

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00024 vom 30. Januar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00024

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00024 du 30 janvier 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00024 del 30 gennaio 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). 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

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Diese Voraussetzung ist auch von Angehörigen zu erfüllen, für die eine Leistung beansprucht wird (Abs. 4).

E. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur

geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neu anmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu ver gewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in ana loger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Verän derung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu nächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschlies sen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1. 5

Ändert sich der Invalidi tätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Renten bezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend er höht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Renten revision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflus sen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revi dierbar, wenn sich die erwerbli chen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes er heb lich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Verände rung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diag no se vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundes gerichts 9C_261/2009 vom 1 1. 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 Wesent lichen unverändert gebliebenen Gesund heits zustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revi sionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserhebli chen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Ein spracheentscheid , welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Renten anspruchs mit rechtskonformer Sachver haltsabklärung, 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). 1. 6

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. Invalideneinkom men), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkom mensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die b eiden hypo thetischen Erwerbsein kommen 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). 1. 7

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet 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 9. Januar 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. November 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine höhere Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. Februar 2017

(Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 21. Februar 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, dass im Oktober 2013 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten sei, weshalb ihm die bisherige Tätigkeit als Chauffeur für Nachtfahrten nicht mehr zumutbar sei (S. 4 unten). Nach Ablauf des Wartjahres wäre dem Beschwerdeführer eine angepasste, wechselbelastende Tätigkeit zu 50

% zumutbar (S. 5 ff.). Wenn der Beschwerdeführer an beruflichen Massnahmen interessiert sei, könne er sich melden (S. 7).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass das eingeholte rheumatologisch-psychiatrische Gutachten keine verlässliche beweiswertige Grundlage darstelle, insbesondere sei es nicht nachvollziehbar und zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu wenig begründet (S. 3 Rz 5). Zudem sei es nicht mehr aktuell. So würden sowohl die behandelnde Fachpsychologin als auch der Hausarzt in ihren aktuellen Berichten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber der Begutachtungssituation beschreiben (S. 9 Rz 8).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers sowie die Höhe des Rentenanspruchs.

Unbestritten ist hingegen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der erstmaligen Rentenanspruchsverneinung im Mai

2010 wesentlich verändert hat, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers geltend macht (vgl. vorstehend E. 1.4, E. 1.5). 3. 3.1

Der erstmaligen Rentenanspruchsverneinung mit Verfügung vom 12. Mai

2010 (Urk. 7/26) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte zugrunde. 3.2

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, attestierte dem Beschwerdeführer

in seinem Bericht vom 18. November 20

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Zu prüfen bleibt damit die Ermittlung des Invaliditätsgrades anhand eines Einkommensvergleiches.

E. 6.2

Der hypothetische Rentenbeginn ist in dem Zeitpunkt, in welchem der Beschwerdeführer während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen war und anschliessend mindestens im Umfang von 40 % invalid ist (Art. 28 Abs. 1 IVG; vgl. vorstehend E. 1.2), frühestens jedoch sechs Monate nach Geltendmachung des Anspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. vorstehend E. 1.3). Nachdem sich der Beschwerdeführer am 3. April

2014 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbeitrag angemeldet hatte (Urk. 7/27), war der frühest mögliche Rentenbeginn im Oktober

2014. 6. 3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

6. 4

Der Beschwerdeführer war von Januar

2010 bis Juli

2014 bei der O.____ AG beschäftigt. Bis Ende Oktober

2013 war er als Chauffeur für Nachtfahrten tätig, ab Mitte Januar 2014 wurde er an einem Schonarbeitsplatz in der Expedition intern beschäftigt (Urk. 7/39/1-6; Urk. 7/39/7; vgl. Urk. 7/38). Für die Bemessung des Valideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf die Angaben im Arbeitgeberfragebogen der O. ___ AG vom 13. Mai 2014 ab, wonach der Beschwerdeführer im Jahr

2014 bei voller Leistung ein Einkommen von Fr. 71'830.-- erzielt hätte (Urk. 7/39/1-6 Ziff. 2.10). Das von der Beschwerdegegnerin ermittelte Valideneinkommen von Fr. 71'830.-- für das Jahr

