

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00383 vom 21. Juni 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00383](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00383)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00383 du 21 juin 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00383 del 21 giugno 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1967, gelernter Strassenbauer (Urk. 6/1/1), war seit dem 15. August 2002 bei der Y.\_\_\_\_ AG als Baumaschinenführer tätig

(Urk. 6/8 Ziff. 2.1, Ziff. 2.7, Urk. 6/25) und meldete sich

am 8. Juni 2010

unter Hinweis auf einen seit dem 8. Februar 2010 bestehenden Bandscheibenvorfall/Diskushernie bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2

Ziff. 6.2-3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 6/9), und holte bei m Z.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am

### **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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5,

131 V 49 E. 1.2,

130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus ( vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6 ). Eine fachärztlich einwandfrei 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 ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2 , 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG ).

### **E. 1.3**

Nach der Rechtsprechung führt Drogensucht (wie auch Alkoholismus und Medikamentenmissbrauch) als solche nicht zu einer Invalidität im Sinne des Gesetzes. Dagegen wird sie im Rahmen der Invalidenversicherung relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetre ten ist, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 124 V 265 E. 3c). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen einer Drogensucht, die ihrerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a): Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in der Drogensucht ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Dies trifft zu, wenn davon auszugehen ist, dass sich beispielsweise ein depressives Zustandsbild bei einer (angenommenen) positiven Veränderung der suchtbedingten psychosozialen Problematik wesentlich bessern (und die damit verbundene Beeinträchtigung des Leistungsvermögens sich entsprechend verringern) würde (Urteil des Bundesgerichts 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.1 unter Hinweis auf 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1 und 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1).

Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c; Meyer/ Reichmuth , Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz 51 zu Art. 4 IVG) ist nicht entscheidend, ob die Drogensucht Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob die Sucht ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Suchtfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigen ständigen Gesundheitsschaden stehen.

Dies kann der Fall sein, wenn die Drogen sucht – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Rauschmittelkonsums, sondern wesentlich auch der psychiatrische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Suchtfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Betäubungsmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen der Sucht (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 2.2.2 unter Hinweis auf 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.2 und 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.2).

Im erwähnten Urteil 8C\_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4 hat das Bundesgericht entschieden, dass die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 psychosomatische Leiden betrifft und auf Suchtproblematiken nicht anwendbar ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_6/2016 vom 3. Februar 2016 E. 4.2.3 mit Hinweis auf die Kritik von Liebrecht / Uttinger / Ebner, Sind Abhängigkeitserkrankungen aus höchst richterlicher Sicht [weiterhin] nicht mit anderen psychischen Störungen [z.B. somatoformen Störungen] vergleichbar? - Eine Urteilsbesprechung von BGE 8C\_582/2015 im Lichte der theoretischen Anwendbarkeit des ergebnisoffenen, strukturierten Beweisverfahrens, in: SZS 2016 S. 96; ferner: Liebrecht et alii, Das Suchtleiden bzw. die Abhängigkeitserkrankungen - Möglichkeiten der Begutachtung nach BGE 141 V 281

[= 9C\_492/2014], in: SZS 2016 S.

12).

#### **E. 1.4**

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. 1.5**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus gleichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.6**

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.

## 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung ( Urk. 2) damit, die medizinischen Abklärungen am Z. \_\_\_ am 11. März 2013 sowie am 28. und am 30. September 2016 hätten ergeben,

dass der Beschwerdeführer seit dem 8. Februar 2010 wegen seiner gesundheitlichen Einschränkungen seine Tätigkeit als Baumaschinenführer nicht mehr ausüben könne. Hingegen sei ihm eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit, wechselbelastend, ohne repetitive stereotype Fehlhaltung der Wirbelsäule und ohne häufiges Gehen über unebene Flächen zu 75 % zumutbar. Aus dem Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 34 % . Berufliche Massnahmen seien derzeit nicht angezeigt, da sich der Beschwerdeführer nicht dazu in der Lage fühle ( S. 1 f.). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde ( Urk. 1) geltend, auf das Z. \_\_\_ -Gutachten vom 25. Oktober 2016 könne nicht abgestellt werden. Insbesondere hätten sich die Gutachter nicht mit den Ergebnissen der Potentialabklärungen und dem Integrationsversuch auseinandergesetzt ,

und es werde keine Stellung zu der von den behandelnden Ärzten geäusserten Diagnose einer Persönlichkeitsstörung genommen. Zudem hätten sich die Gutachter nicht zum Einfluss der Drogensubstitutionstherapie auf die Arbeitsfähigkeit geäussert, und es fehle eine Diskussion über die Wechselwirkung zwischen der psychiatrischen und physischen Belastbarkeit und dem Risiko der Wiederaufnahme des Drogenkonsums (S. 5 ff. Ziff. 10-15 , S. 11 f. Ziff. 17 ). Mangels Erhebung der Funktionseinschränkungen gemäss Mini- ICF-APP sei die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit insbesondere aus psychiatrischer Sicht nicht genügend fundiert (S. 11 Ziff. 16).

Zu den vom psychiatrischen Gutachter erhobenen Ressourcen sei anzumerken, dass er bloss noch eine vita

minima lebe (S. 12 Ziff. 18).

Gänzlich nicht nachvollziehbar seien die Angaben im aktuellen Gutachten über den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit. Die oberflächliche Einschätzung, wonach er im Verlauf gemittelt zu 75 % arbeitsfähig gewesen sei, sei zu ungenau und setze sich nicht mit den von den behandelnden Ärzten attestierten Arbeitsunfähigkeiten auseinander.

Mangels Beweistauglichkeit der Z. \_\_\_ -Gutachten sei gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte des A. \_\_\_ in ihren Berichten vom 2. April 2014 und vom 26. Oktober 2015 sowie gestützt auf die Ergebnisse der Potentialabklärungen und der Integrationsmassnahme davon auszugehen, dass er seit 2010 durchgehend vollständig arbeitsunfähig sei, weshalb ihm seit Ablauf des Wartjahres per Januar 2011 ein Anspruch auf eine ganze Rente zustehe (S. 12

f f . Ziff. 19- 20 ).

Auch wenn in angepasster Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 75 % auszugehen wäre, würde der Invaliditätsgrad

- bei einem leistungsbedingten Abzug von 15 % vom Invalideneinkommen - mindestens 40 % betragen, und es ergäbe sich ein Anspruch auf eine Viertelsrente (S. 15 f.

Ziff. 2 1). 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. 3.

### **E. 1.7**

).

