

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01029 vom 29. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01029

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01029 du 29 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01029 del 29 marzo 2018

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.3

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

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 18. September 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. September 2017 (Urk. 2) und beantragte die Zusprache einer Entschädigung seit März 2012 sowie (sinngemäss) einer Rente infolge vollständiger Arbeitsunfähigkeit seit April 2011 (Urk. 1). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 31. Oktober 2017 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 7. November 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers mit der Begründung, die nach dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich durchgeführten medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit - unter Berücksichtigung eines näher beschriebenen Belastungsprofils seit jeher vollumfänglich zumutbar sei. Nach den im Jahr 2016 durchgeführten Operationen habe nur eine kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit bestanden, welche keinen Einfluss auf den Entscheid habe. Der Beschwerdeführer könne ein rentenausschliessendes Einkommen erwirtschaften. Für die Vermittlung einer geeigneten Tätigkeit sei das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum zuständig (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber sinngemäss geltend, im Y.____-Gutachten seien seine Beschwerden verharmlost worden. Er sei körperlich eingeschränkt. In der Klinik A.____ sei neu eine Operationsindikation gestellt worden. Er habe starke Schmerzen im Rücken und im Kopf, wogegen er Medikamente nehme. Die Ärzte des Y.____ und des Z.____ hätten falsche Diagnosen gestellt und in der Klinik A.____ sei er mehrfach zu Unrecht operiert worden, weshalb er eine Entschädigung verlange. Seit dem Unfall im April 2011 sei er vollständig arbeitsunfähig.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang die Frage, ob die medizinische Aktenlage zur Beurteilung des Gesundheitszustands eine hinreichende Entscheidungsgrundlage darstellt.

Betreffend die vom Beschwerdeführer beantragte Entschädigung ist festzuhalten, dass im Rahmen des vorliegenden Verfahrens eine allfällige Haftung für einen vom Z.____, dem Y.____ und der Klinik A.____ zugefügten Schaden soweit ein solcher denn überhaupt vorliegt - nur gestützt auf Art. 78 ATSG überprüft werden könnte (vgl. Art. 66 IVG). Abgesehen davon, dass das Y.____ und das Z.____ sowie insbesondere die Klinik A.____ wohl kaum zu den Durchführungsorganen im Sinne von Art. 78 Abs. 1 ATSG gezählt werden können (vgl. dazu Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genève 2015, Rz 54 zu Art. 78), fehlt es hinsichtlich der geltend gemachten Ersatzforderung aber jedenfalls an einer anfechtbaren Verfügung (vgl. Art. 59a IVG und Art. 78 Abs. 4 ATSG in Verbindung mit Art. 56 ff. ATSG), weshalb insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten ist. 3. 3.1

In Bezug auf einen allfälligen Rentenanspruch des Beschwerdeführers ist vorab festzuhalten, dass ein solcher - nachdem sich der Beschwerdeführer im Januar 2013 zum Leistungsbezug angemeldet hat - gestützt auf Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 in Verbindung mit

Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG frühestens am 1. Juli 2013 entstehen konnte. Hinsichtlich Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für die Zeit ab Juli 2013 präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt: 3.2

Am 9. August 2013 berichtete der RAD-Arzt Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, über die am Vortag erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 6/54). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. 8): - chronische, belastungsabhängig verstärkte Lumbalgie rechtsbetont bei Verdacht auf lumbosakrale Facettenarthrose - chronisches subakromiales Impingementsyndrom beider Schultergelenke - chronischer, belastungsabhängig verstärkter Reizzustand des linken Kniegelenks bei dringendem Verdacht auf degenerative Läsion des Innen- und Aussenmeniskus (bereits in der Magnetresonanztomographie [MRI] von 2011 gesicherte degenerative Meniskopathie) - Verdacht auf radiale Handwurzelarthrose und Rhizarthrose des rechten Handgelenks

In der bisherigen Tätigkeit als Lüftungsmonteur attestierte Dr. B.____ dem Beschwerdeführer (momentan) eine reduzierte Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % , betreffend vor allem die Tätigkeiten über Kopf, auf Leitern oder in kniender oder hockender Körperhaltung. Bezüglich dieser Tätigkeit ging er jedoch von einer drohenden Invalidität aus . Für angepasste Tätigkeiten - mit näher genanntem Belastungsprofil - attestierte er dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit seit Februar 2012 (S. 9 f. Ziff. 10). 3.3