2014 (Urk. 2 S. 5; vgl. Urk. 7/98) ist deshalb nicht zu beanstanden. 6. 5

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli

2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Bezug der Lohnstatistik erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 6. 6

Dem Beschwerdeführer ist die angestammte Tätigkeit als Chauffeur nicht mehr möglich. Eine leichte wechselbelastende, Tätigkeit unter Berücksichtigung eines näher umschriebenen Leistungsprofils ist ihm jedoch in einem 50%-Pensum zumutbar (vorstehend E. 5.6). Für die Bemessung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin deshalb auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors gemäss LSE

(LSE 2014, Tabellengruppe TA1, Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Kompetenzniveau 1, Total Männer, www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen/Arbeitskosten, Lohnniveau – Schweiz) ab. Das von der Beschwerdegegnerin – unter Berücksichtigung der wöchentlichen Arbeitszeit – für das Jahr 2014 errechnete Invalideneinkommen von Fr. 66'453.-- für ein volles Pensum beziehungsweise von Fr. 33'227.-- für ein 50%-Pensum (Urk. 2 S. 5; vgl. Urk. 7/98) ist deshalb ebenfalls nicht zu beanstanden. 6. 7

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 71'830.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 33'227.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 38'603.-- und damit einen eine halbe Rente begründenden Invaliditätsgrad von rund 54 %.

Dementsprechend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab dem 1. Oktober 2014 eine halbe Rente zugesprochen hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert fest zu legen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- an zu setzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer auf zu erlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Helvetia Versicherungen, Berufliche Vorsorge Schweiz, St. Alban-Anlage 26, 4002 Basel sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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. 09

(Urk. 7/10/1-3 = Urk. 7/18/3-5) für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Chauffeur im Kunsttransport eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 7. Mai 2009 (Ziff. 1.6).

In seinem Bericht vom 24. November

2009 (Urk. 7/10/5 = Urk. 7/18/2) nannte Dr. Z. _____

ein radikuläres Reizsyndrom mit Claudicat i o

spinalis sowie eine Adipositas als Diagnose (Ziff. A).

3.3

Die Ärzte der A.____ Klinik diagnostizierten in ihrem Bericht vom 21. Dezember 2009 (Urk. 7/17/5-7) eine Spinalkanalstenose L5/S1 und L4/5, weniger L3/4 und L2/3, sowie einen Status nach einer

mediolateralen Diskushernie auf Höhe L5/S1 (Ziff. 1.1). Sie legten dar, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Chauffeur im Kunsttransport mit Tragen von schweren Skulpturen und Bilderkisten aufgrund der reduzierten Belastbarkeit nicht mehr möglich sei (Ziff. 1.7).

3.4

Die Verneinung eines Rentenanspruchs begründete die Beschwerdegegnerin da mit, dass dem Beschwerdeführer zwar die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Chauffeur nicht mehr möglich sei, eine ganztägige körperlich leichte wechselnde lastende Tätigkeit könne er jedoch ausführen. In der Zwischenzeit habe der Beschwerdeführer wieder eine Tätigkeit als Chauffeur aufgenommen und erziele einen Verdienst, der leicht höher sei als der zuletzt erzielte Lohn, weshalb keine Erwerbseinbuße vorliege (Urk. 7/26).

4. 4.1

Eine Ärztin der A.____ Klinik, Muskulo -Skelettal Zentrum, Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie, berichtete am 25. September 2013 (Urk. 7/37) über die gleichentags erfolgte Untersuchung und nannte folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - Lumboischialgie beidseits mit Verdacht auf Radikulopathie S1 beidseits bei Verdacht auf Bandscheibenvorfall L5/S1 - Status nach interspinöser Dekompression L2-S1 am 4. Juli

2011 bei Lumboischialgie rechtsbetont bei degenerativer Lumbalskoliose, Spinalkanalstenose L3/4 und L4/5, leichte Lipomatose L2/3 und kleinem Bandscheibenvorfall L5/S1 - Status nach diversen Infiltrationen in die Gelenke und Sakralblock, zuletzt Infiltration der Gelenke L2/3, L3/4 und L5/S1 mit nur 20%iger Beschwerdelinderung 4.2

