

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00944 vom 8. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00944

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00944 du 8 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00944 del 8 agosto 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1959, arbeitete zuletzt vom 1. März bis 30. Juni 2015 in einem Pensum von 100 % als Mechaniker (Urk. 9/9 Ziff. 5.4), als er sich am 24. Juli 2015 unter Hinweis auf verschiedene somatische und psychische Beschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 9/9 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten des Krankentag geldversicherers bei (Urk. 9/13) und holte bei der Y.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches am 6. Februar 2017 erstattet wurde (Urk. 9/53).

Mit Schreiben vom 12. November 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass aufgrund der geplanten Operation am 5. Januar 2016 derzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 9/30).

Nach ergangenem Vorbescheid (Urk. 9/57) sprach die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. August 2017 dem Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine vom 1. Mai 2016 bis 31. Mai 2017 befristete Rente zu (Urk. 9/61 = Urk. 2).

E. 1.1

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. In soweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

E. 1.2

Soweit der Beschwerdeführer beantragt, es seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1), ist auf die angefochtene Verfügung vom 8. August 2017 zu verweisen, mit welcher dem Beschwerdeführer eine vom 1. Mai 2016 bis 31. Mai 2017 befristete ganze Rente zugesprochen wurde (Urk. 2). Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildet damit ausschliesslich der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Über den Anspruch auf berufliche Massnahmen hat die Beschwerdegegnerin nicht befunden. Es fehlt damit bezüglich beruflicher Massnahmen an einem Anfechtungsgegenstand, weshalb auf die Beschwerde nicht einzutreten ist. Dem Beschwerdeführer ist es unbenommen, sich jederzeit bei der Beschwerdegegnerin für die Durchführung beruflicher Massnahmen zu melden.

E. 2

.3

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

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

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

E. 2.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich der für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 2 . 5

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

Nach der Rechtsprechung kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1, 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 3 . 3 . 1

Die Beschwerdegegnerin führte in der Verfügung (Urk. 2) aus, der Beschwerdeführer sei infolge seines Gesundheitszustandes vom 5. Mai 2015 bis 5. Februar 2017 vollumfänglich erwerbsunfähig gewesen. Seither sei eine angepasste Tätigkeit mit einem Arbeitspensum von 80 % zumutbar, was zu einem Invaliditätsgrad von 28 % führe. Das Wartehjahr sei am 3. Mai 2016 erfüllt. Damit bestehe vom 1. Mai 2016 bis 31. Mai 2017 ein Anspruch auf eine ganze Rente. Ab 1. Juni 2017 könne der Beschwerdeführer wieder ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen und der Rentenanspruch erlösche per 31. Mai 2017 (S. 2).

Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2017 (Urk. 8) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, die Gutachter hätten gestützt auf die erhobenen Befunde das nachfolgende Belastungsprofil festgehalten: körperlich leichte Tätigkeit, welche vorwiegend im Sitzen erledigt werden könne, dabei sei ein Wechsel zwischen Stehen und Gehen sinnvoll. Kein Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, keine Zwangspositionen der Hüftgelenke wie Abhocken oder Kauern. Kein Absolvieren längerer Gehstrecken, kein Überwinden von Höhendifferenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüsten (S. 1). Dieses Profil berücksichtige auch die angegebenen Beschwerden bezüglich der Kniegelenke und der Lendenwirbelsäule

