75). Während von psychiatrischer Seite eine stationäre Rehabilitationsbehandlung empfohlen wurde, erachteten die somatischen Gutachter und Gutachterinnen es für fraglich, ob eine Rehabilitation in einem spezialisierten interdisziplinären Setting nach über 10-jähriger Dauer und Chronifizierung eine Besserung bringe (Urk. 13/62/74-75). 3.2

### 3.2.1

Gemäss den vom Versicherten mit der Neuanmeldung vom April 2016 eingereichten Berichten des Y. \_\_\_ vom 1. und vom 16. Februar 2016 liegt unter anderem eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F 33.1) vor (Urk. 13/79/5, 13/79/3). Der Versicherte gab an, von Juli bis November 2015 als Taxifahrer noch 30 % in der Nacht gefahren zu sein, was ihm aktuell nicht mehr möglich sei (Urk. 13/79/8, 13/79/3-4). Er habe die Taxilizenz abgegeben (Urk. 13/79/3).

Somatisch bestehe seit 2014 eine Progredienz der Beschwerden; auch die Depression habe deutlich zugenommen, aktuell bestehe kaum mehr ein Antrieb (Urk. 13/79/10-11, 13/79/2).

Bei der neuropsychologischen Untersuchung vom September 2015 hätten deutliche neuropsychologische Einschränkungen und deutlich eingeschränkte Funktionen bestanden (Urk. 13/79/9 f., 13/79/3).

Aus rein somatischer Sicht ohne Berücksichtigung der zerebralen Befunde im MRI und möglicher psychiatrisch neuropsychologischer Befunde sei eine Tätigkeit als Taxifahrer noch zu circa 50 % zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/79/11). Insgesamt bestehe so wohl für die Tätigkeit als Taxifahrer als auch für angepasste Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/79/11). Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit ergebe sich nach den Angaben des Psychiaters Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, aufgrund des positiven und negativen Leistungs bilds, der Fremdanamnese sowie der Diagnosen (Urk. 13/79/4). 3.2.2

Nach den Angaben im Bericht des Y.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2016 (Urk. 13/87/6) werden die Diagnosen der rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F 33.1), des subakuten NSTEMI bei Eingefässerkrankung, des cervikovertebralen Syndroms, des lumbovertebralen Syndroms, der Periarthropathia humeroscapularis rechts, des Status nach Ulcus duodeni und der COPD Gold I als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt (Urk. 13/87/6).

Der Versicherte komme regelmässig circa alle 14 Tage zu psychotherapeutischen Einzelsitzungen, monatlichen ärztlichen Kontrollterminen und er habe am interdisziplinären Schmerzprogramm teilgenommen (Urk. 13/87/7). Der Versicherte gebe deutliche depressive Symptome wie Schlafstörungen (Durchschlaf 5 Stunden), Appetitverminderung, Lust- und Interesselosigkeit, Müdigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen sowie Konzentrationsstörungen (könne nur noch kurz lesen und erfasse die Inhalte nicht mehr, sei auf die Hilfe der Söhne bei den administrativen Dingen angewiesen) sowie eine Vergesslichkeit (finde in Zürich teilweise den Weg nicht mehr, obwohl er als Taxifahrer gearbeitet habe) an, ferner bestünden Sinnlosigkeitsgedanken (Urk. 13/87/7). An objektiven Befunden bestünden insbesondere eine deutlich depressiv-resignierte Stimmung und eine Verlangsamung beziehungsweise deutliche Einschränkung in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis und eine deutliche Vergesslichkeit (Urk. 13/87/7). Die Prognose sei aufgrund verschiedener Faktoren mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit nicht gut. Als Faktoren seien die Schwere der degenerativen Erkrankungen, die Komorbidität körperlicher und psychischer Krankheiten, der chronische Verlauf der Beschwerden, die Menge an erfolglosen Therapieversuchen und ungenügende Copingstrategien des Versicherten zu nennen (Urk. 13/87/8). Es bestünden körperliche, geistige und psychische Einschränkungen bei der bisherigen Tätigkeit als Taxifahrer (Urk. 13/87/8). In psychischer Hinsicht hätten zunehmend massive Ängste bestanden, dass ihm oder den Fahrgästen etwas passiere. Er fühle sich inkompetent und habe einen enorm verminderten Selbstwert. Die innere Spannung nehme mehr und mehr zu. Diese sei auch dafür verantwortlich, dass der Versicherte vermehrt ungeduldig gewesen sei und es häufiger zu häuslichen Konflikten mit der Ehefrau und den Kindern und zu Auseinandersetzungen mit den Fahrgästen gekommen sei (Urk. 13/87/8). 3.2.3