Dem Austrittsbericht des Stadtspitals B.____, Klinik für Rheumatologie, vom 25. November 2013 (Urk. 7/45/18-19) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer dort vom 1. bis 20. November 2013 hospitalisiert war, und am 12. November 2013 eine mikrochirurgische Dekompression L3/4 beidseits sowie eine Aufrichtespondylodese L3/4 durchgeführt wurde (vgl. Operationsbericht vom 29. November 2013, Urk. 7/45/15-16). Die Ärzte des Stadtspitals B.____ nannten folgende Diagnosen (S. 1): - schwere radiologisch progrediente LWS-Degeneration, Skoliose, Status nach Dekompression L2/3

- L4/5 am 4. Juli 2011 - lumboradikuläres Schmerzsyndrom S1 rechts - chronisch-venöse Insuffizienz bilateral - Adipositas - Status nach

Polytoxikomanie, jetzt substituiert (Methadon) - chronische Refluxbeschwerden

Vom 1. November

2013 bis zur Nachkontrolle beim Operateur (6 Wochen post operativ) habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 2 Mitte). 4. 3

Dr. med. C.____, Facharzt für Neurochirurgie, nannte in seinem Bericht vom 19. Mai

2014 (Urk. 7/40 = Urk. 7/66/5-8) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - Status nach mikrochirurgischer Dekompression L4/5 und L3/4 sowie Spondylodese L3/4 am 12. November 2013 - Status nach Dekompression L2/3 – L4/5 am 4. Juli 2011 - Status nach Hüfttotalprothese links 2012, rechts 2013

Der Beschwerdeführer habe nach eigenen Angaben ab 10. Januar 2014 wieder angefangen 50 % zu arbeiten (S. 1 oben).

Seit dem 10. Januar

2014 bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.6) .

4. 4

Dr. med. D.____ , Facharzt für Allgemeine Medizin und Hausarzt des Beschwerdeführers , führte in seinem Bericht vom 4. Juli 2014 (Urk. 7/45/1-5) aus, dass er den Beschwerdeführer seit 1994 behandle (Ziff. 1.2) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - schwere, progrediente Lendenwirbelsäule (L WS)-Degeneration - Status nach Hüfttotalprothese links 2012 und rechts 2012 (richtig: 2013) - Senk-Sprei zfüsse beidseits - Adipositas

Die bisherige Tätigkeit als Transportarbeiter beziehungsweise Chauffeur sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Leichte, wechselbelastende Tätigkeiten seien ihm hingegen halbtags möglich (Ziff. 1.6-1.7) . 4.5

Der Beschwerdeführer war vom 1. bis 20. September

2014 in der E.____ hospitalisiert. In ihrem Austrittsbericht vom 30. September

2014 (Urk. 7/50 = Urk. 7/66/9-12 = Urk. 7/68/14-17) nannten die Ärzte der E.____ folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches lumbospondylogenes Syndrom - Status nach

Totalendoprothese der Hüfte links (2012) und rechts (2013) - retropatellare Schmerzen ohne erinnerliches Trauma , Differentialdiagnose Fingerpolyarthrose

- Adipositas - Status nach Venenstripping beidseits (anamnestisch)

Bis zum 6. Oktober

2014 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, danach müsse eine Neubeurteilung durch den Hausarzt stattfinden (S. 3 Mitte) . 4.6

Dr. C.____ legte in seinem Bericht vom 15. Mai 2015 (Urk. 7/66/1-4) dar, dass im weiteren Verlauf – dabei verwies er auf den Austrittsbericht der E.____ vom 20. September

2014 (vorstehend E. 4.5) – unverändert eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 1 oben , Ziff. 1.6) . 4.7

In seinem Bericht vom 17. Juli 2015 (Urk.

7/68/3-4) nannte Dr. D.____ neu eine

seit Sommer

2014 bestehende

Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) und ein

femoropatelläres Schmerzsyndrom linksbeide als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Mitte).

