

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00041 vom 10. Oktober 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-10-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00041

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00041 du 10 octobre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00041 del 10 ottobre 2019

Erwägungen

E. 1

Der 1974 geborene X.____ reiste als Flüchtling Ende 2007 in die Schweiz ein (Urk. 8/2/1). Er ist gelernter Automechaniker und arbeitete zuletzt ab Juli 2011 als Hilfsgipser bei der Y.____ (Urk. 8/2/5, Urk. 8/9). Aufgrund einer ab 2. Juni 2014 anhaltenden Arbeitsunfähigkeit und wegen einer am 6. Juni 2014 operierten Diskushernie L4/5 kündigte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis per Ende November 2014 (Urk. 8/5). Am 8. November 2014 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf starke Schmerzen im Rücken, in beiden Hüften und in der linken Ferse sowie auf eine fehlende Kontrolle über den linken Fuss bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte daraufhin erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und zog Akten der Krankentaggeldversicherung bei. Sodann gab sie ein bidisziplinäres Gutachten in Auftrag, bestehend aus dem internistisch-rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH Z.____, Fachärztin für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, vom 7. Juli 2017 (Urk. 8/68/2-74), aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Prof. Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, vom 14. Juni respektive 7. Juli 2017 nach abschliessender bidisziplinärer Besprechung (Urk. 8/69/2-67), sowie aus der bidisziplinären Zusammenfassung vom 7. Juli 2017 (Urk. 8/69/1). Nach Vorlage des Dossiers bei ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD ;

Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie), welcher am 20. Juli 2017 abschliessend Stellung nahm (Urk. 8/73/11-12), stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 11. August 2017 in Aussicht, dass sie ihm für die Zeit von Juni 2015 befristet bis Ende August 2016 eine ganze Invalidenrente zu sprechen werde (Urk. 8/75). Daraufhin bevollmächtigte der Versicherte am 29. August 2017 Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, zur Vertretung (Urk. 8/78). Dieser erhob am 14. September 2017 Einwand gegen den Vorbescheid vom 11. August 2017 und beantragte nebst der Zusprache einer ganzen Rente über den 31. August 2016 hinaus, er sei als unentgeltlicher Rechtsvertreter des Versicherten für das Vorbescheidverfahren zu bestellen (Urk. 8/80/1). Kurz darauf wurden Unterlagen zur finanziellen Situation des Versicherten eingereicht (Urk. 8/82). Mit Verfügung vom 23. November 2017 sprach die IV-Stelle dem Versicherten wie angekündigt eine befristete ganze Invalidenrente für die Zeit vom 1. Juni 2015 bis 31. August 2016 zu (Urk. 8/90 und Urk. 8/86 = Urk. 2).

Mit Verfügung vom 23. November 2017 wies die IV-Stelle das Gesuch um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistands im Verwaltungsverfahren ab (Urk. 8/89).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psy chi schen 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 vor aus (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 Ein zelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend 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.

E. 1.3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.4

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leis tung und andererseits

deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/

Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131

V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung betreffend Rente erhob der Versicherte am 9. Januar 2018 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei dahingehend abzuändern, dass ihm über den 31. August 2016 hinaus eine ganze Rente zuzusprechen sei; eventualiter sei die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt lege artis abkläre und hernach neu über den Rentenanspruch über den 31. August 2016 hinaus verfüge. In prozessualer Hinsicht beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie der unentgeltlichen Rechtsverteidigung durch Rechtsanwalt Stephan Kübler (Urk. 1 S. 2). Der Beschwerde legte er die Unterlagen zu seinen finanziellen Verhältnissen bei (Urk. 3/1/1-4). In ihrer Beschwerdeantwort vom 13. Februar 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Nachdem der Beschwerdeführer das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit sowie weitere Belege zu seiner finanziellen Lage eingereicht hatte (Urk. 11 und Urk. 12/1-9), wurde er mit Gerichtsverfügung vom 5. April 2018 dazu aufgefordert, sich zur seitherigen Entwicklung seines per Ende 2017 ausgewiesenen Vermögens zu äussern (Urk. 14). Dies tat er am 22. Mai 2018 (Urk. 17), woraufhin sein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsvertretung im vorliegenden Verfahren mit gerichtlichem Beschluss vom 17. Juli 2018 abgewiesen wurde (Urk. 18).