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 14. Juli 2016 (Urk. 13/97/1) aus, der Versicherte habe vom 2. Dezember 2013 bis 30. April 2015 in seiner Behandlung gestanden (vgl. auch den früheren Bericht vom 30. Juni 2014, Urk. 13/59). Er diagnostizierte einen Status nach mittelgradiger depressiver Episode mit

somatischem Syndrom bestehend seit 2013 (ICD-10 F 32.11). Diese Diagnose habe sich auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt. Zwischen dem 30. Juni 2014 und 30. April 2015 hätten insgesamt 13 Konsultationen stattgefunden. Der psychische Zustand des Versicherten sei unverändert geblieben. Er habe über eine Verstimmung, eine Antriebsreduktion, eine Lustlosigkeit, über wenig Interessen und Motivation sowie über Schmerzen in den Armen und Beinen, im Rücken und im Nacken geklagt. Die medikamentöse Therapie mit Cymbalta und Citalopram habe keinen Erfolg gebracht und sei vom Versicherten abgesetzt worden (Urk. 13/97/2). Die Arbeitsunfähigkeit habe wegen der damaligen depressiven Stimmungslage mit Lustlosigkeit und Antriebsminderung und wegen der somatischen Beschwerden ab dem 30. Juni 2014 bis 30. April 2015 50 % betragen (Urk. 13/97/2). 3.2.4

Dr. med. D.\_\_\_\_, Ärztin für Physikalische Medizin, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 5. August 2016 (Urk. 13/102) laterale Knieschmerzen beidseits bei degenerativer Meniskusläsion und Gelenkerguss bei leichten synovitischen Veränderungen und einer Bursitis infrapatellaris profunda, ein chronisches lumbo spondylogenes Syndrom bei Lumbalisation S1 rechts mit rezessaler Stenose S1 und Protrusion L5/S1, ein chronisches Cervicovertebralsyndrom bei Fehlhaltung und Fehlbelastung der Wirbelsäule sowie eine chronische Periarthropathia humeroscapularis rechts bei Status nach Rotatorenmanschettenläsion. Diese Diagnosen wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Es bestünden chronifizierte Knieschmerzen beidseits mit Schwellungsneigung, lumbosakrale Schmerzen mit Ausstrahlungen in beide Beine, Schmerzen im Nacken- und Schultergürtelbereich, insbesondere rechts bei Teilruptur der Subscapularissehne. Die Prognose sei eher ungünstig und hänge von der psychischen Entwicklung ab (Urk. 13/102/2). Bis auf Weiteres bestehe in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/102). Es sei noch offen, wann mit der Wiedererlangung einer 30%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (Urk. 13/102/3). Rein sitzende und rein stehende Tätigkeiten seien dem Versicherten nicht mehr zumutbar. Eine leidensangepasste Tätigkeit wäre wechselbelastend (Urk. 13/102/5). 3.2.5

Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete über den Verlauf seit dem letzten Bericht vom 16. Oktober 2013 (vgl. Urk. 13/35) und legte ihrem Bericht vom 11. August 2016 verschiedene Berichte durchgeführter Behandlungen und Untersuchungen bei (vgl. Urk. 13/98/8-53).

Am 7. Dezember 2014, am 16. Januar 2016 und am 25. Januar 2016 hatte sich der Versicherte wegen akuten rechtsthorakalen Schmerzen und wegen Oberbauchbeschwerden notfallmässig in Spitalbehandlung begeben, wobei nach Abklärung ein Infarkt ausgeschlossen werden konnte (Urk. 13/98/38, 13/98/36, 13/98/19, 13/98/8-9; vgl. auch Urk. 13/98/31, 13/98/30). Aufgrund der erfolgten Abklärungen wurde neu eine COPD Gold II mit einem ausgeprägten Lungenemphysem diagnostiziert (Urk. 13/98/19; vgl. auch Urk. 13/98/2, 13/98/5).