Nach Ausschöpfung der Therapieoptionen und dem gescheiterten Belastbarkeitstraining sei der arbeitssame und motivierte Beschwerdeführer wegen der schwer eingeschränkten Belastbarkeit der Wirbelsäule, welche auch sitzende Tätigkeiten praktisch verunmöglichende ,

für wahrscheinlich dauernd für alle Erwerbs tätigkeiten zu mindest ens 80 %
erwerbsunfähig (S. 4 Mitte).

4.8

Dr. med. F.____ , Facharzt für Anästhesiologie, Polymedes Schmerz zentrum, nannte in
seinem Bericht vom 3. September

2015 (Urk. 7/71) ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom im Verlauf S1 rechts
bei Z u stand nach zweimaliger lumbaler Operation als Diagnose mit Auswirkung auf die
Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur bestehe eine 100%ige Arbeits unfähigkeit
(Ziff. 1.6). Bei angepasstem Leistungsprofil sei eine leichte Tätigkeit zu 50 % realisierbar
(Ziff. 1.7).

4.9

Dem Bericht von l ic . phil. G.____ , Psychologin FSP, vom 4. September 2015 (Urk. 7/70/6)
ist zu entnehmen , dass sich der Beschwerdeführer bei ihr

seit Oktober

2014 in psychotherapeutischer Beha ndlung befinde. Sie diagnostizierte eine
Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.23). Im Rahmen der
Behandlung habe keine nachhaltige Besserung der Gefühlslage erzielt werden können. Zur
Arbeitsfähigkeit könne sie sich als Psychotherapeutin nicht äussern. 4.10

In seinem Bericht vom 22. Januar

2016 (Urk. 7/89) nannte Dr. med. H.____ , Facharzt für Neurologie, folgende Diagnosen
(S. 1 Mitte): - Verdacht auf chronisches Logensyndrom der Tibialis

anterior Loge rechts im Anschluss an lumbale Operation Oktober 2013 (dorsale LWK 3/4) -
Differentialdiagnose lumboradikuläres Ausfallsyndrom L5 - Status nach Hüfttotalprothese
link 2012, rechts 2013 4.11

Dr. med. I.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatte te das von der
Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Teilgut achten am 28. Januar

2016 (Urk. 7/91) . Er nannte keine Diagnosen mit Ausw ir kung auf die Arbeitsfähigkeit (S.
15 Ziff. 5.1) . Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er hingegen
(S. 15 Ziff. 5.2): - Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannungen, Ärger, Resignation und
Zukunftsängsten (ICD-10 F43.23) - Abhängigkeitssyndrom, multipler Substanzgebrauch
(vorwiegend Heroin und Cannabis), episodischer Substanzgebrauch (ICD-10 F19.26) - s
chädlicher Nikotingebrauch

Aus psychiatrischer Sicht bestehe sowohl in der angestammten als auch in an gepassten
Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S.

16 Ziff. 7) . 4.12

PD Dr. med. J.____ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabi litation und für
Rheumatologie , K.____ , Physiotherapeut, und Dr. I.____ , Y.____ , erstatteten das von der
Beschwerdegegnerin in Auftrag ge ge bene

rheumato logisch-psychiatrische Gutachten inklusive EFL unter Berücksichtigung des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. I. ___ vom 28. Januar

2016 (vorstehend E. 4.11) am 23. Mai

2016 (Urk. 7/94).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 4) : - chronisches lumbovertebrales bis spondylogenes Syndrom - aktuell wahrscheinlich dominierende Fazettengelenksproblematik - Claudicatio

spinalis bei engem Spinalkanal - Status nach Dekompression L2 bis L5 Juli 2011 - Status nach mikrochirurgischer Dekompression L3/L4 und Spondylolyse L3/L4 November 2013 - präoperativ 2003 dokumentierter Fussheber- und -senkerschwäche rechts, Trendelenburg-Zeichen sowie Duchène-Hinken - persistierende Fussheberparese rechts mit subjektiven Dysästhesien und watschelndem Gang im Bereich der unteren Extremitäten und des rechten Fusses - persistierende Grosszehenheberparese bei Parese des Extensor hallucis

longus rechts - Polyneuropathie der unteren Extremitäten unklarer Ätiologie - Charcot-artige Deformität des rechten Fusses - Verdacht auf chronisches Logensyndrom rechts, Differentialdiagnose: persistierende Fussheberparese nach radikulärem