Die Ärzte führten aus, im Jahr 2013 sei eine antivirale Therapie bei chronischer Hepatitis C über 24 Wochen erfolgreich absolviert worden. Im November 2013 sei eine tiefe Beinvenenthrombose diagnostiziert und sechs Monate mit Rivaroxaban behandelt worden. Es sei im Sommer 2012 bedingt durch die Belastungssituation zu einem Rückfall mit Kokain und zum Heroinkonsum gekommen. Der Beschwerdeführer habe anschliessend mit einer Substitutionsbehandlung begonnen und sich bei schwerer depressiver Episode im Februar 2013 einer vierwöchigen stationären Therapie in der G.\_\_\_\_ unterzogen. Für die ambulante Nachbetreuung sei er in ihr Substitutionsprogramm eingetreten. Im Januar 2014 habe er einen Suizidversuch mit einer Überdosis von Midazolam unternommen. Es sei eine stationär-psychiatrische Behandlung im Sanatorium K.\_\_\_\_ erfolgt, in welcher er sich glaubhaft von der Suizidalität habe distanzieren können. Nach dem Aufenthalt in K.\_\_\_\_ habe der Patient bei anhaltender depressiver Verstimmung begonnen, regelmässig Midazolam zu konsumieren. Es seien Konflikte mit der Ehefrau und den Kindern hinzugekommen. Erneut unternahm der Beschwerdeführer am 11. Februar 2014 einen zweiten Suizidversuch, erneut mit einer Überdosis Midazolam. Es sei ein anschliessender Aufenthalt in der G.\_\_\_\_ erfolgt, wo der Patient aktuell weiter in Behandlung sei.

### **E. 03**

; Urk. 6/206) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. Februar 2017 einen Rentenanspruch (Urk. 6/208 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 30. März 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. Februar 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze, eventuell eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 16. Mai 2017 (Urk.

### **E. 3**

0. April 2013 erstattet wurde (Urk. 6/114) sowie ein polydisziplinäres Folgegutachten, welches am 25. Oktober 2016 erstattet wurde (Urk. 6/200).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/2

### **E. 3.1**

Dr. med. B.\_\_\_\_, leitender Arzt, Wirbelsäulenchirurgie, C.\_\_\_\_ Klinik, nannte in seinem Bericht vom 27. September 2011 (Urk. 6/129/23-24) als Diagnose einen Status nach Diskushernie L5/S1 links im Februar 2010. Es werde eine konservative Therapie durchgeführt. Als Nebendiagnose nannte er eine Adipositas und einen Nikotinabusus (S. 1 Mitte).

Der Beschwerdeführer sei in seinem angestammten Beruf als Strassenbauarbeiter und Maschinenführer seit Februar 2010 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1 unten). Klinisch und anamnestisch zeige er den erfolgreichen Verlauf einer konservativen Therapie einer lumbalen Diskushernie ohne wesentliche Residuen und kaum Rückenschmerzen. Vom Rücken her sei der Beschwerdeführer durchaus belastbar, und in Verweistätigkeiten in wechselnd stehend-sitzender Tätigkeit ohne Heben schwerer Lasten zu 100 % arbeitsfähig. Wirbelsäulen chirurgisch ergäben sich keine weiteren Massnahmen (S. 2).

### **E. 3.2**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 19. März 2012 (Urk. 6/65) folgende Diagnosen (S. 1): - mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1), fluktuierend über mehr als ein Jahr - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit insbesondere selbstunsicheren und negativistischen Zügen (ICD-10 F61.0) - anamnestisch Polytoxikomanie, seit über zehn Jahren abstinent - Zustand nach Bandscheibenvorfall lumbal mit Restbeschwerden im linken Bein

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, aufgrund der somatischen Beurteilung bestehe auf dem erlernten Beruf als Strassenbauer eine bleibende Berufsunfähigkeit. Auch bezüglich einer anderen Tätigkeit sei nicht sicher von einer vollen Belastbarkeit auszugehen. Sie müsse stufenweise wieder eintrainiert werden.

Rückblickend müsse festgehalten werden, dass sich die Abklärung in E.\_\_\_\_ zu einem persönlich sehr ungünstigen Zeitraum ereignet habe, nämlich als die Frau des Beschwerdeführers an einem akuten Multiplen Sklerose-Schub gelitten habe, was für ihn eine sehr bedrohliche Situation gewesen sei. Die Abklärung wäre besser verschoben worden (S. 1).

Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer sei arbeitswillig und an einer möglichst qualifizierten Arbeit interessiert. Zu berücksichtigen sei eine deutliche Antriebsstörung im Rahmen der depressiven Symptomatik und der negativistischen Tendenz seiner Persönlichkeit. Er benötige spezifische Unterstützung durch einen erfahrenen Begleiter (S. 2).

### **E. 3.3**

Die Ärzte des Spitals

F.\_\_\_\_ stellten in ihrem nach Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 15. bis 21. Juni 2012 erstellten Austrittsbericht vom 2. Juli 2012 (Urk. 6/129/11-12) folgende Diagnosen (S. 1): - Sick-Sinus-Syndrom - transthorakale Echokardiographie (TTE) vom 15. Juni 2012: normal grosser linker Ventrikel mit normaler Globalfunktion - Status nach intravenösem Drogenkonsum - seit Pfingsten Konsum von 1 mg Heroin täglich (nasal) - psychotisches Zustandsbild - Verdacht auf arterielle Hypertonie - koronare Risikofaktoren: positive Familienanamnese, Adipositas, Nikotinkonsum

Die Ärzte führten aus, es sei eine notfallmässige Zuweisung durch die G.\_\_\_\_ zur weiteren Abklärung einer Bradykardie erfolgt. Da die Indikation für eine Pacemakerimplantation bestanden habe, sei der Patient am 21. Juni 2012 an das H.\_\_\_\_-Spital verlegt worden (S. 1).

### **E. 3.4**

Die Fachpersonen des I.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 17. Dezember 2012 ( Urk. 6/104) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Adipositas (BMI = 31, abnehmend) - Status nach Polytoxikomanie (ICD-10 F19.20) - koronare Herzkrankheit (Sinusknoten-Problematik, heute Schrittmacher, 20. Juni 2012) - Status nach Bandscheibenvorfall zwischen dem ersten Wirbel und dem Becken

Die Fachpersonen des I.\_\_\_\_

fürten aus, es finde einmal die Woche eine Einzeltherapie statt ( Ziff. 1.5). Der Patient beklage, seit dem Bandscheibenvorfall am 8. Februar 2010 unter Schmerzen im linken Fuss und der Lendenwirbelsäule (LWS) zu leiden. Er leide unter Schlafstörungen, Appetitverminderung, Lust- und Interesselosigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, Orientierungsschwierigkeiten, Vergesslichkeit, Gedankenkreisen und an Sinnloskeitsgedanken. Im April 2012 sei es zu einem Rückfall mit Heroin gekommen, phasenweise auch intravenös. Der Stopp sei im August 2012 erfolgt.

Psychosozial belastend seien die Kündigung vom März 2011 sowie zuhause die Zwillinge.

Die Fachpersonen des I.\_\_\_\_ führten aus, die gegenwärtig depressive Symptomatik sowie die chronifizierten Schmerzen schränken den Patienten in der Alltagsbewältigung spürbar ein, weshalb er seit Februar 2010 zu 80 % arbeitsunfähig sei (S. 1 lit. A). Aufgrund der fortgeschrittenen Chronifizierung der depressiven Symptomatik sowie der Schmerzsymptomatik entspreche die Teilarbeitsfähigkeit von 20 % auf längere Sicht dem Leistungsniveau des Patienten im geschützten Arbeitsumfeld (S. 1 lit. B).