Dr. E.\_\_\_\_ gab an, der Versicherte leide unter ständigen Schmerzen am Rücken und an den Beinen. Während der Nacht seien die Schmerzen schlimmer und er könne nicht richtig schlafen. Er leide häufig unter Atemnot, vor allem bei Belastung, was dazu führe, dass er praktisch nur zu Hause sein könne. Er könne nicht lange liegen, sitzen oder stehen. Am besten fühle er sich beim langsamen Gehen. Seit Januar 2016 habe er kein Taxi mehr und fahre privat auch kein Auto mehr (Urk. 13/98/5). 3.2.6

Die Ärzte der Rheumatologie der F.\_\_\_\_ berichteten am 20. September 2016 über die im November 2015 durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie die lateralen Knieschmerzen beidseits, das chronische beidseitige lumbospondylogene Schmerzsyndrom und den Status nach cervikovertebralem Schmerzsyndrom fest. Die Zuweisung des Versicherten durch die Knieorthopäden im Haus sei zum Ausschluss einer allfälligen entzündlichen rheumatologischen Erkrankung erfolgt. In der Gesamtschau der erhobenen Befunde habe für die Beschwerden des Versicherten keine Ursache aus dem rheumatologisch-entzündlichen Formenkreis gefunden werden können (Urk. 13/104/1-2, 13/104/10). 3.2.7

RAD-Ärztin Z.\_\_\_\_ hielt am 3. Oktober 2016 fest, den Berichten des Y.\_\_\_\_ seien Freizeitaktivitäten zu entnehmen (täglich 40 Minuten laufen, Gartenarbeit, Spaziergehen), welche erwarten liessen, dass die vormalige Tätigkeit als Taxifahrer weiterhin ausgeübt werden könne. Ein Gesundheitsschaden, welcher sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirke, könne daher aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht festgestellt werden. Hinweise für das Vorliegen einer renten tangierenden schwerwiegenden depressiven Erkrankung seien den ausführlichen Arztberichten nicht zu entnehmen. Im Übrigen sei darauf zu verweisen, dass keine adäquate medikamentöse Behandlung der attestierten Depression erfolge (Urk. 13/105/6-7; vgl. auch Urk. 13/114/2). 3.2.8

Im Schreiben vom 21. Oktober 2016 führte Dr. B.\_\_\_\_ vom Y.\_\_\_\_ aus, es handle sich aktuell um eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F 33.1) und nicht mehr um eine leichte Depression. Der Versicherte habe seine Taxilizenz freiwillig abgegeben mit der Einsicht, dass er sich nicht mehr genügend konzentrieren und nicht mehr lange sitzen könne. Sodann bestünden im rechten Bein und im rechten Arm Parästhesien. Ein sicheres Führen eines Taxis über Stunden sei nicht mehr möglich. Dies sei aufgrund der Befunde auch gut nachvollziehbar. Es bestehe eine aktuelle Medikation mit Lyrica, ohne genügenden Erfolg, sowie früher mit Citalopram. Ein verantwortungsvolles Taxifahren über Stunden sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar (Urk. 13/110/5). 3.2.9

Nach den Angaben von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Lungenkrankheiten und Allgemeine Innere Medizin, vom 13. Dezember 2016 besteht beim Versicherten aufgrund der COPD eine deutlich verschlechterte Lungenfunktion. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei um 40 % reduziert. Dadurch sei auch die Arbeitsfähigkeit bei körperlich anstrengenden Arbeiten reduziert (Urk. 7). 4. 4.1

Zu prüfen ist, ob seit der letzten rentenabweisenden Verfügung vom 6. November 2014 bis zur Verfügung vom 15. November 2016 eine rentenrelevante Veränderung eingetreten ist.