Kompressionssyndrom - vorderer Knieschmerz links im Rahmen einer Femoropatellararthrose

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 18 f. Ziff. 4): - morbid Adipositas - Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannungen, Ärger, Resignation und Zukunftsängsten (ICD-10 F43.23) - in diesem Zusammenhang: dysfunktionelles Krankheitsverhalten - Abhängigkeitssyndrom, multipler Substanzgebrauch (vorwiegend Heroin und Cannabis), episodischer Substanzgebrauch (ICD-10 F19.26) - Methadonprogramm - schädlicher Nikotingebrauch (ICD-10 F17.1) - chronische Refluxbeschwerden, unter Antra - chronische venöse Insuffizienz bilateral

Die bisherigen Tätigkeiten als Zimmermann und Möbeltransporter seien

dem Beschwerdeführer retrospektiv seit 2009 nicht mehr zumutbar; die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Transporteur sei aufgrund der häufigen Gewichtsbelastungen von mittelschweren Gewichten und aufgrund der häufigen Fahrenforderungen bei eingeschränkter Funktion der rechten unteren Extremität und Polyneuropathie beidseits seit Oktober

2013 nicht mehr zumutbar (S. 20 Ziff. 5.1). Eine leicht wechselbelastende, Tätigkeit ohne Einnehmen von Hockstellungen, ohne Anforderungen an das Gleichgewicht und nur manchmaligem Treppen- und Leitersteigen, Rotationen im Sitzen, Gehen und Stossen und Ziehen, nur seltenem Knien und Kniebeugen sei dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der nachvollziehbar erheblichen Anlaufbeschwerden, Steifigkeit und der Gangunsicherheit, der nachweislich strukturellen Veränderungen und der reduzierten Kompensationsfähigkeit aufgrund der erheblichen funktionellen Einschränkungen im Bereich der rechten unteren Extremität zu 50 % (Präsenz maximal 6

Stunden mit zusätzlicher Leistungsminderung) zumutbar. Die 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe seit Abschluss der Rehabilitation nach der Rückenoperation, das heisst nach dem stationären Rehabilitationsaufenthalt in der E. ___ (vgl. vorstehend E. 4.5) ab Oktober 2014

(S. 20 Ziff. 5.2). 4.13

Pract . med. L.____ , Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) , hielt in seiner Stellungnahme vom 31. Mai

2016 (Urk. 7/99/ 6-7) fest, das

Y.____ -Gutachten sei nachvollziehbar und in seinen Schlussfolgerungen plausibel, weshalb darauf abgestellt werden könne. 4.14

Die Ärzte der Universitätsklinik M.____ , Orthopädie, nannten in ihrem Bericht vom 5. Oktober 2016 (Urk. 7/115/3-5) folgende Diagnosen (S. 1): - dekompensierter

Pes

planovalgus - Verdacht auf Logensyndrom Unterschenkel rechts, unklarer Genese - Verdacht auf chronische motorische L4/5-Radikulopathie rechts - Status nach Polytoxikomanie - chronische Refluxbeschwerden - Adipositas - chronisch venöse Insuffizienz bilateral - Status nach Hüfttotalprothese-Implantation beidseits 2012 4.15

In seinem – nach Verfügungserlass erstellten – Bericht vom 11. Dezember 2016 (Urk. 3/4) nannte Dr. D.____

neu eine chronische Myokarditis unklarer Ätiologie (Erstmanifestation November 2015) sowie eine Verschlechterung der depressiven Stimmungslage und schwere Schlafstörungen als Diagnosen (S. 1 Mitte). Durch die schweren Einschränkungen des Bewegungsapparates seien unverändert nur leichte wechselbelastende Tätigkeiten möglich.

Durch die psychische Verschlechterung seien diese Tätigkeiten jetzt nur noch maximal 2 Stunden täglich mit häufigen Pausen möglich (S. 2 Mitte).

4.16

Lic . phil. G.____

führte in ihrem – nach Verfügungserlass erstellten – Bericht vom 16. Dezember 2016 (Urk. 3/3)

aus , im Verlauf des Jahres 2016 habe sich der Zustand des Beschwerdeführers aus psychotherapeutischer Sicht deutlich verschlechtert. Es liessen sich nun eine rezidivierende mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F33.2) sowie eine Persönlichkeitsveränderung im Rahmen einer langdauernden Krankheit diagnostizieren (S. 1).