### **E. 3.5**

Am 30. April 2013 erstatteten die Gutachter des Z.\_\_\_\_ das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten ( Urk. 6/114 /2-21 ). Die Gutachter stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 18 Ziff. 5.1): - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, seit längerem ohne ausstrahlende Symptomatik - bilaterale

Spondylolyse Lendenwirbelkörper (LWK) 5 mit Spondylolisthesis gegen Sakralwirbelkörper ( SWK ) 1 Grad I nach Meyerding - Status nach mediolateraler Diskushernie LWK5/SWK1 links mit Sequestration nach cranial und Kompromittierung der Nervenwurzeln L5, S1 und S2 links, im Verlauf unter konservativer Therapie Sequesterresektion und Rückbildung der Ausstrahlungen ins linke Bein - leichtgradige depressive Episode ohne somatische Symptome (ICD-10 F 32.00) - Status nach Schrittmacher-Implantation bei Sick-Sinus-Syndrom im Juni 2012

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter einen Status nach Störung durch Opioid, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F11.22), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine Adipositas mit BMI von 32 kg/m<sup>2</sup>

sowie einen Nikotinabusus (S. 18 Ziff. 5.2).

Die Gutachter führten zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in anderen Tätigkeiten aus, dass die fokussierte Untersuchung des Rumpfes im Rahmen der orthopädischen Untersuchung keinen Hinweis auf eine weiterhin persistierende relevante Symptomatik er

geben habe. Eine kursorische neurologische Untersuchung habe keine Hinweise auf eine spinale Kompressionsproblematik oder Läsion eines grösseren peripheren Nervs ergeben.

Radiologisch bestünden im Bereich der LWS leichtgradige degenerative Veränderungen.

Analog werde im MRT von Februar 2011 eine geringe Diskusproblematik im erwähnten Segment beschrieben mit einer Resorption des 2010 noch nach kranial umgeschlagenen Sequesters. Aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe für die als körperlich schwer belastend anzusehende bisherige Tätigkeit als Maschinenführer keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit gelegentlichen Positionswechseln und mit einer Hebe- und Haltlimite von 15 kg und ohne dauernde Zwangshaltung des unteren Rumpfes, bestehe aus orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

Bei der psychiatrischen Untersuchung

hätten nur noch leichtere depressive Symptome wie eine Schlafstörung und eine morgendliche Antriebslosigkeit festgestellt werden können. Der Explorand wirke während der Untersuchung hintergründig leicht subdepressiv. Des Weiteren habe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden können, welche jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe.

Aufgrund der depressiven Episode bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der

Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 25 %.

Bei der allgemeininternistischen Untersuchung habe ein Sick-Sinus-Syndrom mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden können, weshalb keine zumutbare Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Baumaschinenführer oder andere körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten bestehe. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bestünden aus allgemeininternistischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit.

Zusammenfassend bestehe beim Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht für körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten sowie für die angestammte Tätigkeit als Baumaschinenführer keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr. Für körperlich leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75 %.

Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement (S. 19 Ziff. 6.2).

Zum Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit führten die Gutachter aus, für körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten sowie für die angestammte Tätigkeit könne ab Februar 2010 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Spätestens ab Februar 2011 könne von einer vollen Arbeitsfähigkeit für körperlich angepasste Tätigkeiten ausgegangen werden. Seit Dezember 2012 bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 25 % (S. 19 Ziff. 6.3). Dies begründe sich einerseits durch die aktuelle depressive Episode, aber andererseits auch durch die hohe Rückfallgefahr (Depression, Sucht), die beim Exploranden bei zu hoher psychischer Belastung drohe. Andererseits dürfte der Explorand mit seiner Rolle als Hausmann wohl kaum auf längere Sicht glücklich werden. Eine angepasste berufliche Auslastung in der Grössenordnung von 75 % würde

auch sein Selbstbewusstsein stärken und ihm eine Perspektive vermitteln (S. 11 Ziff. 4.1.5).

Der psychiatrische Teilgutachter führte zum Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom März 2012 und zum Bericht des I.\_\_\_\_ vom Dezember 2012 aus, die depressive Störung sei aufgrund der aktuellen Befunde als lediglich leichtgradig einzustufen. Der Explo rand sei antidepressiv behandelt und bewege sich in Richtung Remission. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei eher unsicher. Bei Überlagerung durch eine Abhängigkeitserkrankung sei eine solche generell schwer zu beurteilen. Es lägen jedoch keine Hinweise für eine frühere Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit durch eine Persönlichkeitsstörung vor (S. 12 Ziff. 4.1.8).

### **E. 3.6**

PD Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Infektio logie, A.\_\_\_\_, Zentren für Suchtmedizin, stellte in seinem Bericht vom 30. Mai 2013 (Urk. 6/116) in der Hauptsache folgende Diagnosen (S. 1): - Substanzstörung - psychische und Verhaltensstörung durch Opiode:

Abhängigkeitssyn drom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatz drogenprogramm (ICD-10 F11.22) - p sychische und Verhaltensstörung durch Kokain: schädlicher Gebrauch (ICD-10 F14.1) - weitere psychische Störungen - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - l umbale und sonstige Bandscheibenschäden mit

R adikulopathie

- Sick-Sinus-Syndrom mit Implantation eines DDDR-Schrittmachers im Juni 2012 - a rterielle Hypertonie - Status nach Diskusprolaps LWS - Hepatitis C (chronisch) - Erstdiagnose April 2013, aktuell antivirale Trippeltherapie seit dem 21. Mai 2013.

PD Dr. J.\_\_\_\_ führte aus, seit der ärztlichen Begutachtung habe sich ein Befundwandel ergeben. Im April dieses Jahres sei erstmalig eine chronische Hepatitis C diagnostiziert worden. Derzeit werde eine antivirale Trippel therapie, die zwischen 24 und 4

### **E. 3.7**

Die Ärzte des Sanatoriums K.\_\_\_\_ nannten in ihrem Bericht vom 10. Januar 2014 (Urk. 6/129/8-10) als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome bei Status nach Sui zidversuch mit Midazolam im Januar 2014. Als Nebendiagnose nannten sie einen Status nach tiefer Beinvenenthrombose (TVT), eine arterielle Hypertonie, eine Hepatitis C sowie einen Status nach Schrittmacherimplantation (S. 1 Mitte).

Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer habe sich vom 2. bis 10. Januar 2014 zum ersten Mal in ihrer stationär-psychiatrischen Behandlung befunden. Er sei am 2. Januar 2014 freiwillig ins Sanatorium K.\_\_\_\_ eingetreten, nachdem er bei depressivem Syndrom und einem Status nach Tablettenintoxikation mit Midazolam in suizidaler Absicht zugewiesen worden sei (S. 1 Mitte).