Die Beschwerdegegnerin verneint dies im Ergebnis und geht davon aus, dass der Versicherte die angestammte Tätigkeit als Taxifahrer weiterhin ausüben könnte und damit weiterhin die Voraussetzung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG nicht erfüllt sei (Urk. 13/105/6, Urk. 2). 4.2

Die Ärzte des H.\_\_\_\_ (Bericht vom 20. Januar 2016, Urk. 13/98/19) und Dr. G.\_\_\_\_ gemäss Bericht vom 13. Dezember 2016 (Urk. 7) stellten eine Verschlechterung der Lungenfunktion fest und diagnostizierten eine COPD Gold II sowie ein Lungenemphysem (vgl. demgegenüber die Lungenfunktionsprüfung im Y.\_\_\_\_: Urk. 13/62/34, 13/62/70). Nach den Angaben von Dr. G.\_\_\_\_ wirkten sich diese Leiden auf die Arbeitsfähigkeit für schwere körperliche Arbeiten aus (vgl. Urk. 7; vgl. demgegenüber die Beurteilung in der Y.\_\_\_\_:

Urk. 13/62/70).

Angesichts dieser Tatsachenänderung ist der Gesundheitszustand des Versicherten grundsätzlich frei zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_738/2013 vom 8. April 2014 E. 3.2.1 und E. 3.2.2.2). 4.3

Im Rahmen der Untersuchungen im Y.\_\_\_\_ vom April und Mai 2014 wurde der somatische Gesundheitszustand des Versicherten umfassend abgeklärt und beurteilt (vgl. Urk. 13/62).

Dabei wurden insbesondere die vom Versicherten geltend gemachten Rücken- Arm- und Fingerschmerzen untersucht und beurteilt (Urk. 13/62/35 ff.). Dass sich die bildgebenden oder die objektivierbaren klinischen Befunde seit diesen Untersuchungen relevant verändert hätten, ist nicht ersichtlich. Nach den Angaben der Ärzte der Rheumatologie des A.\_\_\_\_ ergab das erneute MRI der Lendenwirbelsäule vom 26. Oktober 2015 (vgl. Urk. 13/104/1-2 ) im Vergleich mit dem MRI vom 29. April 2014 (vgl. Urk. 13/62/80-81) bei der Zählweise mit dem lumbalisierten SWK1 eine recessale Stenosierung für den Verlauf von S1 durch Bandscheibenvorwölbung und Facettarthrose. Links hätten eine relative Einengung recessal und eine mögliche Irritation bestanden. Bei den neurologischen und neurophysiologischen Untersuchungen hätten keine Hinweise für eine relevante Läsion einer lumbalen oder sakralen Wurzel bestanden (Bericht vom 20. September 2016, Urk. 13/104/2). Der Neurologe des Y.\_\_\_\_ hatte im Gutachten vom 9. Juli 2014 ebenfalls festgehalten, klinisch hätten im Bereich der Lendenwirbelsäule keine sicheren motorischen Ausfälle der Nervenwurzel und keine eindeutigen Wurzeldehnungszeichen vorgelegen (Urk. 13/62/50) . Auch die erneute MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule ergab keine relevanten Änderungen der Befunde (Urk. 13/104/2 im Vergleich mit Urk. 13/62/80). Die somatischen Ärzte des Y.\_\_\_\_ , insbesondere Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, führten im Bericht vom 1. Februar 2016 denn auch aus, seit 2014 sei es zu einer Verschlechterung der Symptomatik beziehungsweise zu einer Progredienz der Beschwerden ohne Zunahme der Befunde gekommen (Urk. 13/79/10). Sie gingen von muskulären Schmerzen aus und erachteten eine physikalische Behandlung und eine konservative Schmerztherapie für indiziert (Urk. 13/79/10).