Die in der Praxis von Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Nephrologie, tätige Dr. med. D.____ diagnostizierte in einem nicht datierten Bericht (Urk. 6/89/1-6) migränöse Kopfschmerzen bei Arnold-Chiari-Malformation Typ I, eine Syringohydromyelie bei Liquorzirkulationsstörung, eine Depression sowie ein lumbospondylogenes Syndrom (Ziff. 1.1) und attestierte dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (Ziff. 1.7). 3.4

Am 2. Oktober 2015 erstatteten die Ärzte des Y.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/110/1-53). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 4 ff.) sowie die von ihnen im Juli und August 2015 durchgeführten orthopädisch-traumatologischen (S. 20 ff.), internistischen (S. 30 ff.), psychiatrischen (S. 37 ff.) und neurologischen (S. 46 ff.) Untersuchungen (vgl. S. 1 unten).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14 oben): - Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) - Impingementsyndrom beider Schultergelenke mit endgradiger Funktionsstörung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (S. 14 Mitte): - somatoforme autonome Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems - Übergewicht - Zustand nach Splenektomie 1977 - Hämorrhoidalleiden - Arnold-Chiari-Missbildung Grad 1 mit Syringohydromyelie C1 bis C4 (Zufallsbefund) - Migräne mit Aura - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom links mit leicht bis mittelgradig demonstrierter Funktionseinschränkung - rezidivierende Gonalgie links mit freier Funktion, diskrete Meniskus symptomatik ohne akuten Reizzustand

Die Gutachter führten aus, aus orthopädisch-traumatologischer Sicht sei aufgrund des Impingementsyndroms beider Schultergelenke die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Rohrleitungshilfsmonteur mit Arbeiten überwiegend in und über Kopfhöhe nicht mehr möglich (S. 14 f.). Internistisch sei keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zu

erheben (S. 15 Mitte).

Nach dem Unfall im Dezember 2010 habe der Beschwerdeführer eine depressiv-dysphorische, missmutige Stimmung entwickelt, die durch die Konflikte mit den Sozialversicherungsträgern aber auch durch soziale Probleme (fehlender Arbeitsplatz, finanzielle Schwierigkeiten) unterhalten worden sei. Im Weiteren seien auch Zukunftsängste, Ängste in Menschenmengen und Ängste, in einem Tram zu fahren, aufgetreten. Aus psychiatrischer Sicht könnte der Beschwerdeführer zeitlich ein volles Arbeitspensum bewältigen. Es bestehe aber ein vermehrter Pausenbedarf, woraus sich eine Leistungsminderung um 15 % beziehungsweise eine Arbeitsfähigkeit von 85 % ergebe (S. 15 unten).

Neurologisch sei keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zu erheben (S. 16 oben).

Aus polydisziplinärer Sicht sei der Beschwerdeführer in der Lage, körperlich mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 25 kg, überwiegend im Stehen, Gehen und Sitzen, durchzuführen. Tätigkeiten in ständiger Zwangshaltung, Vorbeuge, in und über Kopfhöhe sollten vermieden werden. Geeignet seien überwiegend gut strukturierte, sachorientierte Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderung an die Daueraufmerksamkeit, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die emotionale Belastbarkeit (S. 16 Mitte). In der bisherigen Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. In leidens adaptierter Tätigkeit sei die Leistung aus psychiatrischer Sicht bei vermehrtem Pausenbedarf um 15 % gemindert. Die Arbeitsfähigkeit betrage 85 % bei vollem Pensum (S. 16 unten). Eine entsprechende Leistungsminderung dürfte bereits seit Anfang 2011 vorliegen (S. 17 oben). 3.5

Am 30. November 2015 berichtete PD Dr. med. E.____, Facharzt für Neurochirurgie, A.____ Klinik F.____, die Beschwerden des Beschwerdeführers (Zervikobrachialgien links, Hypersensibilität im Dermatome C8 rechts, unteres sensibles Quadrantensyndrom links) könnten wahrscheinlich zu einem grossen Teil auf die Arnold-Chiari-Malformation mit Bildung einer Syringomyelie zurückgeführt werden. Er habe ihm zu einer Operation geraten (Urk. 6/121/1). 3.6

Am 9. Januar 2016 berichteten Prof. Dr. med. G.____, Facharzt für Neurochirurgie, und Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurochirurgie, Klinik A.____, die Symptome des Beschwerdeführers (seit Jahren bestehende Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Schultern beidseits, in den letzten Wochen wiederholte Synkopen mit Schwarz-Werden vor den Augen und anschliessendem Kollaps, zunehmendes Stolpern) liessen sich durch die Arnold-Chiari-Missbildung Typ I mit Syringohydromyelie Halswirbelkörper (HWK) 1-4 erklären. Es bestehe eine eindeutige, dringliche Operationsindikation (Urk. 6/127/1). 3.7