Zum psychopathologischen Befund bei Eintritt führten die Ärzte aus, es habe sich ein schläfriger, bewusstseinsklarer, übergewichtiger 46-jähriger Patient gefunden, der in allen Modalitäten voll orientiert gewesen sei. Im Kontaktverhal ten sei er freundlich und zugewandt. Es fänden sich keine Hinweise auf Gedächt nis- Konzentrations-, Aufmerksamkeits- oder Auffassungsstörungen. Anamnes tisch würden

Konzentrationsstörungen beschrieben. Formalgedanklich best ehe zum Teil eine Einengung auf die aktuelle psychosoziale Belastungssituation. Es bestünden grosse Ängste, seine n Pflichten als Familienvater nicht zu genügen (S. 2 unten).

Die Ärzte führten aus, dass sich das Zustandsbild des Patienten im Verlauf deut lich verbessert habe und er sich glaubhaft von akuter Suizidalität habe distanzie ren könne n , sodass er auf seinen Wunsch am 1 0. Januar 2014 bei fehlenden Hin weisen auf eine akute Selbst- und Fremdgefährdung in die ambulante psychiat rische Weiterbetreuung habe entlassen werden können (S. 3 oben).

### **E. 3.8**

Med. pract . L.\_\_\_\_

und PD Dr. J.\_\_\_\_ , A.\_\_\_\_ , Zentren für Suchtmedi zin, stellten in ihrem Bericht vom 2. April 2014 ( Urk. 6/129/1-5) folgende Diag nosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 1.1) : - schwere depressive Episode , rezidivierend (ICD-F32.2), Erstdiagnose 2011 - mediolaterale linksseitige luxierte Diskushernie; Bandscheibe LWK 5/S1 mit Kompression der linksseitigen Nervenwurzel L5, S1 und S2, Erstdiag nose 2010 - Spondylyolyse der Wirbelbögen L5 beidseits und diskrete Spondylolisthesis im LWK 5 gegenüber S1 um 2 bis 3 mm, Erstdiagnose 2010

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten med. pract . L.\_\_\_\_ und PD J.\_\_\_\_ eine psychische und Verhaltensstörung durch Opioide , Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F11 .2 ), Erstdiagnose vor 2000, ein Sick-Sinus-Syndrom, Erstdiagnose Juni 2012, einen Status nach Implantation eines DDDR-Schrittmacher s im J uni 2012, einen Status nach HCV- Infektion Genotyp 1b im Jahr 2013, einen hyp othalamisch-hypophysären Hypog o n adismus unter Metha don-Substitution seit 2013, eine arterielle Hypertonie, Erstdiagnose 2013, einen Status nach tiefer Beinvenenthrombose der Vena

popl ietea rechts im November 2013 sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit Selbstunsicherheit und negativistischen Zügen, ICD-10 F61.0, Erstdiagnose 2011 .

Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer sei seit Oktober 2013 bei ihnen in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 1 7. Dezember 2013 erfolgt ( Ziff. 1.2). Nach einem Suizidversuch habe vom 2. bis 1 0. Januar 2014 ein Aufenthalt im Sanatorium K.\_\_\_\_ stattgefunden ( Ziff. 1.3).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Baumaschinenführer bestehe seit dem Feb ruar 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ( Ziff. 1.6) Er sei aus internis tisch/somatischer Sicht durch seine Rückenschmerzen vor allem beim längeren Sitzen beziehungsweise Verharren in der gleichen Körperposition eingeschränkt. Heben und Tragen über eine Belastungsgrenze von 15 kg seien zu vermeiden. Ebenfalls sei längeres Sitzen, Stehen oder Knien schmerzbedingt nicht zumutbar. Das Arbeitsprofil sollte regelmässige Positionswechsel erlauben. In psychiat rischer Hinsicht bestünden starke Antriebsschwierigkeiten . Aktuell sei der Patient bei schwerer depressiver Episode nicht arbeitsfähig. Sollte eine Besserung der depressiven Erkrankung eintreten, erscheine eine angepasste Tätigkeit drei bis fünf Stunden pro Tag mit einer maximalen Belastungsobergrenze von 15 kg beim Heben und Tragen zumutbar ( Ziff.

### **E. 3.9**

Die Ärzte der G.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 21. August 2014 (Urk. 6/131) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), bestehend seit 2012 - psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide (ICD-10 F11.22): Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm, bestehend seit der Jugend - psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Schädlicher Gebrauch (ICD-10 F13.1) - Sick-Sinus-Syndrom mit Einlage eines Schrittmachers im Juni 2012, bestehend seit 2012 - chronische Virushepatitis C - Bandscheibenschaden, nicht näher bezeichnet, seit 2010

Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer sei vom 13. März bis 4. April 2014 in der G.\_\_\_\_ stationär behandelt worden (Ziff. 1.3). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Baumaschinenführer bestehe seit 2010 eine Einschränkung von 100 % (Ziff. 1.6). Die körperliche Belastbarkeit sei durch ein Bandscheibenleiden und ein Sick-Sinus-Syndrom eingeschränkt. Psychisch bestehe eine verminderte Belastbarkeit durch eine

rezidivierende depressive Störung mit schweren depressiven Episoden und psychiatrischen Klinikaufenthalten. Davon unabhängig bestehe eine Opiatabhängigkeit, welche sich aktuell unter einer Substitutionstherapie stabil zeige. Seit dem Bandscheibenleiden bestehe eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf. Bei behinderungsangepasster Tätigkeit erscheine aus psychiatrischer Sicht ein direkter Arbeitseinstieg möglich. Aufgrund des längeren Arbeitsausfalles sollte der Arbeitseinstieg mit 50 % und einem schrittweisen Aufbau je nach Belastbarkeit erfolgen. Aufgrund der komplexen Arbeitsbeeinträchtigung durch körperliche und psychische Einschränkungen werde zur Festlegung des Belastungsprofils eine Arbeitsdiagnostik empfohlen (Ziff. 1.7).

Die Einschränkungen durch die psychischen Leiden seien durch die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung deutlich vermindert worden. Der Beschwerdeführer sei psychisch belastbar (Ziff. 1.8). Das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit, die Belastbarkeit und die Fahrtauglichkeit seien leicht eingeschränkt. Das Auffassungsvermögen sei uneingeschränkt. Diese Angaben gälten seit April 2014 (S. 6). 3 .

### **E. 3.11**

Dr. med. N.\_\_\_\_, Assistenzärztin Innere Medizin, und Dr. med. O.\_\_\_\_, Oberärztin, A.\_\_\_\_, Zentrum P.\_\_\_\_, stellten in ihrem Bericht vom 26. Oktober 2015 (Urk. 6/169) im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig teilremittiert (ICD-10 F32.2), seit 2011 - mediolaterale linksseitig luxierte Diskushernie Bandscheibe LWK 5/S1 mit Kompression der linksseitigen Nervenwurzel L5, S1 und S2 seit 2010 - Spondylolisthesis LWK 5 - zentrale segmentale und subsegmentale bilaterale Lungenembolien September 2014

Die Ärztinnen führten aus, es fänden psychiatrisch-psychotherapeutische Sitzungen im zweiwöchigen Rhythmus sowie eine hausärztliche Behandlung des Versicherten statt. Die letzte Kontrolle sei am 26. Oktober 2015 erfolgt (Ziff. 3.1). Wie der bisherige Arbeitsintegrationsversuch gezeigt habe, sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage gewesen, das minimale zeitliche Anforderungsprofil von zwei Stunden pro Tag zu erfüllen (Ziff. 2.1).

Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung sowie der körperlichen Beschwerden sei mittel- bis langfristig nicht mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Eine deutliche Verbesserung der Symptomatik werde für unwahrscheinlich erachtet. Die

negativen exogenen Faktoren (Arbeitsunfähigkeit, Trennung von der Partnerin, als insuffizient erlebtes Erfüllen der Vaterrolle) hätten zudem eine bedeutende Rolle in der Aufrechterhaltung der Negativspirale, in der sich der Beschwerdeführer befinde ( Ziff. 3.3).

Die Ärztinnen führten aus, seit dem letzten Bericht vom April 2014 sei es beim Versicherten tendenziell zu einer Verschlechterung der psychischen und physischen Verfassung gekommen. Der Beschwerdeführer sei in den vergangenen 18 Monaten mehrfach hospitalisiert worden.

Im Oktober 2014 sei eine Hospitalisation am M.\_\_\_\_, Klinik für Innere Medizin, wegen zentralen und subsegmentalen Lungenembolien, im November 2014 wegen einer Pneumonie und im Dezember 2014 wegen einer schweren, multifaktoriellen Dyspnoe erfolgt. Im Juli 2015 sei eine ambulante Behandlung am Stadtspital Waid auf der Notfallstation wegen einer Mischintoxikation mit Benzodiazepinen erfolgt und im September

2015 eine Hospitalisation am M.\_\_\_\_, Klinik für Innere Medizin, wegen einer hypertensiven Gefahrensituation ( Ziff. 1.3).

### **E. 3.12**

Am 25. Oktober 2016 erstatteten die Gutachter des Z.\_\_\_\_ das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten ( Urk. 6/200/2-30). Sie stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 25 Ziff. 5.1): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - radiomorphologisch bekannte bilaterale Spondylolyse von LWK5 mit Spondylolisthesis von LWK5/SWK1 Grad I nach Meyerding - anamnestisch keine Hinweise für radikuläre Ausstrahlungen in die unteren Extremitäten - gemäss vorliegendem detaillierten neurologischen Status durch den neurologischen Referenten vom 28. September 2016 keine Hinweise für sensomotorische Defizite - Adipositas permagna (BMI 43,5 kg/m<sup>2</sup>) - Sick-Sinus-Syndrom, Erstdiagnose 2012 - Status nach Schrittmacherimplantation

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4),

eine Opiatabhängigkeit, Teilnahme an einem Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F11.22), ein metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus Typ II, bisher keine medikamentöse Behandlung, eine Adipositas permagna (BMI 43,5 kg/m<sup>2</sup>), eine

Dyslipidämie, bisher keine medikamentöse Behandlung, eine Hyperurikämie, eine arterielle Hypertonie unter medikamentöser Behandlung kompensiert, einen Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom, einen fortgesetzten Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch,

sowie einen Status nach Hepatitis C, Interferontherapie 2013, seither und aktuell kein Virus mehr nachweisbar (S. 25 f. Ziff. 5.2).

Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer anderen Tätigkeit führten die Gutachter aus, der Explorand habe vor allem Rückenbeschwerden und eine allgemeine Leistungseinschränkung angegeben.

Aus neurologischer Sicht besteht keine Arbeitsunfähigkeit zusätzlich zur verminderten Belastbarkeit des Bewegungsapparates. Ein allfälliges Schlafapnoe-Syndrom könnte behandelt werden. Sowohl die neurologische wie auch die allgemeininternistische

Untersuchung habe vom Bewegungsapparat her keine wesentlichen Einschränkungen ergeben .

Die rheumatologische Beurteilung sei aufgrund der Akten durchgeführt worden , da der Explorand wiederholt zur Untersuchung nicht erschienen sei . Aus rheumatologischer Sicht sei eine wesentliche Verschlechterung gegenüber den Untersuchungen im Jahr 2013 aus den Akten nicht ersichtlich. Aus rheumatologischer Sicht könne die im orthopädischen Gutachten 2013 festgestellte verminderte Belastbarkeit bestätigt werden.

Eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit sei ohne Leistungseinschränkung ganztags zumutbar. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung sei ein metabolisches Syndrom diagnostiziert worden . Im Vordergrund stehe eine Adipositas permagna mit einem BMI von 43,5 kg/m<sup>2</sup>. Weiter habe der Explorand einen Herzschrittmacher. Die klinische Kreislauffunktion sei kompensiert gewesen. Aufgrund der Adipositas seien dem Exploranden körperlich mittelschwere Tätigkeiten nur intermittierend zumutbar. Für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert sowie eine Opiatabhängigkeit, Teilnahme an einem Ersatzdrogenprogramm , diagnostiziert worden . Die depressive Symptomatik sei kaum mehr nachweisbar. Der Explorand sei im Alltag nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Zusammengefasst sei der Explorand aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig.

Körperlich schwere und andauernde mittelschwere Tätigkeiten seien ihm nicht mehr zumutbar (S. 26 f. Ziff. 6.2) .

Zum

Beginn und Verlauf der Arbeitsunfähigkeit führten die Gutachter aus, bei ihrer letzten Untersuchung sei eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten von 75 % festgestellt worden . In der Zwischenzeit habe sich die depressive Störung intermittierend verschlechtert, sodass der Explorand hospitalisiert werden müssen , und danach sei eine Besserung eingetreten. Ein genauer Zeitpunkt für die Verbesserung könne nicht angegeben werden.

Die somatische Situation habe sich seit der letzten Untersuchung eher etwas verschlechtert. Die neu festgestellte Arbeitsfähigkeit bestehe ab Untersuchungsdatum im September 2016. Im Verlauf seit 2013 sei es vorübergehend während der Hospitalisation zu 100% iger Arbeitsunfähigkeiten von einigen Wochen gekommen. Zusammengefasst könne über die Zeit gemittelt von der 75% igen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ab März 2013 und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten ab September 2016 ausgegangen werden (S. 27 Ziff. 6.3) .

Der Explorand fühle sich nicht vollständig arbeitsunfähig, könne

sich aber auch nicht vorstellen, dass er mit seiner Leistungseinschränkung noch effektiv erwerbstätig sein könnte. Diese Einschätzung könne mit der psychosozialen Situation erklärt werden. Auch die Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit habe einen negativen Einfluss auf die subjektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Der Explorand sei

im Alltag aber wenig eingeschränkt. Die gesundheitliche Situation sei kompensiert. Aus medizinischer Sicht seien die Ressourcen für die Ausübung einer körperlich angepassten Erwerbstätigkeit vorhanden (S. 27 Ziff. 6.4).

Dass sich die gesundheitliche Situation aus allgemeininternistischer Sicht etwas verschlechtert habe, finde in einer angepassten Erwerbstätigkeit ihren Ausdruck. Die Arbeitsunfähigkeit, welche von den betreuenden Ärzten am A.\_\_\_\_ angegeben werde, sei beeinflusst durch die Gesamtsituation des Exploranden mit Einbezug der psychosozialen Faktoren und der subjektiven Leistungseinschränkung. Aus psychiatrischer Sicht könnten die früheren depressiven Störungen bestätigt werden. Es werde deshalb eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. Bei der

Untersuchung sei die depressive Symptomatik remittiert gewesen, weshalb keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestehe (S. 27 Ziff. 6.5).