Der Versicherte befand sich sodann ab April 2015 und somit nach der Erstellung des Gutachtens des Y.\_\_\_\_ wegen beidseitigen lateralen Knieschmerzen in Behandlung in der Rheumatologie der F.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 13/104). Bereits im Oktober und November 2011 hatte der Versicherte wegen rechtsseitigen Knieschmerzen in Behandlung gestanden. Die Ergebnisse der zum damaligen Zeitpunkt durchgeführten apparativen Untersuchungen des rechten Kniegelenks und der im April und November 2015 in der F.\_\_\_\_ erfolgten sind weitgehend identisch (vgl. Urk. 13/35/17-19 und 13/104/1). Vom Vorliegen erheblicher Befunde ist gestützt auf das Ergebnis der erfolgten Abklärungen nicht auszugehen (vgl. auch Urk. 13/102/2).

Unter diesen Umständen kann bezüglich des somatischen Gesundheitszustands weiterhin auf die Beurteilung der Y.\_\_\_\_ vom 9. Juli 2014 und die dort erfolgte Einschätzung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit abgestellt werden. Soweit die behandelnden Ärzte eine höhere Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit attestieren, ist auf die Erfahrungstatsache zu verweisen, dass behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc) und es ist auf den Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag hinzu weisen

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_766/2013 vom 23. Januar 2014).

Auch hinsichtlich der Auswirkungen der verschlimmerten COPD und des diag nostizierten Lungenemphysems sind keine ergänzenden Abklärungen erforderlich; diesbezüglich besteht nach den Angaben von Dr. G. \_\_\_ nur eine Einschränkung für körperlich anstrengende Arbeiten (Urk. 7), und somit weder für die Tätigkeit als Taxifahrer noch für die von den Ärzten des Y. \_\_\_ als angepasst beurteilten leichten bis mittelschweren Tätigkeiten (Urk. 13/62/74). Auch inso weit drängen sich damit keine weitergehenden Abklärungen auf. Aus somatischer Sicht besteht weiterhin gestützt auf das Gutachten des Y. \_\_\_ vom 9. Juli 2014 für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Taxifahrer eine 80%ige und für leidensangepasste Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 13/62/74).

Der psychiatrische Gutachter des Y. \_\_\_ verneinte in seiner Beurteilung das Bestehen einer mittelgradigen depressiven Störung unter anderem mit der Begründung, weitere Symptome wie etwa ein latentes Morgentief oder eine Antriebsstörung fehlten. Auch bestünden keine Konzentrationsstörungen und der Versicherte sei in der Lage, Aktivitäten als Taxifahrer aufzunehmen (vgl. Urk. 13/62/63). Es liege eine chronische Schmerzstörung vor (Urk. 13/62/63, 13/62/65).

Der Beschwerdeführer liess eine zwischenzeitliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands mit neu mittelgradig ausgeprägter Depression geltend machen. Nach den Angaben der Ärzte des Y. \_\_\_ vom 15. Februar 2016 bestünden insbesondere eine Antriebslosigkeit und Konzentrationsstörungen (Urk. 13/79/2-3). Der Versicherte habe unter anderem angegeben, er habe zunehmende massive Ängste und er sei in seinem Selbstwert beeinträchtigt (Urk. 13/87/8). Er habe die Tätigkeit als Taxifahrer – nach vorerst Reduktion des Pensums - mittlerweile aufgegeben, da ein verantwortungsvolles Taxifahren nicht mehr möglich gewesen sei (vgl. Urk. 13/110/5).

Es ist unklar, ob diese zwischenzeitliche Aufgabe der Tätigkeit als (selbständiger) Taxifahrer und die Rückgabe der Taxilizenz aufgrund objektiver psychiatrischer Befunde begründet war. Ebenfalls unklar ist, ob von einer Veränderung des psychischen Gesundheitszustands und von welchen Diagnosen und Befunden mittlerweile auszugehen ist. Nach den Angaben von Dr. B. \_\_\_ vom Y. \_\_\_ erfolgt eine Behandlung mit Lyrica (Urk. 13/110/5). Dieses Medikament wird unter anderem bei generalisierten Angststörungen eingesetzt; es handelt sich somit nicht um ein «klassisches» Antidepressivum, welches bei der entsprechenden Diagnose eines mittelgradigen depressiven Syndroms zu erwarten wäre (vgl. [www.compendium.ch](http://www.compendium.ch)). Da unklar ist, ob und wenn ja, welche Veränderungen vorliegen, kann nicht auf die psychiatrische Beurteilung des Y. \_\_\_ vom 9. Juli 2014 abgestellt werden. Dazu kommt, dass sich die psychiatrische Beurteilung des Y. \_\_\_ auch nicht zu den neu massgeblichen Indikatoren äussert.