(LWS) . Betreffend die psychiatrische Komponente sei festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer nie in psychiatrische Behandlung begeben habe. Selbst wenn eine Diagnose mit Krankheitswert diagnostiziert werden würde, müsste diese aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht langandauernd und von erheblicher Schwere sein. Leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur würden praxisgemäss einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien. Ein solcher Sachverhalt müsse überwiegend wahrscheinlich und dürfe nicht lediglich nicht auszuschliessen sein (S. 2). 3.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1) , die Beschwerdegegnerin habe den medizinischen Sachverhalt ungenügend abgeklärt, da mangels Beweiskraft nicht auf das Y.____-Gutachten abgestellt werden könne und weitere Abklärungen durch die Beschwerdegegnerin unterlassen worden seien (S. 7 Rz 13). Die Gutachter hätten mit keinem Wort begründet, weshalb er in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sein solle. Auch fehle jegliche Begründung dafür, wieso der Psoriasis keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukommen solle (S. 7 f. Rz 16). Das korrekte Erfassen des vollständigen Psycho status gehöre bekanntlich zu den zentralen Punkten einer psychiatrischen Begutachtung, wobei rechtsprechungsgemäss zur Beurteilung der Invalidisierung eines psychiatrischen Gesundheitsschadens bekanntlich primär der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik massgebend sei. Der psychiatrische Y.____-Gutachter habe sich allerdings nicht an die entsprechenden Vorgaben gehalten und die AMDP-Items nicht lege artis geprüft (S. 8 Rz 17). Die Aussage, dass die vorhandenen Symptome mehrheitlich Folge der psychosozialen Belastungen seien und nicht deren Ursache, sei als reine und unbegründete Spekulation zurückzuweisen. Überwiegend wahrscheinlich sei dies jedenfalls nicht (S. 9 Rz 19). Aufgrund des mangelhaft erhobenen psychiatrischen Befundes sei keine rechtsgenügende Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers möglich, weshalb auf das Y.____-Gutachten nicht abgestellt werden könne (S. 9 Rz 20). Die unbegründeten Spekulationen des orthopädischen Y.____-Gutachters seien konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Y.____-Expertise (S. 10 Rz 21). Weiter sei eine Verletzung des

Untersuchungsgrundsatzes auch darin zu erblicken, dass die Beschwerdegegnerin trotz entsprechender Empfehlung durch den orthopädischen Y.____ -Gutachter die nötigen medizinischen Abklärungen unterlassen habe (S. 10 Rz 22). Auf grund der unklaren Ätiologie der Schmerzen und Kraftlosigkeit des Beschwerdeführers könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beantwortet werden, ob die Beschwerden des Beschwerdeführers auf einer organischen Grundlage beruhen oder eine erweiterte psychiatrische Abklärung notwendig sei. Es wären vertiefte medizinische Abklärungen notwendig gewesen, die jedoch unterlassen worden seien (S. 11 Rz 23). Die Beschwerdegegnerin habe zudem zu Unrecht und ohne genügende Prüfung sein Begehren um berufliche Massnahmen abgewiesen (S. 12 Rz 28). Vor längerer Zeit habe die Beschwerdegegnerin berufliche Massnahmen geprüft, allerdings seien diese infolge bevorstehender Hüftoperation mit anschliessender Rekonvaleszenz vorläufig abgewiesen worden. Nach Erstattung des Gutachtens seien berufliche Massnahmen trotz entsprechender aktenkundiger Indikation nicht einmal mehr geprüft worden (S. 13 Rz 30). Weiter habe die Beschwerdegegnerin sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen unzutreffend bemessen (S. 14 Rz 31). Für die Bemessung des Valideneinkommens sei auf Tabellenlöhne nach LSE, Ziff. 31-33, Kompetenzniveau 3, abzustellen und bei der Berechnung des Invalideneinkommens zusätzlich ein leistungsbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen, was einen Invaliditätsgrad von 54 % zur Folge habe (S. 14 Rz 33-34).

Im Rahmen der Replik (Urk. 12) führte der Beschwerdeführer ergänzend aus, trotz entsprechender Indikation seien keine fachspezifischen (internistischen) Zusatzuntersuchungen zur Objektivierung der Defizite durchgeführt worden (S. 2 Rz 2). Die deutlich erhöhten Blutdruckwerte und die Erkrankung des Beschwerdeführers an einer chronisch

obstruktive pulmonal disease

(COPD) seien gutachterlich nur ungenügend gewürdigt worden. Das Y.____ -Gutachten lasse pflichtwidrigerweise auch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht vermissen, was einen groben Mangel darstelle. Da mit der Zunahme der limitierenden Beschwerden durch die COPD gerechnet werden müsse, sei von deutlich höheren Einschränkungen als von den Y.____ -Gutachtern attestiert auszugehen (S. 2 Rz 3).
3.3

Unbestritten und aufgrund der Akten auch ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer vom 5. Mai 2015 bis 5. Februar 2017 aufgrund der Hüftbeschwerden vollständig arbeitsunfähig war, und damit vom 1. Mai 2016 bis 31. Mai 2017 Anspruch auf eine ganze Rente bestand. Strittig und zu prüfen bleibt damit der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab Juni 2017. 4.4.1