### **E. 3.13**

Med. pract. Q.\_\_\_\_,

A.\_\_\_\_, Zentren für Suchtmedizin, stellte in ihrem Bericht vom 25. April 2017 (Urk. 9) folgende Diagnosen (S. 2 oben): - vorbeschriebene rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit und Adoleszenz (ICD-10 F91.9) - dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2)

Med. pract. Q.\_\_\_\_ führte aus, eine Achse-I-Störung liege derzeit nicht vor (S. 2 oben).

Der Beschwerdeführer sei am 24. März sowie am 7. und am 13. April 2017 während insgesamt 150 Minuten hinsichtlich des Vorliegens einer Persönlichkeitsakzentuierung/-Störung untersucht worden (S. 1 Mitte). Im Screening hätten sich erste Hinweise auf ein Vorliegen einer antisozialen (dissozialen) Persönlichkeitsstörung gezeigt. Im nachfolgenden Interview habe sich eine Störung des Sozialverhaltens in der Kindheit/Adoleszenz gezeigt, wobei der Beschwerdeführer 7/15 Kriterien erfüllt habe. Ausserdem habe er mit 6/7 die Kriterien für eine dissoziale Persönlichkeitsstörung erfüllt (S. 2 oben)

Med. pract. Q.\_\_\_\_ führte aus, da keine psychotherapeutische Behandlung beim Beschwerdeführer stattfinde, sei davon auszugehen, dass die dysfunktionalen Verhaltens- und Erlebnisweisen im Kontakt mit anderen Menschen verstärkt würden (S. 2. unten).

Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der vorliegenden Persönlichkeitsstörung, der gegenwärtig remittierten rezidivierenden Depressivität und der variablen Verlaufsform die Arbeitsfähigkeit sehr schwierig zu beurteilen. Dabei sei von einer leichten Beeinträchtigung in der Fähigkeit, sich an Regeln zu halten und Termine verabredungsgemäss wahrzunehmen, auszugehen. Ausserdem bestehe eine mittelgradige Beeinträchtigung in der Fähigkeit, sich im Verhalten, Denken und Erleben an wechselnde Situationen anzupassen. Fachliche Kompetenzen könnten nicht gemäss den Rollenerwartungen eingesetzt werden. Die Durchhalte- und die Selbstbehauptungsfähigkeit seien mittelgradig bis schwer beeinträchtigt. Die Gruppenfähigkeit sei leicht beeinträchtigt und die Fähigkeit des Probanden für Aktivitäten, bei denen er selbst aktiv und initiativ werden müsse, sei ebenfalls mittelgradig beeinträchtigt. Daraus abgeleitet werde eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt im angestammten Beruf als nicht realistisch betrachtet. Im geschützten Rahmen sei von einer zumutbaren Arbeitsdauer von drei bis vier Stunden pro Tag auszugehen (S. 3). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass

beim Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit seit dem 8. Februar 2010 keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei, jedoch in einer körperlich leichten bis mittelschweren behinderungsangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 75 % bestehe (vgl. vorstehend E. 2.2).

Sie

legte damit die noch mögliche Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in Abweichung zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Z.\_\_\_\_-Gutachter vom Oktober 2016 (vgl. vorstehend E. 3.12) fest, welche in angepasster Tätigkeit, bei im Vergleich zum Vorgutachten vom April 2013 (vgl. vorstehend E. 3.5) verbesserter psychischer Gesundheitszustand, nun von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgingen und dem etwas verschlechterten somatischen Zustand Rechnung trugen, indem nur noch leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten für zumutbar erachtet wurden.

Diese Abweichung der Beschwerdegegnerin von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Z.\_\_\_\_-Gutachter findet in den Akten keine hinreichende Begründung und rührt wahrscheinlich daher, dass die Arbeitsunfähigkeit von 25 % anstatt, wie im Gutachten festgelegt, von April 2013 bis August 2016 ab September 2016 festgelegt wurde (vgl. Urk. 6/202/13-14). 4.2

Die Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom April 2013 (vgl. vorstehend E. 3.5) und vom Oktober 2016 (vgl. vorstehend E. 3.12)

erfüllen die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. vorstehend E. 1.6) ohne weiteres, sind sie doch für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen auch die geklagten Beschwerden und das Verhalten des Beschwerdeführers und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Darüber hinaus leuchten sie auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthalten nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen.

Während aus rheumatologischer und neurologischer Sicht von einem seit der letzten Untersuchung im Jahr 2013 weitgehend unveränderten Gesundheitszustand ausgegangen wurde, sahen die Gutachter in somatischer Hinsicht eine Verschlechterung infolge der fortgeschrittenen Adipositas für gegeben, weshalb mit teilschweren Tätigkeiten im Vergleich zum Vorgutachten nur noch intermittierend für zumutbar erachtet wurden. In somatischer Hinsicht kann auf diese Einschätzung abgestellt werden, zumal keine medizinischen Berichte vorliegen, die daran zweifeln ließen. 4.3

In psychiatrischer Hinsicht konnte der psychiatrische Teilgutachter des Z.\_\_\_\_ nach der Untersuchung des Beschwerdeführers im September 2016 keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen.

Soweit er die rezidivierende depressive Störung für gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) befand, geht dies einher mit der Einschätzung der behandelnden Ärztin des A.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom April 2017 (vgl. vorstehend E. 3.13). Eine Remission zeichnete sich im Übrigen bereits im April 2014 ab, indem die Ärzte der G.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom August 2014 (vgl. vorstehend E. 3.9) lediglich noch von einer gegenwärtig leichten Episode im Rahmen der depressiven Störung (ICD-10 F33.0) sprachen und grundsätzlich von einer

Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgingen. Auch die behandelnden Ärztinnen des A.\_\_\_\_ gingen in ihrem Bericht vom Oktober 2015 (vgl. vorstehend E. 3.11) von einer Teilremission des depressiven Leidens aus. Vor dem Hintergrund der Remission der rezidivierenden depressiven Störung erklärt sich auch die im Verlauf seit der letzten Begutachtung vom April 2013

in psychiatrischer Hinsicht eingetretene Steigerung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 75 % auf 100 % .

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers haben die Gutachter des Z.\_\_\_\_

allfällige Auswirkungen seiner Drogenersatztherapie gewürdigt, befanden diese jedoch als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 6/200 S. 17 f. Ziff. 4.1.7, S. 17 Ziff. 4.1.10).

Auch das Vorbringen des Beschwerdeführers, es sei kein Mini-ICF-APP durchgeführt worden, vermag den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens nicht zu erschüttern. Nach der Rechtsprechung ist dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5 ). 4. 4

Weiter beanstandete der Beschwerdeführer , dass die Gutachter des Z.\_\_\_\_

die Ergebnisse der Potentialabklärung und des Integrationsversuchs

bei ihrer Beurteilung nicht einbezogen hätten ( vgl. vorstehen E. 2.2).