Vom 5. bis 11. Februar 2016 weilte der Beschwerdeführer in der Klinik A.____, wo am 6. Februar 2016 eine kranio-zervikale Dekompression mit Dura-Erweiterungsplastik in mikrochirurgischer Technik durchgeführt wurde (Austrittsbericht vom 9. Februar 2016; Urk. 6/131). 3.8

In ihrem Bericht vom 9. Februar 2016 (Urk. 6/130) attestierte Dr. H.____, Klinik A.____, dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 8. Januar 2016 bis voraussichtlich 5. März 2016 (Ziff. 1.6). Sie führte aus, vier bis sechs Wochen nach der Operation könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit zu mindestens 50 %

gerechnet werden (Ziff. 1.9). 3.9

Am 21. April 2016 berichteten die Ärzte der Klinik I.____ über den Reha bilitations aufenthalt des Beschwerdeführers vom 14. März bis 21. April 2016 (Urk. 6/150/22-25). Sie führten aus, der Verlauf habe sich insgesamt kompliziert gestaltet mit mehrfachen Rückverlegungen aufgrund von not wendigen Revi sions operationen bei Fieber beziehungsweise starken Schmer zen (vgl. dazu Urk. 6/134, Urk. 6/137/11-13, Urk. 6/137/5-7, Urk. 6/139). Auf grund der noch reduzierten Belastbarkeit und der Schmerzen sei eine Arbeits fähigkeit bis zur Verlaufsuntersuchung im Mai 2016 vorläufig noch nicht gegeben (S. 3 unten). 3.10

Am 23. August 2016 berichtete Prof. G.____, Klinik A.____, die zuletzt im Mai 2016 angefertigten Kernspintomogramme hätten einen regelrechten Befund mit regelrechter Liquorkommunikation im kraniozervikalen Übergang und eine Regredienz der zervikalen Syringshöhle gezeigt. Die vom Beschwerdeführer geklagten Restbeschwerden (chronische Nacken-/Kopfschmerzen, Sehstörungen, subjektive Hörminderung, deutliche Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit) seien aufgrund der komplizierten Vorgeschichte und dem periopera tiven Verlauf durchaus erklärbar. Eine nächste kernspintomo graphische und klinische Verlaufskontrolle sei für Mai 2017 vereinbart worden (Urk. 6/146). 3.11

In ihrem Bericht vom 4. Oktober 2016 (Urk. 6/150/1-3) bezeichnete Dr. D.____ (vorstehend E. 3.3) den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als ver schlechert und attestierte weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (Ziff. 1.1, Ziff. 2.1). 3.12

Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 21. November 2016 (Urk. 6/155) folgende psychiatri sche Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - organische affektive Störung (ICD-10 F06.3) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Status nach Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Sub stanzen bedingt (ICD-10 F05) - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - Verdacht auf Panikstörung (ICD-10 F40.01)

Er führte aus, der Beschwerdeführer stehe seit dem 13. Juni 2016 in seiner Behandlung (Ziff. 1.2). Diese bestehe in wöchentlichen psychotherapeutischen Einzelsitzungen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt im dele gierten Setting sowie einer psychopharmakologischen Behandlung (Ziff. 1.5). Als Reinigungskraft und Lüftungsmonteur bestehe mindestens seit der Erstkon sultation bis auf Weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). 3.13

Am 15. Juni 2017 erstatteten die Ärzte des Z.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/173/2-35). Sie stützten sich auf die ihnen über lassenen Akten (S. 4 ff.) sowie die von ihnen am 25. April 2017 durchgeführten allgemeininternistischen (S. 11 ff.), psychiatrischen (S. 13 ff.), orthopädischen (S. 19 ff.) und neurologischen (S. 26 ff.) Untersuchungen (vgl. S. 1 unten).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfä higkeit (S. 30 Ziff. 5.1): - chronische Schulterbeschwerden beidseits - anamnestisch Status nach Verletzungen 2010 und 2011 - radiologisch beginnende Omarthrose rechts und Zeichen der Tendini tis kalkarea links (Röntgen vom 20. September 2005, 17. Oktober 2011 und 25. April 2017, MRI vom 21. Juni 2011) - klinisch beidseits keine klar fassbare Läsion und