Die Arbeitsfähigkeit werde durch den Arzt festgelegt. Aus psychotherapeutischer Sicht sei wenn überhaupt nur eine sehr marginale Arbeitstätigkeit denkbar (S. 2 oben). 5. 5.1

Das Y.____ -Gutachten inklusive EFL (vorstehend E. 4.12 ; vgl. E. 4.11) umfasst die Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie. Sowohl der rheumatologische als auch der psychiatrische Gutachter verfügen über den entsprechenden Facharzttitel und waren somit in ihren Fachgebieten grundsätzlich zur Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers befähigt. Das Gutachten erscheint für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigt die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers. Zudem wurde es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet. Damit erfüllt das Y.____ - Gutachten die praxisgemässen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehend E. 1.7), weshalb für die Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. 5.2

Die Gutachter diagnostizierten ein chronisches lumbovertebrales bis spondylo genes Syndrom, eine persistierende Fussheberparese rechts mit subjektiven Dysästhesien und watschelndem Gang im Bereich der unteren Extremitäten und des rechten Fusses sowie einen vorderen Knieschmerz links im Rahmen einer Femoropatellararthrose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie unter anderem eine Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannungen, Ärger, Resignation und Zukunftsängsten (ICD-10 F43.23; vorstehend E. 4.12). 5.3

Die von den Gutachtern attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisher ausgeübten Tätigkeiten als Zimmermann, Möbeltransporter und Transporteur sowie die 50%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste, leichte und wechselbelastende Tätigkeiten unter Berücksichtigung eines näher umschriebenen Leistungsprofils (vorstehend E. 4.12) erscheinen angesichts der gestellten rheumatologischen Diagnosen als nachvollziehbar (vgl. Urk. 7/94 S. 14 ff. Ziff. 3).

Die medizinisch-theoretisch festgelegte Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Chauffeur wie auch für angepasste Tätigkeiten ist angesichts der Tatsache, dass die zumutbare Arbeitsfähigkeit anlässlich der Begutachtung nicht abschliessend gestützt auf die EFL beurteilt werden konnte (vgl. Urk. 7/94 S. 19 Ziff. 4.1.2-4.1.3, S. 25 f.) nicht zu beanstanden. Der diesbezügliche Einwand des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 6 Rz 6) erweist sich somit als unbegründet.

Ausserdem stimmt die attestierte Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit mit der Beurteilung von Dr. F.____ vom September 2015 (vorstehend E. 4.8) überein, wonach dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Chauffeur nicht mehr zumutbar, eine leichte Tätigkeit bei leichtem Leistungsprofil jedoch zu 50 % realisierbar sei.

Dr. C.____ legte in seinem Bericht vom Mai 2015 (vorstehend E. 4.6) schliesslich nicht näher dar, weshalb eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliegen sollte, so dass dieser Bericht nichts an der Beurteilung der Y.____ -Gutachter zu ändern vermag. Schliesslich sind den Berichten von Dr. H.____ vom Januar 2016 (vorstehend E. 4.10) und der Ärzte der Universitätsklinik M.____ vom Oktober

2016 (vorstehend E. 4.14) keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht zu entnehmen. 5.4

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht stützten sich die Gutachter auf das Teilgutachten von Dr. I.____ (vorstehend E. 4.11, E. 4.12; vgl. Urk. 7/94 S. 17 unten Ziff. 4). Das Nichtvorliegen einer psychiatrischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit begründete Dr. I.____ in seinem Teilgutachten damit, dass zwar im Jahr 2014 eine Anpassungsstörung ausgebrochen sei, jedoch nicht mit einer depressiven Reaktion, sondern mit Sorgen, Anspannungen, Ärger, Resignation und Zukunftssorgen. Zudem hielt er in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise fest, dass das vom Beschwerdeführer geschilderte Aktivitätenniveau trotz festgestellter Anpassungsstörung auf eine erhaltene Tagesstruktur und regelmässige soziale Kontakte hinweise und