Die den Versicherten noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen sind

aber nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_401/2014 vom 26. November 2014 E. 4.2).

Abgesehen davon führten vorliegend auch invaliditätsfremde Faktoren zum Scheitern der beruflichen Massnahmen , so dass daraus keine Schlüsse auf die tatsächliche Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gezogen werden können.

Was die berufliche Abklärung am R.\_\_\_\_ vom 6. Juni bis. 1. Juli 2011 angeht, führte der zu diesem Zeitpunkt behandelnde Psychiater

Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom März 2012 (vgl. vorstehend E. 3.2) aus, dass diese in einer für den Beschwerdeführer sehr ungünstigen psychosozialen Belastungssituation stand . Dies wurde so auch im Bericht der Fachpersonen des R.\_\_\_\_ vom Juli 2011 (vgl. Urk. 6/41) bestätigt .

Auch die Ergebnisse der am 4. Juni 2012 begonnenen beruflichen Abklärung an der G.\_\_\_\_ , welche am 12. Juni 2012 vorzeitig beendet wurde (vgl. Urk. 6/81), lassen keine tauglichen Schlüsse auf die tatsächliche Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu ,

zumal er gemäss den Ausführungen der Fachpersonen des I.\_\_\_\_ vom Dezember 2012 (vgl. vorstehend E. 3.4) seit April 2012 respektive der Ausführungen der Ärzte des Spitals

F.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom Juli 2012 (vgl. vorstehend E. 3.3) seit Pfingsten 2012 wieder einen Drogenrückfall erlitt und täglich Heroin konsumierte. Zudem fand im gleichen Monat der beruflichen Abklärung bei einem Sick-Sinus-Syndrom eine Schrittmacher-Implantation statt.

Was den Abbruch der Integrationsmassnahmen im September 2015 (vgl. Urk. 6/160) anbelangt, hatte der Beschwerdeführer diesen sodann selbst zu ver antworten, indem die Nichteinnahme der Medikamente ursächlich für die hypertensive Gefahrensituation war, welche zur Hospitalisation am M.\_\_\_\_ vom 3. bis 11. September 2015 führte (vgl. vorstehend E. 3.10).

Zudem geht aus dem Schlussbericht des Aufbautrainings hervor, dass der Beschwerdeführer Ende Juli 2015 erneut Heroin oder Kokain konsumiert hatte ( vgl. Urk. 6/161 S. 3 Mitte). Da sich die hypertensive Situation anlässlich der Begutachtung am Z.\_\_\_\_ im September 2016 kompensiert zeigte, erübrigten sich auch weitere Ausführungen dazu .

Unter diesem Gesichtspunkt kann nicht auf die Einschätzung der Ärztinnen des A.\_\_\_\_ vom Oktober 2015 (vgl. vorstehend E. 3.11) abgestellt werden, welche ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise der Arbeitsunfähigkeit mit dem Ergebnis der beruflichen Eingliederungsmassnahmen respektive aus deren Abbruch herleiteten . Weiter ist einhergehend mit den Gutachtern des Z.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass bei ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch psychosoziale Faktoren und die subjektive Leistungseinschränkung des Beschwerdeführers mit eingeflossen sind. 4. 5

Hinsichtlich des Drogenkonsums ging der psychiatrische Teilgutachter des Z.\_\_\_\_

im Gutachten vom Oktober 2016 von einem primären , und damit aus invaliden versicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlichen Konsum aus (vgl. vorstehend E. 1.3) . Er verneinte in diesem Zusammenhang das Vorliegen einer vorübergehenden, schweren psychiatrischen Störung .

Bereits im Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom April 2

## **E. 5**

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 22. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht ( Urk.

### **E. 5.1**

Unbestritten geblieben ist hinsichtlich des von der Beschwerdegegnerin vorge nommen Einkommens vergleiches das Valideneinkommen , welches gestützt auf die Angaben im Arbeitgeberfragebogen festgelegt worden ist (vgl.

Urk. 6/8 Ziff. 2.10 , Urk. 6/201).

Auch erweist sich als rechtens und wurde auch nicht gerügt , dass die Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Invalideneinkommens vom Tabellenlohn für Hilfsarbeiten gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) ausging.

Da vorliegend selbst

bei der von der Beschwerdegegnerin

fälschlicherweise auch ab September 2016 angenommene n reduzierten Leistungsfähigkeit von 75 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit kein rentenanspruchsbegründender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. Urk. 6/201 und Urk. 2) , erübrigen sich weitere Ausführungen dazu, wie es sich bei dem von Februar 2011 bis Dezember 2012 und erneut ab September 2016 möglichen Vollzeitpensum verhält. Weiter ergeben sich insgesamt keine Hinweise darauf , dass zusätzlich ein leidensbedingter Abzug zu gewähren wäre.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er könne mit gesunden Mitbewerbern auf dem Arbeitsmarkt aufgrund seiner Einschränkungen nicht mehr konkurrieren und auf seine zwischenzeitlich nur mögliche Teilerwerbstätigkeit hin wies (vgl. Urk. 1 S. 15 Ziff. 21) ,

ist zu bemerken, dass seine eingeschränkte Leistungsfähigkeit schon in den von den Z.\_\_\_\_ - Gutachtern festgesetzten Anforderungsprofilen sowie in der Anwendung des Tabellenlohnes für Hilfsarbeiten berücksichtigt wurde. Eine nochmalige Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte ist nicht gerechtfertigt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1).

Überdies hielten die Z.\_\_\_\_ -Gutachter in ihrem Gutachten vom April 2013 (vgl. vorstehend E. 3.5) fest , dass das 75%ige Pensum vollschichtig umgesetzt werden könne .

Das Bundesgericht lehnt es in seiner Praxis ab, bei vollzeitlich arbeitsfähigen Versicherten mit verminderter Leistungsfähigkeit einen Tabellenlohnabzug zu gewähren ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_585/2011 vom

5. April 2012 E. 3.3). Damit fällt ein Tabellenlohnabzug aufgrund der eingeschränkten Leistungsfähigkeit im Vollzeitpensum ausser Betracht.

## **E. 5.2**

Aufgrund des Gesagten lag damit während des gesamten zu beurteilenden Zeitraums kein rentenanspruchsbegründender Invaliditätsgrad ( vgl. vorstehend E. 1.4) vor , weshalb kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente besteht .

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach im Ergebnis als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind 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: - Rechtsanwältin Susanne von Aesch - 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 Mosimann Schucan

#### **E. 7**

). Am 6. Juni 2017 ( Urk. 8) reichte der Beschwerdeführer einen weiteren medizinischen Bericht ( Urk. 9) ein, welcher der Beschwerdegegnerin am 18. September 2017 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 8**

Wochen andauern könne, durchgeführt. Die antivirale Therapie sei häufig mit relevanten unerwünschten Arzneimittelwirkungen verbunden. Viele Patienten seien deshalb während dieser Therapie arbeitsunfähig (S. 2).