fehlende Zeichen der Schonung der dominanten rechten Seite - chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom - Status nach kraniozervikaler Dekompression mit Dura-Erweiterungsplastik in mikrochirurgischer Technik am 6. Februar 2016 bei Arnold-Chiari-Malformation Typ I mit zervikaler Syringomyelie (Klinik A.____) - Status nach Deckung einer Liquorfistel am unteren Pol der Dekompression am 7. März 2016 (Klinik A.____) - Status nach Wundrevision mit Resektion des residuellen Durapatches und Deckung des Defektes mit Fascia lata vom linken Oberschenkel am 17. März 2016 bei okzipitaler Liquorfistel bei Resorption des Durapatches (Klinik A.____) - Status nach CT-gestützter Punktion trüben Sekretes sowie Wundrevision mit Débridement und Deckung einer erneuten Mikrofistel am unteren Pol des Patches mit Muskel und Fibrinkleber am 1. April 2016 (Klinik A.____) - radiologisch schwere Spinalkanalstenose HWK4/5/6/7 mit Myelopathie HWK4/5/6 bei Diskushernien, anlagebedingt engem Spinalkanal und langstreckiger zervikaler Syrinx; Kompression der Nervenwurzeln C6 beidseits und C7 rechts (MRI vom 12. Februar 2015 und 15. März 2017) - Arnold-Chiari-Missbildung Grad I mit Zustand nach Dekompressions-Operation sowie mehrfach revidiertem Liquorleck

Sodann nannten die Gutachter folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31 Ziff. 5.2): - Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - leichte Klaustrophobie (ICD-10 F40.2) - chronische Kniebeschwerden links - Status nach Distorsion am 19. Mai 2011 - radiologisch bis auf mukoide Degeneration des medialen und lateralen Meniskus ohne unauffälligen (richtig wohl: auffälligen) Befund (MRI vom 24. Mai 2011) - klinisch keine klar fassbare Läsion - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - radiologisch Diskusprotrusion LWK4/5/SWK1 ohne Neurokompression und mässige Degeneration LWK3/4/5/SWK1 (MRI vom 21. Mai 2014 und 12. Februar 2015, Röntgen vom 28. Juli 2015) - Übergewicht mit BMI von 29 kg/m² - Nikotinabusus

Die Gutachter führten aus, aus orthopädischer Sicht bestehe eine vollständige und bleibende Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten mit wiederholten Überkopfrichtungen wie etwa die bisherige Tätigkeit in der Reinigung. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sollte ebenso wie der Einsatz der oberen Extremitäten über Schulterniveau vermieden werden (S. 32 oben). Aus neurologischer Sicht bestehe keine zumutbare Arbeitsfähigkeit für Überkopparbeiten und Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der Halswirbelsäule (HWS), ansonsten für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit. Die gestellten psychiatrischen Diagnosen bedingten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch aus allgemeininternistischer Sicht könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 32 Mitte).

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe beim Beschwerdeführer für körperlich mittelschwer und schwer belastende sowie nicht angepasste Tätigkeiten ebenso wie für die frühere Tätigkeit als Reiniger und Lüftungsmonteur eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, angepasste Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 32 unten).

Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht bestehe seit der Diagnose des Arnold-Chiari-Syndroms, welches in den Berichten erstmals im November 2015 beschrieben werde, allenfalls etwas früher in einem undatierten Bericht von Dr. C.____ aus

dem Jahr 2015. Die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht und damit auch die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gelte seit Juli 2015. Ansonsten könne retro spektiv keine andere, höhergradige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (S. 32 Ziff. 6.3). 3.14

In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 3. Juli 2017 (Urk. 6/175) führten die Z.____-Gutachter aus, im Vergleich zum Y.____-Gutachten bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates eine relativ unveränderte Funktion mit qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und Reduktion auf leichte bis selten mittel schwere angepasste Tätigkeiten, ohne Leistungseinbuße. Aus psychiatrischer Sicht könne die im Y.____-Gutachten diagnostizierte Angst und depressive Störung nicht mehr festgestellt werden, hingegen eine Schmerzstörung und eine leichte Klaustrophobie, welche ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit blieben, weshalb die im Y.____-Gutachten zuerkannte Leistungseinbuße von 15 % nicht mehr bestehe. Die zwischenzeitlich eingetretene neurologische Problematik mit Status nach mehrfach revidierten Liquor-Lecks führe lediglich zu qualitativen Einschränkungen, welche das Zumutbarkeitsprofil nicht weiter einschränkten, als dies bereits orthopädisch vorgegeben sei. 4. 4.1

Der Beschwerdeführer hatte sich im Januar 2013 unter Hinweis auf Schulterge lenks-, Knie- und Rückenschmerzen zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 6/22 Ziff. 6.2). Beschwerdeweise machte er Rücken- und Kopfschmerzen geltend (Urk. 1).

Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden wurden im Rahmen von zwei polydisziplinären Begutachtungen umfassend abgeklärt (vorstehend E. 3.4, E. 3.13). Nebst orthopädischen, internistischen und neurologischen Untersuchungen wurde der Beschwerdeführer jeweils auch psychiatrisch begutachtet. Dabei hatten sowohl die Gutachter des Y.____ als auch die Gutachter des Z.____ Kenntnis der Vorakten und setzten sich in ihrer Beurteilung mit diesen auseinander (vgl. Urk. 6/110 S. 28 Mitte, S. 34 unten, S. 43 unten, S. 51 unten; Urk. 6/173 S. 13 Ziff. 3.6, S. 16 f. Ziff. 4.1.7, S. 25 f. Ziff. 4.2.8). 4.2

Die Y.____-Gutachter (vorstehend E. 3.4) und die Z.____-Gutachter (vorstehend E. 3.13) gelangten übereinstimmend zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer vor dem Hintergrund der aus orthopädischer Sicht zu erhebenden Befunde die angestammte(n) Tätigkeit(en) in der Reinigung und als Hilfsmonteur nicht mehr zumutbar sei(en). Davon ist auszugehen, zumal auch RAD-Arzt Dr. B.____ im August 2013 zum Schluss gelangt war, dass in Bezug auf die angestammte Tätigkeit von einer drohenden Invalidität auszugehen sei (vorstehend E. 3.2). Zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit verhält. 4.3

Für leidensangepasste Tätigkeiten attestierten die Gutachter des Y.____ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 85 % bei vollem Pensum entsprechend einer um 15 % geminderten Leistungsfähigkeit infolge vermehrten Pausenbedarfs aus psychischen Gründen, dies seit Anfang 2011. Als leidens angepasst bezeichneten sie körperlich mittelschwere, überwiegend im Stehen, Gehen und Sitzen durchführbare Tätigkeiten, bei welchen keine Lasten über 25 kg zu heben sind und welche keine ständigen Zwangs- und Vorbeugehaltungen sowie Arbeiten in und über Kopfhöhe beinhalten (vorstehend E. 3.4).

Die Beurteilung der Gutachter des Z.____ weicht insofern von der Beurteilung der Y.____-Gutachter ab, als sie dem Beschwerdeführer für leidensadaptierte Tätigkeiten eine

uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestierten, dies mit der Begründung, dass die im Y.____-Gutachten zuerkannte Leistungseinbusse von 15 % mangels einer psychiatrischen Diagnose nicht (mehr) bestehe. Als leidens adaptiert bezeichneten die Z.____-Gutachter leichte bis intermittierend beziehungsweise selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, welche kein wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 15 kg und einen Einsatz der oberen Extremitäten über Schulterniveau erfordern (vorstehend E. 3.13-14). 4.4

In Bezug auf den Bewegungsapparat gingen weder der am Y.____-Gutachten noch der am Z.____-Gutachten beteiligte Orthopäde vom Vorliegen von Befunden aus, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidens angepassten Tätigkeit in quantitativer Hinsicht einschränken. Was die vom Beschwerdeführer geklagten Rückenbeschwerden anbelangt, so waren gemäss dem Y.____-Orthopäden seitens der Lendenwirbelsäule weder Zeichen einer radikulären Defizitsymptomatik zu erheben, noch stellten sich radiologisch dem Alter vorausseilende Veränderungen dar. Die in der Kernspintomographie vom 21. Mai 2014 (vgl. Urk. 6/89/18) nachgewiesenen Veränderungen erachtete der Y.____-Orthopäde klinisch als nicht relevant, mit der Begründung, dass der Beschwerdeführer Beschwerden auf der linken Seite angebe, die Kernspintomographie jedoch ausschliesslich rechtsseitig mögliche Nervenwurzelirritationen gezeigt habe (Urk. 6/110 S. 15 oben). Übereinstimmend damit beschrieb auch der Z.____-Orthopäde im lumbalen Bereich nur mässige degenerative Veränderungen und Diskusprotrusionen ohne Neurokompression sowie eine kaum verminderte Beweglichkeit (Urk. 6/173 S. 24 Mitte und unten). Den im Februar 2015 und März 2017 radiologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen zervikal (vgl. Urk. 6/173 S. 22 unten, S. 23 oben) sowie der zervikothorakal unter Verspannung massiv bis vollständig eingeschränkten Beweglichkeit (Urk. 6/173 S. 24 Mitte) trug der Z.____-Orthopäde sodann bei der Formulierung des Belastungsprofils für eine angepasste Tätigkeit in nachvollziehbarer Weise Rechnung. Das Gleiche gilt für die sowohl vom Y.____-Orthopäden als auch vom Z.____-Orthopäden beschriebenen Pathologien im Bereich der Schultern. In Bezug auf das linke Kniegelenk verneinte der Y.____-Orthopäde eine eingeschränkte Belastbarkeit unter Hinweis auf die freie Funktion sowie die klinisch fehlenden Zeichen eines chronischen Reizzustandes mit Kapselschwellung, Erguss, Überwärmung oder Rötung (Urk. 6/110 S. 15 Mitte) und auch der Z.____-Orthopäde nannte die chronischen Kniebeschwerden links bei weitgehend unauffälligem MRI-Befund und klinisch nicht klar fassbarer Läsion als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/173 S. 23 unten). In seiner zusammenfassenden Beurteilung stellte der Z.____-Orthopäde fest, die seitens des Bewegungsapparates beklagten Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollständig begründen. Durchaus nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck bei Beginn der Arthrose der rechten Schulter, Tendinitis kalkarea der Gegenseite sowie bezüglich zervikaler und lumbaler Wirbelsäule, doch lasse die gesamte anamnestiche und klinische Präsentation einschliesslich erheblicher Inkonsistenzen an eine deutliche nicht-organische Beschwerdekomponekte denken (Urk. 6/173 S. 24 unten, S. 25 oben).

Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer am Bewegungsapparat beklagten Beschwerden kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die orthopädischen Gutachter diesbezüglich zu übereinstimmenden Schlüssen gelangten, welche sie nachvollziehbar begründeten. Der einzige Unterschied besteht darin, dass das vom Z.____-Orthopäden formulierte Belastungsprofil hinsichtlich der zumutbaren Gewichtsbelastung etwas

eingeschränkter ausfiel (vgl. auch Urk. 6/173 S. 26 oben). Auf diese Beurteilungen ist daher abzustellen. 4.5

Die vom Beschwerdeführer geklagten Kopfschmerzen ordnete der am Y.____ Gut achten beteiligte Neurologe diagnostisch als Migräne mit Aura ein (Urk. 6/110 S. 50 unten). Die im MRI vom 13. Februar 2015 (Urk. 6/89/8) erst mals dargestellte Arnold-Chiari-Malformation Typ 1 mit Syringohydro myelie C1 bis C4 wertete er als Zufallsbefund mit der nachvollziehbaren Begrün dung , dass der Beschwerdeführer bislang keine der - im Gutachten näher dargelegten (Urk. 6/110 S. 51 oben) - typischen Beschwerden eines sympto matischen Arnold-Chiari-Syndroms aufgewiesen und die angeborene Störung im Zeit punkt der Begutachtung keine neurologisch begründbaren Ausfälle gezeigt habe (Urk. 6/110 S. 51 oben und Mitte). Der Y.____-Neurologe verneinte eine neuro logische Ursache für die vom Beschwerdeführer geklagten chronischen Schmer zen und dementsprechend das Vorliegen einer neurologischen Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/110 S. 51 unten).

Im Unterschied zum Y.____-Neurologen nannte der Z.____-Neurologe die Arnold-Chiari-Missbildung Grad I als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähig keit. Er stimmte jedoch den vom Y.____-Neurologen im Zusammenhang mit dieser Störung angestellten Überlegungen voll zu und ging auch erst für die Zeit ab November 2015 von einer daraus resultierenden qualitativ (nicht aber quantitativ) einschränkenden Wirkung auf die Arbeits fähigkeit aus. Zugleich zeigte er sich überrascht darüber, dass PD Dr. E.____ in seinem Bericht vom 30. November 2015 (vorstehend E. 3.5) bei lediglich kursorischen Angaben zu den Beschwerden eine Operations indikation gestellt habe, zumal nur vier Tage zuvor seitens Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, Neuro zentrum A.____, ein detaillierter, unauf fälliger neurologischer Status erho ben worden sei (vgl. dazu Urk. 6/150/40-41). Weiter führte der Z.____-Neurologe aus, die drei aufgetretenen Komplikationen seien für den Eingriff nicht untypisch und hätten beherrscht werden können. In Würdigung des Gesamt kontextes sei es aber nicht überraschend, dass es nachfolgend nicht zu einer Besserung gekommen sei. Der Beschwerdetenor sei unverändert beziehungs weise etwas zunehmend, aber neue neurologische Defizite seien nicht feststell bar gewesen. Wie in der Vergangenheit sei die neuro lo gische Untersuchung regelrecht ausgefallen. Allenfalls könne ein Teil der Kopfschmerzen auf die Arnold-Chiari-Malformation bezogen werden, nicht aber die Fülle der weiteren Beschwerden. Hier sei eine Somatisierung wahr scheinlich (Urk. 6/173 S. 29 unten).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Kopfschmerzen im Y.____- und im Z.____-Gutachten neurologisch sorgfältig abge klärt wurden und die Gutachter auch diesbezüglich zu übereinstimmenden und nachvollziehbar begründeten Schlüssen gelangten. Gestützt auf die gut achterlichen Beurteilungen ist davon auszugehen, dass beim Beschwerde führer mit Ausnahme der Arnold-Chiari-Malformation Grad I (mit Zustand nach Dekompressions-Operation) kein neurologisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht, wobei die Arnold-Chiari-Malformation jedenfalls bis zum Zeitpunkt der Begutachtung im Y.____ im Juli/August 2015 nicht sympto matisch war und sich damit auch nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerde führers auswirkte. Ab November 2015, als PD Dr. E.____ eine Operation sindikation stellte (vorstehend E. 3.5), ist gestützt auf die Beurteilung des Z.____ Neurologen davon auszugehen, dass die Störung zu einer qualitativen Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit führt in dem Sinne, dass Überkopfarbeiten und Tätigkeiten in Zwangshaltungen der HWS