Entgegen den Ausführungen von RAD-Ärztin Z. \_\_\_ kann nunmehr aufgrund der Rechtsprechung des Bundesgerichts ein psychisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nicht mehr nur mit dem Hinweis auf die fehlende Schwere (einer mittelgradigen depressiven Störung) und die gute Behandelbarkeit beziehungsweise die fehlende Therapieresistenz verneint werden (vgl. die zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmten Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_841/2016 E. 4.5.2 und 8C\_130/2017 E. 8.1). Ob die durchgeführte medikamentöse Therapie inadäquat ist, wie sie annahm (vgl. Urk. 13/114), wird die einzuholende psychiatrische

Beurteilung zu beantworten haben. Festzuhalten ist diesbezüglich, dass im Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 9. Juli 2014 nur die Anpassung der antidepressiven Medikation und die Kontrolle der Medikamenteneinnahme empfohlen wurden, nicht jedoch die Durchführung einer Rehabilitation in einem interdisziplinären Setting (vgl. Urk. 13/62/75; vgl. demgegenüber Urk. 2 S. 2).

Zur Feststellung, welche psychischen Leiden beim Versicherten aktuell objektiv ausgewiesen sind, ist damit die Einholung einer ergänzenden psychiatrischen Expertise erforderlich. Der psychiatrische Gutachter oder die Gutachterin wird gegebenenfalls eine ergänzende neuropsychologische Beurteilung zu veranlassen haben. Die Gutachterperson wird sich sodann ausführlich zu den nach der Rechtsprechung neu massgeblichen Indikatoren zu äussern haben.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Versicherte im Rahmen der Begutachtung gegenüber den einzelnen Begutachtern und Begutachterinnen teilweise widersprüchliche Angaben etwa bezüglich Schmerzmittel einnahme oder frühere Arbeitstätigkeiten machte (vgl. Urk. 13/62/32-33). So sind auch die Angaben zum Tagesablauf gegenüber den behandelnden Ärzten nicht durchwegs kohärent (vgl. Urk. 13/98/5, 13/79/2). Die Konsistenz der Angaben des Versicherten zu prüfen, wird ebenfalls Aufgabe der Gutachterperson sein (vgl. das zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmte Urteil des Bundesgerichts 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 E. 8.2).

Die Sache ist damit für weitere Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen und die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

5.

Das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Versicherungsleistungen kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten sind auf Fr. 700.- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Ausgangsgemäss steht dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu, welche ermessensweise auf Fr. 1'300.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 15. November 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'300.- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 Tanner Imfeld

#### **E. 5**

ff., 13/35/28). Sodann bestand ab dem 10. Januar 2013 wegen Rücken- und Schulterschmerzen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und ab dem 1. Juni 2013 eine 50%ige (vgl. Urk. 13/16/1-2, 13/16/4-7, 13/21/3). Am 18. Juni 2013 meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, für die Berufliche Integration und für eine Rente an (Urk. 13/12). Die IV-Stelle zog von den behandelnden Ärzten Berichte bei (vgl. Urk. 13/28, 13/29, 13/35, 13/53-54, 13/59) sowie Steuerunterlagen der selbständigen Tätigkeit (vgl. Urk. 13/26, 13/31). Sodann veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten in der Y. \_\_\_\_, welches Gutachten am 9. Juli 2014 erstattet wurde (Urk. 13/62). Mit Verfügung vom 6. November 2014 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch mit der Begründung, eine länger dauernde, das heisse eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit von mindestens 40 % während mindestens einem Jahr sowie eine weiterhin andauernde, rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit seien nicht ausgewiesen. Der Versicherte sei in der ursprünglichen Tätigkeit als Taxifahrer zu 80 % arbeitsfähig (Urk. 13/74). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

#### **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.