gleichzeitig eine depressive Reaktion ausschliesse. Denn eine depressive Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung oder einer eigenständigen depressiven Störung werde hauptsächlich mit Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsstörung und depressiven Verstimmungen, mit vermindertem Selbstwertgefühl, Schuldgefühlen, Konzentrationsstörungen und pessimistischen Zukunftsperspektiven sowie mit einer Vielzahl von körperlichen Symptomen manifestiert, was beim Beschwerdeführer abgesehen von angstgeprägter Zukunftsperspektive nicht festzustellen sei (Urk. 7/91 S. 16 Ziff. 6, vgl. S. 13 f. Ziff. 3.6). Damit er scheint die attestierte volle Arbeitsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht als nachvollziehbar. 5.5

In Bezug auf die Berichte des behandelnden Hausarztes des Beschwerdeführers

Dr. von N.____

vom 11. Dezember

2016 (vorstehend E. 4.15) sowie der behandelnden Psychologin lic. phil. G.____ vom 16. Dezember

2016 (vorstehend E. 4.16) gilt, dass nach ständiger Rechtsprechung das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b).

Die beiden

Berichte beziehen sich auf den Zeitraum vor und nach Verfügungserlass, weshalb sie grundsätzlich zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers herangezogen werden können. In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist jedoch auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese 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).

Inwiefern sich die vom Hausarzt Dr. D.____ neu diagnostizierte chronische Myokarditis unklarer Ätiologie (vorstehend E. 4.15) zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken sollte, lässt sich dem Bericht nicht entnehmen. Im Übrigen hat der Beschwerdeführer bereits anlässlich der Y.____ - Begutachtung seine Herzbeschwerden beziehungsweise die notfallmässigen Spitalaufenthalte Ende 2015 erwähnt (vgl. Urk.

7/91 S.

E. 13

Mitte, Urk. 7/94 S. 13 unten), weshalb

diese

bereits im Gutachten berücksichtigt worden sind.

Die behandelnde Psychologin lic. phil. G.____ diagnostizierte im Dezember

2016 neu eine rezidivierende mittelgradige depressive Störung sowie eine Persönlichkeitsveränderung im Rahmen einer langdauernden Krankheit (vorstehend E. 4.16). Auch Dr. D.____ ging im Dezember 2016 von einer Verschlechterung der depressiven Stimmungslage aus (vorstehend E. 4.15). Im Juli beziehungsweise September

2015 gingen sie noch von einer

Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion aus (vorstehend E. 4.7, E. 4.9). Im Rahmen der Y.____ -Begutachtung setzte sich Dr. I.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten mit den letztgenannten Berichten auseinander und legte in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass zwar im Jahr 2014 eine Anpassungsstörung ausgebrochen sei, nicht jedoch mit einer depressiven Reaktion (vorstehend E. 4.11, E. 5.4). Weder die behandelnde Psychologin noch der Hausarzt vermochten substantiiert darzulegen, dass seit dem

Y.____ - Gutachten

vom Mai

2016 (vorstehend E. 4.12) eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands eingetreten ist. Ausserdem ist den beiden Berichten vom Dezember 2016 (vorstehend E. 4.15, E. 4.16)

nicht zu entnehmen, wann genau diese Verschlechterung eingetreten sein soll.

Die neuesten Berichte von Dr. D.____ und lic . phil. G.____

vermögen somit entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vorstehend E. 2.2; vgl. Urk. 1 S. 3 ff. Rz 5 f., S. 9 Rz 8) nichts an der Beweiskraft des Y.____ -Gutachtens zu ändern.

5.6

Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass dem Beschwerdeführer die bisherigen Tätigkeiten als Zimmermann und Möbeltransporter wie auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Transporteur nicht mehr zumutbar sind . Eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Einnehmen von Hockstellungen , ohne Anforderungen an das Gleichgewicht und nur manchmal maligem Treppen- und Leitersteigen, Rotationen im Sitzen, Gehen und Stossen und Ziehen, nur seltenem Knien und Kniebeugen ist ihm jedoch seit Oktober 2014 zu 50 % möglich .

6.

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