In seinem Bericht vom 2. Juni 2015 (Urk. 9/13/27-28) nannte der zuständige Arzt des Z.____, A.____, folgende Diagnosen (S. 1): - Coxarthrose rechts - COPD Gold Stadium II - soziale Belastungssituation - Adipositas - chronische Schuppenflechte - Status nach akuter Hepatitis B 1999

Der Beschwerdeführer berichte, dass er seit zirka einem Jahr seine rechte Hüfte verspüren würde. Seit einem Monat sei es nun zu einer deutlichen Schmerzexazerbation gekommen (S. 1). Die geklagten Schmerzen liessen sich auf die rechtsseitige Coxarthrose zurückführen. Dem Beschwerdeführer sei erklärt worden, dass in Anbetracht der Symptomatik und der Bildgebung letztendlich auf Dauer nur mehr eine Hüfttotalendoprothese helfen

könne (S. 2). 4 . 2

Am 22. Juli 2015 führte der Hausarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Allg. meine Innere Medizin, aus, der Beschwerdeführer habe sich noch nicht für eine Operation oder Infiltration entscheiden können (Urk. 9/13/29-30 ad. 1). Für die aktuelle Tätigkeit bestehe seit dem 5. Mai 2015 bis zirka Ende August eine voll ständige Arbeitsunfähigkeit (ad. 5). Sofern das Hüftgelenk rechts nicht belastet werde, wäre der Beschwerdeführer bei Schmerzabnahme oder nach der Operation wieder zu mindestens 50 % arbeitsfähig (ad. 6). 4 . 3

Der Arzt des Z.____, A.____, diagnostizierte in seinem Bericht vom 10. November 2015 (Urk. 9/3 1) insbesondere eine fortgeschrittene Coxarthrose rechts, symptomatisch seit zirka Anfang 2014 (Ziff. 1.1), und führte aus, es bestünden belastungsabhängige Hüftschmerzen auf der rechten Seite, die den Beschwerdeführer in der Mobilität deutlich beeinträchtigten. Längeres Gehen oder Stehen sei ihm nicht möglich, die aktuelle Tätigkeit sei aktuell nicht zumutbar (Ziff. 1.7). Es sei eine Operation zur Implantation einer Hüfttotalprothese geplant (Ziff. 1.5). Nach dem operativen Eingriff könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden, postoperativ müsse mit einer Rehabilitation von zirka zwei bis drei Monaten gerechnet werden (Ziff. 1.9). 4 . 4

Nach einer Hospitalisation vom 5. bis 11. Januar 2016 führten die Ärzte des Z.____, A.____, im Austrittsbericht vom 11. Januar 2016 (Urk. 9/39/26-27) bei unveränderten Diagnosen (S. 1) aus, sowohl der intra- als auch der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Insgesamt habe ein unauffälliger neurologischer Verlauf mit guter Schmerzkomensation während des gesamten stationären Aufenthaltes bestanden. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können (S. 2). 4 . 5

Am 15. März 2016 hielt der Arzt des Z.____, A.____, einen verbesserten Gesundheitszustand fest (Urk. 9/32 Ziff. 1.1). In seiner Tätigkeit als Landmaschinenmechaniker sei der Beschwerdeführer momentan nicht einsetzbar (Ziff. 2.1). Die Arbeitsfähigkeit könne durch das Fortführen der Physiotherapie gesteigert werden (Ziff. 4.1), derzeit bestehe keine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung (Ziff. 4.2). 4 . 6

Im Verlaufsbericht vom 2. Mai 2016 (Urk. 9/39/28-29) führten die Ärzte des Z.____, A.____, bei unveränderten Diagnosen aus, der Beschwerdeführer berichte über einen schleppenden und schmerzhaften Verlauf. Es bestehe insbesondere eine inguinale Schmerzsymptomatik mit einem Schnappphänomen. Die Physiotherapie könne aufgrund des Asthmas und körperlicher Erschöpfung nur mittelmässig suffizient durchgeführt werden, der Beschwerdeführer schaffe die Anzahl der Wiederholungen meist nicht (S. 1). 4 . 7