#### **E. 10**

Die Ärzte der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, M.\_\_\_\_, stellte in ihrem Bericht vom 11. September 2015 ( Urk. 6/173/6-10) in der Hauptsache die folgenden Diagnosen (S. 1): - hypertensive Gefahrensituation bei bekannter arterieller Hypertonie - Ätiologie: Medikamenten-Malcompliance - klinisch: Dyspnoe, Schwindel - CT Schädel vom 7. September 2015: Kein Hinweis auf intrakranielle Blutung - kardiovaskuläre Risikofaktoren: Adipositas BMI 42 kg/m<sup>2</sup>, Nikotin - Status nach zentralen segmentalen und subsegmentalen bilateralen Lungengenembolien, September 2014 - Sick-Sinus-Syndrom, Erstdiagnose 2012 - Weichteilläsion im Bereich des Sinus frontalis basal links, Erstdiagnose September 2015 - Hepatitis C, Erstdiagnose unklar - psychische und Verhaltensstörung durch Opioide und Kokain: Abhängigkeitssyndrom - Folsäuremangel

Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer sei vom 3. bis 11. September 2015 in ihrer Klinik hospitalisiert gewesen (S. 1 Mitte). Die stationäre Aufnahme sei nach notfallmässiger Selbstzuweisung bei Dyspnoe und Schwindel erfolgt. Die vom Patienten beschriebene Symptomatik werde im Rahmen der hypertensiven Gefahrensituation interpretiert, welche auf eine Malcompliance zurückzuführen sei. Der Patient habe berichtet, während mehreren Tagen seine habituelle Medikation nicht eingenommen zu haben. Unter Wiederetablierung der habituellen antihypertensiven Therapie hätten sich die Blutdruckparameter und der Schwindel sistiert.

Bei erfreulichem klinischen Verlauf habe der Patient am 11. September 2015 entlassen werden können.

Der Patient sei auf die Notwendigkeit einer regelmässigen Medikamenteneinnahme hingewiesen worden. Hinsichtlich der Weichteilläsion sei die weitere MRI -Abklärung ambulant geplant und eine Befundbesprechung in der Poliklinik für innere Medizin organisiert worden (S. 2 Mitte).

### **E. 013**

, wurde die vom damals behandelnden Psychiater Dr. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom März 2012 (vgl. vorstehend E. 3.2) gestellte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren und negativistischen Zügen (ICD-10 F61.0) unter Hinweis auf das Fehlen einer früheren Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit als unsicher bezeichnet und darauf hingewiesen, dass eine solche bei Überlagerung durch eine Abhängigkeitserkrankung generell nur schwer zu beurteilen sei.

Von fachärztlicher Seite her wurde die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung dann auch weder von den Ärzten des Sanatoriums

K.\_\_\_\_ im Januar 2014 (vgl. vorstehend E. 3.7) noch

von den Ärzten der G.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 21. April 2014 (vgl. vorstehend E. 3.9) besätigt.

Soweit med. pract. Q.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_, in ihrem Bericht vom April 2017 (vgl. vorstehend E. 3.13) nun geltend macht, der Beschwerdeführer leide an einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2), weshalb lediglich eine Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen gegeben sei, steht dies im Widerspruch dazu, dass der Beschwerdeführer nun bereits seit rund vier Jahren am A.\_\_\_\_ in Behandlung stand, ohne dass eine Persönlichkeitsstörung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert wurde (vgl. vorstehend E. 3.6, E. 3.8, E.3.11). Abgesehen davon handelt es sich bei med. pract. Q.\_\_\_\_ nicht um eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Eine entsprechende Behandlung fand denn auch nicht statt. Gegen das Vorliegen einer relevanten Persönlichkeitsproblematik spricht insbesondere, wie bereits im Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom April 2013 (vgl. vorstehend E. 3.5) ausgeführt wurde, der Umstand, dass der Beschwerdeführer nach erfolgreich absolvierter Lehre als Strassenbauer (vgl. Urk. 6/1/1) während Jahrzehnten im ersten Arbeitsmarkt erfolgreich erwerbstätig war (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto; IK-Auszug Urk. 6/6) . 4.6

Der Beschwerdeführer machte weiter geltend, dass der

Verlauf der Arbeitsunfähigkeit im Gutachten

des Z.\_\_\_\_ vom Oktober 2016 mit einer gemittelten Arbeitsfähigkeit von 75 % in einer angepassten Tätigkeit nicht nachvollziehbar sei (vgl. vorstehend E. 2.2).

Vorliegend führten die seit der letzten Begutachtung im April 2013 erforderlich gewordenen Spital- und Klinikaufenthalte

lediglich zu vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeiten. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er sei aufgrund der antiviralen Therapie im Rahmen der im April 2013 erstmals diagnostizierten chronischen Hepatitis-Erkrankung selbst in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig gewesen (vgl. vorstehend E. 2.2), ist dies nicht in den Akten belegt. So sprach der behandelnde Arzt PD J.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom Mai 2013 (vgl. vorstehend E. 3.6) lediglich allgemein davon, dass es zu Nebenwirkungen

kommen könne , welche zu einer Arbeitsunfähigkeit führ t en. PD J.\_\_\_\_ und med. pract . L.\_\_\_\_ sprachen sodann in ihrem Bericht vom Ap ril 2014 (vgl. vorstehend E. 3.8 ) davon, dass der Beschwerdeführer die antivirale Therapie im Jahr 2013 über 24 Woc hen erfolgreich absolviert habe .

Nachdem der Beschwerdeführer im Rahmen einer schweren depressiven Episode anfangs 2014 zwei Suizidversuche unternommen hatte , gingen die Ärzte der G.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom Aug ust 2014 (vgl. vorstehend E. 3.9 ) nach stationärem Auf enthalt des Beschwerdeführers vom 1 3. März bis 4. April 2014 davon aus, dass bereits ab April 2014 eine psychische Belastbarkeit des Beschwerdeführers gege ben sei, und aufgrund des längeren Arbeitsausfalles in behinderungsangepasster Tätigkeit ein Arbeitseinstieg mit 50 % und einem schrittweisen Aufbau erfolgen sollte.

Auch die im September 2015 aufgetretene hypertensive Gefahrensituation verur sachte lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit. So konnte der Beschwerdeführer nach Wiederetablierung der antihypertensiven Therapie bei erfreulichem Verlauf das M.\_\_\_\_ nach rund einer Woche wieder verlass en . Eine Arbeitsunfähigkeit wurde nicht ausgestellt (vgl. vorstehend E. 3.10). Die Annahme einer gemittelten Arbeitsunfähigkeit von 25 % respektive einer Arbeitsfähigkeit von 75 % in angepasster Tätigkeit über den gesamten Zeitraum erweist sich demnach als rechtens. 4.7

Aufgrund des Gesagten ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass gestützt auf die Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom April 2013 und vom Oktober 2016 davon auszugehen ist, dass in der angestammten Tätigkeit seit Feb ruar 2010 keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben ist, jedoch ab Februar 2011 in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann. Hernach ist ab Dezember 2012 von einer Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit von 75 % auszugehen und ab September 2016 von einer 100%igen Arbeitsfähig keit für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten.

5.

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