Auf die einzelnen Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Im betreffend die unentgeltliche Rechtsvertretung im Verwaltungsverfahren anhängig gemachten Verfahren in Sachen der Parteien

wurde der Entscheid am 30. September 2019 gefällt (Verfahren Nr. I V.2018.00040).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

).

Dr. Z.____ hielt sinngemäss fest, dass sie diese Beurteilung als (zu) behutsam empfinde (Urk. 8/68/66), doch unterliess sie es zu begründen, weshalb die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ihrer Auffassung nach bei 100% und nicht irgendwo dazwischen zu legen wäre. Dies wäre indes erforderlich gewesen, nachdem Dr. C.____ die erhebliche Reduktion mit einem massiv erhöhten Pausenbedarf (Verteilung der Arbeit über den ganzen Tag) begründet hatte (Urk. 8/50/4 Ziff. 2.1). Die Ärzte der K.____ hielten die Wiederaufnahme einer körperlich leichten bis mittel schweren Tätigkeit mit wechselnder Belastung insbesondere der Wirbelsäule in ihrem Austrittsbericht vom 16. April 2016 wieder für möglich (Urk. 8/49/5), doch nannten sie keine

konkreten Umfang einer solchen Tätigkeit.

Nach dem Gesagten fehlt es auch bezüglich des Zeitraums ab Mai 2016 an einer einlässlichen Auseinandersetzung mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte sowie mit den - beim Vorhandensein objektiver Befunde - geltend gemachten Schmerzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_445/2016 vom 7. Februar 2017 E. 6.2.3).

Zusammenfassend ist das Gutachten von Dr. Z.____ nicht schlüssig und unvollständig, weshalb mangels eines hinreichenden Beweiswertes (vgl. vorstehende E. 1.5) nicht darauf abgestellt werden kann. 4.3

Der behandelnde Dr. J.____ verneinte das Vorliegen einer Arbeitsfähigkeit gänzlich. Die von ihm verwendete Formulierung, dass er den Beschwerdeführer seit gut zwei Jahren kenne und er (der Beschwerdeführer) in dieser Verfassung nicht arbeitsfähig sei (Urk. 8/48/1), weist darauf hin, dass er für die attestierte Erwerbsunfähigkeit auch die Person des Beschwerdeführers und dessen subjektive Befindlichkeit und Lebensumstände einbezog, was nicht angeht. Hinzu kommt, dass gemäss Rechtsprechung bei der Würdigung von ärztlichen Aussagen die Erfahrungstatsache zu beachten ist, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_900/2017 vom 30. Mai 2018 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Folglich kann gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte alleine ebenfalls nicht in rechtsgenügender Weise auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht geschlossen werden. 4.4

Nach dem Gesagten ist der entscheidrelevante

medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt, weshalb die Verfügung vom 23. November 2017 betreffend Invalidenrente (Urk. 2) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen ist, damit diese die erforderlichen medizinischen Abklärungen veranlasst

(vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2 und § 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer).

Hinsichtlich der Fachrichtungen ist anzumerken, dass umfassende administrative Erstbegutachtungen regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sind. Dies gilt insbesondere dann, wenn die medizinische Situation nicht offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt oder wenn ein besonderer arbeitsmedizinischer oder eingliederungsbezogener Klärungsbedarf besteht (BGE 139 V 349 E. 3.2). Vorliegend standen im Zeitpunkt der Auftragserteilung für die Begutachtung angesichts der ausstrahlenden Schmerzen bei von Dr. M.____

geäussertem

klinischem Verdacht auf eine Beeinträchtigung im Bereich der Nervenwurzeln L2-L4 rechts (Urk. 8/59/1, Urk. 8/68/92-93) auch neurologisch bedingte Einschränkungen im Raum. Ferner wurde von Dr. M.____ aufgrund vegetativer Dysregulation eine Beteiligung des Sympathicus-Nervs für möglich gehalten (Urk. 8/68/93 am Ende). Vor diesem Hintergrund war

beim Beschwerdeführer nebst den Fachgebieten der Rheumatologie und der Psychiatrie auch das Fachgebiet der Neurologie betroffen. Demnach wäre eine polydisziplinäre Abklärung angezeigt gewesen.