In seinem Bericht vom 5. Juli 2016 (Urk. 9/35) nannte

der Arzt des Z.____, A.____, einen stationär bis leicht verbesserten Gesundheitszustand (Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei weiterhin arbeitsunfähig bei noch massiven Schmerzen. Ob eine angepasste Tätigkeit zumutbar sei, könne er nicht beurteilen (Ziff. 2.1). Die genaue Prognose lasse sich noch nicht abschätzen. Nach der Implantation einer Hüftprothese und einem sehr kurz nach der Implantation stattgefundenen unfallbedingten Sturz bestehe sicherlich ein deutlich pro longierter Heilungsverlauf (Ziff. 3.3). Durch eine

medizinische Trainingstherapie könne die Arbeitsfähigkeit mittelfristig sicherlich verbessert werden (Ziff. 4.1). 4 .

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.2

Was die Zeitspanne von Mai 2016 bis Ende Mai 2017 betrifft, kann ein Prozentvergleich durchgeführt werden, da der Beschwerdeführer während diesem Zeitraum insbesondere aufgrund der Hüftbeschwerden sowohl in der angestammten als auch in jeder anderen Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig war. Für diese Zeit kann daher auf einen Einkommensvergleich mittels Tabellenlöhne verzichtet werden (BGE 104 V 136 E. 2.a und b; BGE 114 V 313 E. 3.a). Nachdem beim Beschwerdeführer für diese Zeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliegt, resultiert ein Invaliditätsgrad von 100 %.

E. 6.3

) ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 31'987.--, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 37.34 % entspricht.

Was den Zeitpunkt der Rentenaufhebung betrifft, ist auf den massgebenden Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) zu verweisen, wonach eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen ist, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiter andauern wird. Nachdem ab 6. Februar 2017 von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen ist (vorstehend E. 5.3), hat der Beschwerdeführer ab 1. Juni 2017 keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente.

Zusammenfassend erweist sich damit die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt, soweit darauf einzutreten ist. 7. 7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis

IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Ab. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen. 7.2

Für das Beschwerdeverfahren wurde mit Verfügung vom 8. November 2017

das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung gutgeheissen (Urk.

E. 6.4

) sowie einem Valideneinkommen von Fr. 53'682.-- (vorstehend E.

E. 6.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin nahm keinen Abzug vor (Urk. 9/54), wohingegen der Beschwerdeführer unter Hinweis auf das Zumutbarkeitsprofil, die Teilarbeitszeit Tätigkeit und die Tatsache, dass er früher Schwerarbeit verrichtet habe, einen Maximalabzug von 25 % beantragte (Urk. 1 S. 15 Ziff. 34). Dem Beschwerdeführer können aus orthopädischen Gründen lediglich noch körperlich leichte Tätigkeiten, welche vorwiegend im Sitzen erledigt werden können, zugemutet werden, wobei weitere Einschränkungen bezüglich Arbeitsprofil bestehen. Diese Einschränkungen wurden jedoch aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs bereits bei der Reduktion des zumutbaren Arbeitspensums auf 80 % berücksichtigt (vgl. Gutachten der Y. ___ AG, Urk. 9/53 S. 37 Ziff. 6.6.3). Insgesamt hat die Beschwerdegegnerin ihr Ermessen daher nicht überschritten, indem sie keinen Leistungsabzug vorgenommen hat.

E. 6.6

Bei einem Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 85'669.-- (vorstehend E.

E. 8

In ihrem Bericht vom 2. September 2016 (Urk. 9/39/20-21) nannte die Ärztin des Z.____, C.____, Pneumologie, folgende Diagnosen (S. 1): - chronisch obstruktive Pneumopathie, Verdacht auf COPD-Asthma-Overlap-Syndrom (ACOS) - Adipositas, BMI 32 kg/m² - Status nach Hüft-Totalprothese-Implantation Januar 2016 - Psoriasis - depressives Zustandsbild nach Asbestexposition in den 80er-Jahren - Heiserkeit unter Budesonid - mögliche Stimmbanddysfunktion

Die Problematik sei seit mindestens fünf Jahren bekannt. Die Steigerung der aktuellen Symbicort-Dosis habe weder subjektiv noch objektiv eine Verbesserung der Situation gebracht, weshalb sie einen Wechsel der Medikamente empfohlen habe. Allenfalls seien weitere Abklärungen notwendig (S. 2). 4 .