vermieden werden sollten (Urk. 6/173 S. 30 oben). Damit ist – wie die Z.____-Gutachter in ihrer ergänzenden Stellungnahme festhielten (vorstehend E. 3.14) – der Störung aber mit dem aus orthopädischer Sicht formulierten Zumutbarkeitsprofil bereits Rechnung getragen

Auf der Hand liegt, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Dekompressionsoperation vom 6. Februar 2016 (vorstehend E. 3.7) und der notwendigen Revisionsoperationen für eine gewisse Zeit vollständig arbeitsunfähig war (vgl. dazu auch die RAD-Stellungnahme vom 5. Juli 2017; Urk. 6/178 S. 10 unten). Darin kann aber mit der Beschwerdegegnerin keine für den Rentenanspruch relevante Verschlechterung (von mindestens dreimonatiger Dauer, vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) erblickt werden, zumal die nach der letzten Revisionsoperation vom 1. April 2016 (vgl. Urk. 6/139) angefertigten Kernspintomogramme vom Mai 2016 gemäss Prof. G.____ einen regelrechten Befund zeigten (vorstehend E. 3.10). 4.6

Soweit der am Y.____-Gutachten beteiligte Psychiater dem Beschwerdeführer ab April 2011 eine um 15 % reduzierte Leistungsbeziehungsweise Arbeitsfähigkeit attestierte (vorstehend E. 3.4), welche der am Z.____-Gutachten beteiligte Psychiater unter Hinweis auf das Fehlen einer relevanten psychiatrischen Diagnose nicht (mehr) bestätigen (vorstehend E. 3.13-14) konnte, bleibt festzuhalten, dass diese aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unberücksichtigt zu bleiben hat. Mit Blick auf die Ausführungen des Y.____-Psychiaters ist davon auszugehen, dass psychosoziale Faktoren – namentlich Konflikte mit den Sozialversicherungsträgern sowie Zukunftsängste bei fehlendem Arbeitsplatz und finanziellen Schwierigkeiten – das Beschwerdebild des Beschwerdeführers massgeblich mitbestimmen, währenddem sich der im Gutachten beschriebene psychiatrische Befund weitgehend unauffällig präsentiert. Insbesondere wurde die Antriebslage als ausreichend bezeichnet (Urk. 6/110 S. 42 unten) und ein spürbarer, stärker ausgeprägter Angstaffekt verneint. Der Gutachter schilderte auch, dass der Beschwerdeführer gegen Ende des Gesprächs mehrfach gelacht und sich humorvoll gezeigt habe, währenddem er bei der Schilderung der Konflikte mit der SUVA und der IV sehr stark affektiv beteiligt und von dieser Thematik nur schwer abzulenken gewesen sei (Urk. 6/110 S. 42 oben). Vor diesem Hintergrund ist das Vorliegen einer verselbständigten, krankheitswertigen psychischen Störung mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit und damit ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden zu verneinen (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). 4.7