E. 9

In seinem Bericht vom 20. September 2016 (Urk. 9/39/1-6) nannte Dr. B.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - symptomatische fortgeschrittene Coxarthrose rechts - chronisch obstruktive Pneumopathie, COPD Gold Stadium I-II - soziale Belastungssituation, depressive Entwicklung mit sozialem Rückzug - Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom - körperliche Dekonditionierung multifaktoriell - Psoriasis generalisata et inversa

Es bestehe eine anhaltende, eingeschränkte Gehfähigkeit am Stock wegen postoperativ anhaltenden Hüftschmerzen und Atemnot aufgrund der COPD und körperlicher Dekonditionierung mit freier Gehstrecke ebenfalls von knapp 100 bis 200 Metern, Dyspnoe bei leichtem Bergaufgehen, Atembeschwerden auch bei warmen Aussentemperaturen oder Kontakt mit Lösungsmitteln und Chemikalien (Ziff. 1.4). Die Prognose bleibe vorläufig schwierig zu beurteilen. Aus seiner Sicht sei bis auf Weiteres mit einer 100%igen Erwerbsunfähigkeit zu rechnen, eine Neubeurteilung der Gesamtsituation sei in einem Jahr vorzunehmen (Ziff. 1.4). 4 . 1 0

Am 22. September 2016 (Urk. 13/6) berichteten die Ärzte des Z.____, C.____, Kardiologie, bei bekannten Diagnosen (S. 1) von einer klinisch und elektrisch negativen Ergometrie bei reduzierter Leistungsfähigkeit. Auffallend seien ein hypertensiver Ruheblutdruck sowie hypertensive Blutdruckwerte in den dokumentierten ambulanten Messungen (S. 2). 4 . 1 1

Die Leitende Ärztin des Z.____, C.____, Pneumologie, nannte in ihrem Bericht vom 3. Oktober 2016 (Urk. 9/42) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - chronisch obstruktive Pneumopathie, Verdacht auf COPD-Asthma-Overlap-Syndrom (ACOS) - depressives Zustandsbild - Adipositas, BMI 32 kg/m² - Status nach Hüft-TP-Implantation Januar 2016 mit nach wie vor vorhandenen starken Hüftbeschwerden

Als Servicetechniker im Landwirtschaftsmaschinenbereich bestehe von Seiten der Lungen kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Der Beschwerdeführer sei vor allem durch seine Depression eingeschränkt. Die pulmonale Situation, stabile Verhältnisse vorausgesetzt, führe dazu, dass er für körperlich schwere Arbeit nicht arbeitsfähig sei, im Übrigen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Von pulmonaler Seite her sei die bisherige Tätigkeit noch zumutbar, vorausgesetzt, dass der Beschwerdeführer keinen Chemikalien ausgesetzt und die Arbeit körperlich nicht schwer sei. In Bezug auf körperlich strenge Arbeiten sei die Leistungsfähigkeit um etwa 50 % vermindert. Zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit könne sie sich nicht äussern (Ziff. 1.7).

Am 6. Oktober 2016 führte sie ergänzend aus, Husten und Auswurf würden aktuell nicht bestehen, der Beschwerdeführer leide aber unter erheblicher Dyspnoe, auslösende Faktoren seien Hitze, Belastung und Chemikalien. Nach der medikamentösen Umstellung sei die Heiserkeit verschwunden und die Werte hätten sich verbessert. Der Beschwerdeführer sei mit der Situation recht zufrieden und habe mit der pulmonalen Rehabilitation begonnen (Urk. 9/43 S. 2). 4. 1 2

Am 22. Dezember 2016 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch Ärzte der Y. AG orthopädisch, psychiatrisch und internistisch begutachtet. In ihrem Gutachten vom 6. Februar 2017 (Urk. 9/53), für welches sie sich auf die vorhandenen Akten (S. 5 Ziff. 1.1), die persönliche Befragung (S. 20-23 Ziff. 3) und eigene Untersuchungen stützten (S. 23 f. Ziff. 4.1, S. 26 Ziff. 5.3.1, S. 33 f. Ziff. 6.3), nannten sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 38 Ziff. 7.1.1): - Restbeschwerden am rechten Hüftgelenk im Sinne von Gelenkschmerzen und verminderter Belastbarkeit bei Zustandsbild nach Implantation einer Hüftgelenktotalendoprothese rechts am 6. Januar 2016 - COPD Gold Stadium II, Verdacht auf COPD-Asthma-Overlap-Syndrom mit - sistierendem Nikotinabusus - Status nach mehrmonatiger Asbest-Exposition - Status nach Lobärpneumonie 2004

Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte sodann folgende (S. 38 f. Ziff. 7.1.2): - Hüftgelenksschmerzen links, vermutlich muskulärer Art - chronisches lumbospondylogenes Syndrom - Kniegelenksbeschwerden beidseitig, am ehesten muskulärer Art - längerdauernde dysphorisch-depressive Reaktion (ICD-10 F32.8) - Probleme verbunden mit körperlicher Erkrankung und Beeinträchtigung (ICD-10 Z73.3) - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und

Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) - Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59) - Psoriasis vulgaris - Status nach Hepatitis B 1999 - arterielle Hypertonie

Der Beschwerdeführer weist fast ein Jahr nach der Implantation einer Hüftgelenktotalendoprothese rechts persistierende Beschwerden im Sinne von Schmerzen, Belastungs- und Kraftverminderung an der rechten Hüfte respektive der rechten unteren Extremität auf. Zum jetzigen Zeitpunkt könne nicht von einer Prothesenlockerung ausgegangen werden, wobei darauf hinzuweisen sei, dass noch nicht alle diagnostischen Abklärungsmethoden ausgeschöpft seien. Die Beschwerden im Bereich des linken Hüftgelenkes seien nicht degenerativer Natur, sondern dürften eher einer muskulären Überbelastung bei verändertem Gangbild entsprechen. Dies treffe auch auf die beklagte Beschwerdesymptomatik an beiden Kniegelenken zu. Im Bereich der LWS bestünden degenerative Veränderungen vorwiegend ossärer Art, auch hier dürfte es sich, in Zusammenhang mit dem veränderten Gangbild, um muskulär bedingte Beschwerden handeln, welche einer Physiotherapie gut zugänglich seien. Hinsichtlich der COPD werde der Beschwerdeführer optimal behandelt, er nehme auch an einer Lungenrehabilitation teil (S. 41 Ziff. 7.2.3).

Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sich ein etwas verbitterter und dysphorischer Mann gezeigt, der jedoch keine depressiven oder Angstsymptome mit Krankheitswert zeige. Eine ausgesprochene Somatisierungstendenz sei nicht zu erkennen, die kognitiven Funktionen seien intakt. Insgesamt könne aus psychiatrischer Sicht von einem geringen Gesundheitsschaden ausgegangen werden. Die Abgrenzung der Symptome gegenüber

invaliditätsfremden Faktoren wie Arbeitslosigkeit sei im Falle des Beschwerdeführers schwieriger als sonst. Es scheine so zu sein, dass die vorhandenen Symptome mehrheitlich Folge der psychosozialen Belastungen seien und nicht deren Ursache. Der Beschwerdeführer befinde sich nicht in einer psychiatrischen Behandlung, wegen seiner langandauernden psychosozialen Belastungen könnte eine psychotherapeutische Begleitung jedoch hilfreich sein. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei dadurch jedoch nicht zu erwarten. Der Beschwerdeführer mache einen authentischen Eindruck, Diskrepanzen, Aggravation oder Verdeutlichung seien nicht aufgefallen (S. 42).

Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe für die angestammte und adaptierte Tätigkeit bei Abwesenheit von pneumologisch schädlichen Stoffen und stabiler Lungensituation für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit. Ab Frühjahr 2011 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit für lungenbelastende Arbeitsplätze. Aus orthopädischer Sicht bestehe seit Mitte des Jahres 2015, spätestens aber ab Anfang Januar 2016, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht seien keine Erkrankungen von Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden (S. 43 Ziff. 8.1.1-2).