Zusammenfassend ist mit der Beschwerdegegnerin gestützt auf die vorliegenden polydisziplinären Gutachten davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit - unter Berücksichtigung der gutachterlich formulierten Belastungsprofile - voll arbeitsfähig ist. Die Berichte von Dr. D.____ (vorstehend E. 3.3, E. 3.11) vermögen dagegen nicht zu überzeugen, zumal die Ärztin Diagnosen aus verschiedenen Fachgebieten nannte, in welchen sie über keinen Facharztstitel verfügt, und sie die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar begründete. Die vom Beschwerdeführer eingereichten Zeugnisse, mit welchen Dr. C.____ beziehungsweise Dr. D.____ eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 1. April 2011 bis 1. April 2017 bestätigten (Urk. 3/12, Urk. 3/42, Urk. 3/52, Urk. 3/48, Urk. 3/81), sind gänzlich unbegründet und damit ebenfalls nicht geeignet, die Gutachten in Frage zu stellen. 5. 5.1

Nachdem die von der Beschwerdegegnerin in Nachachtung des Urteils des hiesigen Gerichts vom 19. Mai 2014 durchgeführten Abklärungen zur tatsächlichen

beruflich-erwerblichen Situation ins Leere führten (vgl. dazu Urk. 6/83) und die weiteren medizinischen Abklärungen ergaben, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Lüftungsmonteur nicht mehr arbeitsfähig ist (vgl. vorstehend E. 4.2), bleibt zu prüfen, wie es sich mit den erwerblichen Auswirkungen des im Y. ___ - und im Z. ___-Gutachten fest gestellten Gesundheitsschadens verhält. 5.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 5.3

Die Beschwerdegegnerin hat

keinen

Einkommensvergleich durchgeführt. Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Leiden am Bewegungsapparat nur noch leidensangepasste Tätigkeiten entsprechend dem von den Y. ___ - beziehungsweise den Z. ___-Gutachtern formulierten Belastungsprofil ausüben kann, ist aber eine Prüfung der erwerblichen Auswirkungen angezeigt. 5.4

Ausweislich der Akten absolvierte der Beschwerdeführer in seinem Heimatland eine Ausbildung zum Gaskontrolleur (Urk. 6/25 Ziff. 3). Von 2002 bis 2006 war er für die L. ___ AG im Bereich Unterhaltsreinigung tätig (Urk. 6/26, Urk. 6/32/1). Von 2006 bis 2010 arbeitete er als Hauswart und Objektchef für die M. ___ AG, welche Stelle er allerdings aus gesundheitsfremden Gründen verlor (vgl. Urk. 6/25 Ziff. 2, Urk. 6/26, Urk. 6/32/1). Die während seiner Arbeitslosigkeit über ein Personalbüro vermittelten Einsätze als Lüftungsmonteur in den Jahren 2010 bis 2012 waren sodann nur temporärer Natur (vgl. Urk. 6/25 Ziff. 2, Urk. 6/42-43). Die mit diesen Tätigkeiten erzielten Einkommen können nicht als Valideneinkommen herangezogen werden, da der Beschwerdeführer diese Tätigkeiten unabhängig vom Invaliditätseintritt nicht mehr ausgeübt hätte. Das Valideneinkommen ist daher auf der Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu berechnen (vgl. dazu BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

Aufgrund der Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers ist davon auszugehen, dass er im Gesundheitsfall einfache (Hilfs-) Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art entsprechend dem Kompetenzniveau 1 der LSE ausüben würde. Dabei ist auf den standardisierten Durchschnittslohn für entsprechende Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen. Für Männer belief sich dieser im Jahr 2012 auf Fr. 5'210.-- pro Monat (LSE 2012, TA1), mithin Fr. 62'520.-- pro Jahr. 5.5

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens ist auf die nämlichen Grundlagen abzustellen, womit sich dieses bei einem dem Beschwerdeführer zumutbaren Pensum von 100 % im Jahr 2012 ebenfalls auf Fr. 62'520.-- belief. Eine Aufrechnung auf das Jahr 2013 (Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns) kann unterbleiben, da sowohl das Validen- als auch das Invaliden einkommen entsprechend anzupassen wären. Aus dem gleichen Grund kann auch die statistisch ermittelte, betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2012 unberücksichtigt bleiben.

Das von den Gutachtern für angepasste Tätigkeiten umschriebene Belastungsprofil stellt eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dar, welcher mit einem leidensbedingten Abzug Rechnung zu tragen ist. Wie hoch dieser letztlich anzusetzen ist und ob gegebenenfalls weitere abzugsrelevante Merkmale vorliegen, kann letztlich offen bleiben, da selbst bei Gewährung des maximal möglichen Abzugs von 25 % (vgl. dazu BGE 135 V 297 E.

5.2) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40 % (vgl. vorstehend E. 1.2) resultierte. 5.6

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig. Die dagegen erhobene Beschwerde ist daher abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. 6.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 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: - X.____ - 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 Barblan

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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