Was eine gut leidensangepasste Tätigkeit betreffe, sei zum jetzigen Zeitpunkt von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen (S. 44 Ziff. 8.2.1). Das rechte Hüftgelenk sei zweifellos vermindert belastbar (S. 36 Ziff. 6.4.4). Der Beschwerdeführer könne den ganzen Tag arbeiten, es sollte ihm jedoch die Möglichkeit zu längeren und betriebsunüblichen Pausen gegeben werden. Da der Beschwerdeführer bis anhin nicht über diese Einschätzung und die sich daraus ergebenden Konsequenzen informiert worden sei, erscheine es gerechtfertigt, ab Datum der Gutachterstellung von dieser Arbeitsfähigkeitseinschätzung auszugehen. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe für die angestammte und adaptierte Tätigkeit bei Abwesenheit von pneumologisch schädlichen Stoffen und stabiler Lungensituation für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 44 Ziff. 8.2.1). Bei einer adaptierten Tätigkeit sollte es sich um eine körperlich leichte Tätigkeit handeln, welche vorwiegend im Sitzen erledigt werden könne. Ein Wechsel mit Stehen und Gehen sei jedoch sinnvoll;

kein Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, keine Zwangspositionen der Hüftgelenke wie Abhocken oder Kauern; kein Absolvieren längerer Gehstrecken, kein Überwinden von Höhendifferenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüste. Diese Einschränkungen würden ebenfalls die angegebenen Beschwerden bezüglich der Kniegelenke und der LWS berücksichtigen (S. 44 Ziff. 8.2.2). 4. 1.3

Am 13. Oktober 2017 nahm der Hausarzt Dr. B. ___ Stellung zum polydisziplinären Gutachten und bemängelte, es seien nicht alle Vorbefunde berücksichtigt und keine zusätzlichen fachspezifischen medizinischen Untersuchungen zur Objektivierung der Defizite durchgeführt worden. Die limitierende Atemnot durch die COPD werde nirgends erwähnt. Im internistischen Teilgutachten fehlten zudem eine medizinische Gesamtbeurteilung der Situation unter Berücksichtigung der Vorbefunde, eine Beurteilung der medizinisch-theoretischen Ateminvalidität basierend auf den Lungenfunktionstests sowie eine Zusammenfassung der Krankengeschichte/Untersuchungsbefunde und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Da sich die limitierenden Beschwerden seitens der Lungenerkrankung COPD auch in Zukunft kaum verbesserten und eher mit einer allmählichen Zunahme gerechnet werden müsse, sei anzunehmen, dass eine deutliche Einschränkung im Arbeitstempo bei belastenden Tätigkeiten verbleibe (Urk. 13/5 S. 1). 4.

Mit Schreiben vom 29. Mai 2017 teilte der untersuchende Arzt des Z.____, C.____, Kardiologie, mit, dass seit dem 21. Februar 2017 insgesamt neunmalig aufgetretene Herzrasen habe sich im Rahmen der 48-Stunden-Holteranalyse nicht nachweisen lassen. Die im Tagebuch angegebenen «Müdigkeit, Atemnot und Brustschmerzen» würden nicht den ursprünglich beschriebenen Beschwerden entsprechen (Urk. 13/8). 4.15

Die übrigen bei den Akten liegenden Arztberichte (Urk. 9/39/12-19, Urk. 9/39/30-32, Urk. 13/7) enthalten keine für die Beurteilung der vorliegend strittigen Fragen relevanten Angaben, so dass auf deren detaillierte Wiedergabe verzichtet werden kann. 5.5.1

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten der Y.____ AG vom 6. Februar 2017 (vorstehend E. 3.1), wo hingegen der Beschwerdeführer davon ausging, dass dieses mangels Beweiskraft nicht verwertbar sei (vorstehend E. 3.2).

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, der psychiatrische Y.____-Gutachter habe die AMDP-Items nicht lege artis geprüft und den psychiatrischen Befund ungenügend erhoben, ist darauf hinzuweisen, dass weder Gesetz noch Rechtsprechung eine Begutachtung nach den Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) vorschreiben. Die Leitlinien stellen eine Orientierungshilfe für die gutachtenden Fachpersonen dar und sollen die Gutachtenspraxis im Hinblick auf die normativ massgeblichen Gesichtspunkte konkretisierend anleiten. Ein Gutachten verliert nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an diese anlehnt (Urteil des Bundesgerichts 8C_433/2017 vom 12. September 2017 E. 3.4.1 mit weiteren Hinweisen).

Der psychiatrische Teilgutachter erstellte eine ausführliche persönliche und beziehungsweise Sozialanamnese (Urk. 9/53 S. 25 Ziff. 5.2.1 und Ziff. 5.2.3), beschrieb detailliert den am 22. Dezember 2016 erhobenen Psychostatus und führte zusätzlich mehrere Tests durch (Ziff. 5.3.1). Inwiefern diese klinische Untersuchung nicht genügen sollte, vermag der Beschwerdeführer nicht überzeugend darzutun.

Ebenso ist entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers die abschliessende Einschätzung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten nicht unbegründet erfolgt, sondern vielmehr auf die verminderte Belastbarkeit des rechten Hüftgelenks sowie die Lungenerkrankung zurückzuführen (vgl. vorstehend E. 4.12). Soweit sodann der Beschwerdeführer und der Hausarzt Dr. B.____ bemängeln, die Gutachter hätten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weder die limitierende Atemnot aufgrund der COPD noch die Auswirkungen der Psoriasis berücksichtigt (E. 3.2, E. 4.13), ist auf die von den Gutachtern erstellte polydisziplinäre Zusammenfassung zu verweisen, in welcher sowohl die Beschwerden am rechten Hüftgelenk als auch die COPD als Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aufgeführt werden und auch in die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit einfließen (E. 4.12).

Insgesamt erweist sich das Gutachten der Y.____ AG vom 6. Februar 2017 als differenziert, nachvollziehbar und plausibel begründet. Insbesondere setzte sich auch der psychiatrische Gutachter eingehend mit den Standardindikatoren auseinander und die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sich die Gutachter an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt haben (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu

bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Somit ist auch hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes auf das Gutachten abzustellen. 5.2

Der Beurteilung durch die Gutachter der Y.____ AG stehen sodann auch die übrigen bei den Akten liegenden Berichte nicht entgegen.

Die Ärzte des Z.____, A.____, attestierten eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Landmaschinenmechaniker, hielten jedoch fest, die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit könnten sie nicht beurteilen (E. 4.7). Die Leitende Ärztin des Z.____, C.____, Pneumologie, sah von Seiten der Lungen kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit als Servicetechniker im Landwirtschaftsmaschinenbereich. Bei stabiler pulmonaler Situation sei der Beschwerdeführer für schwere körperliche Arbeiten nicht arbeitsfähig, im Übrigen bestehe jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit, sofern er keinen Chemikalien ausgesetzt sei (E. 4.11). Auch diese Einschätzung stützt demnach die Beurteilung im Gutachten der Y.____ AG. Weiter ergab auch die kardiologische Untersuchung im Z.____ keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Beeinträchtigungen (E. 4.14).

Nachdem der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben noch nie in psychiatrischer Behandlung war (vgl. Urk. 9/53 S. 25 Ziff. 5.2.1), liegen keine fachärztlichen Berichte vor, gemäss welchen ein invalidenversicherungsrechtlich relevante s Leiden vorliegen würde und welche der gutachterlichen Beurteilung entgegenstehen würden.

Ebenso wenig ergibt sich aus einem der vorliegenden medizinischen Berichte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Psoriasis. Selbst der Hausarzt Dr. B.____ machte in seiner Stellungnahme zum Gutachten keine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geltend (E. 4.13). 5.3

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt gestützt auf das Gutachten der Y.____ AG vom 6. Februar 2017 als dahingehend erstellt zu betrachten, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit bleibend nicht mehr zu gemutet werden kann, er jedoch seit dem 6. Februar 2017 in einer leidensangepassten Tätigkeit ohne Kontakt zu pneumologisch schädlichen Stoffen in einem Pensum von 80 % arbeitsfähig ist. 6. 6.1

Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der bestehenden Einschränkungen mittels Einkommensvergleich.

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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). 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).

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 8C_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen).

E. 10

). Trotz telefonischer Aufforderung vom 21. Januar 2019 (Urk. 17) ging keine Honorarnote ein, weshalb die Prozessentschädigung gemäss

§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer)

ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist. Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Samuel Teindel, Zug, wird mit Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Samuel Teindel -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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