Vorzugsweise ist eine solche nachzuholen. Dafür spricht sodann, dass auch das von Dr. M.____ erwähnte Zusammenspiel von Schmerzen und psychischen Beschwerden (Urk. 8/59/1, vgl. auch Urk. 8/59/5-6, Urk. 8/68/94) untersucht werden sollte. 4.5

Bei diesem Verfahrensausgang kann die vom Beschwerdeführer aufgeworfene Frage betreffend Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör beziehungsweise der Begründungspflicht (vgl. Urk. 1 S. 4-6) offen gelassen werden.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben. 5.

5.1

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte zusammengefasst beschwerdeweise geltend, die Beschwerdegegnerin sei nicht auf seine im Vorbescheidverfahren gemachten Einwände eingegangen. Dadurch sei sie ihrer Begründungspflicht nicht nachgekommen und habe seinen Anspruch auf rechtliches Gehör in krasser Weise verletzt. Diese Verletzung sei keiner Heilung zugänglich (Urk. 1 S. 4-5). In materieller Hinsicht beanstandete er vorab, dass Dr. Z.____ als Rheumatologin (und nicht Orthopädin) nicht über die notwendigen fachlichen Kenntnisse für eine Beurteilung der gesundheitlichen Situation verfüge (Urk. 1 S. 6). Sodann habe sie nicht begründet, weshalb sie ihn sechs Monate nach der Rückenoperation vom 6. Juni 2014 in einer angepassten Tätigkeit wieder für voll arbeitsfähig halte. Dies ob wohl ihre Auffassung im Widerspruch zu den Akten stehe, mit welchen sie sich nicht auseinandersetze (Urk. 1 S. 7-8). Fraglich sei überdies ihre Anmerkung, in einer die Lendenwirbelsäule (LWS) besonders belastenden Tätigkeit habe er nie lang andauernd arbeiten können, zumal er von Dezember 2010 bis Juni 2011 als Möbelpacker gearbeitet habe (Urk. 1 S. 8). Gleiches gelte für die unbegründet gebliebene gutachterliche Einschätzung, er sei seit dem 10. Mai 2016 in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 1 S. 8-10 mit detaillierter Begründung und Hinweisen auf abweichende ärztliche Beurteilungen). Zusammenfassend hielt er fest, dass rheumatologische Teilgutachten von Dr. Z.____ erfülle die von der Rechtsprechung an ein Gutachten gestellten hohen Anforderungen nicht (Urk. 1 S. 10). In der bidisziplinären Zusammenfassung seien die Wechselwirkungen zwischen Psyche und dem langjährigen somatischen Leiden nicht berücksichtigt worden (Urk. 1 S. 10-11). Da das Gutachten nicht beweisbildend sei, fehle es an einem für eine Rentenherabsetzung respektive -befristung notwendigen rechtsgenügenden Nachweis, dass er in einer Verweistätigkeit wieder ganz oder teilweise arbeitsfähig sei (Urk. 1 S. 11). 3. 3.1

Am 11. November 2014 berichtete Dr. med. C.____, Facharzt für Rheumatologie, am 6. Juni 2014 sei der Beschwerdeführer operiert worden. Mittels mikrochirurgischer Fenestration sei ein Diskussequester L4/5 links entfernt worden. Es liege noch immer ein lumboradikuläres motorisches Ausfallsyndrom L5 links vor, bei gemäss MRI-Untersuchung vom 3. November 2014 breitbasiger rechts paramedianer Rezidivhernie L4/L5 mit Alteration der Nervenwurzel L5 beidseits, links im Recessuseingang, sowie medianer subligamentärer Diskushernie L5/S1 ohne Nervenkompression (Urk. 8/11/17). 3.2

Dr. med. D.____, Facharzt für Nuklearmedizin und Vertrauensarzt der Krankentaggeldversicherung, gab in einer Aktenwürdigung vom 28. November 2014 an, der Beschwerdeführer leide an einer degenerativen Erkrankung der unteren Wirbelsäule mit neurologischer Manifestation und an einem Rezidiv nach der Operation. Als Diagnosen nannte er einen Status nach Diskushernienoperation L4/5 am 6.

Juni 2014, eine Rezidivhernie L4/5, eine subligamentäre Diskushernie L5/S1 sowie Bandscheibenprotrusionen von L2-L4. Er hielt fest, die aktuelle Arbeitsunfähigkeit sei

nachvollziehbar und berechtigt. Der Beschwerdeführer sei medizinisch nicht mehr geeignet für körperlich schwere und mittel schwere Arbeit. Optimal sei eine Tätigkeit mit Wechselbelastung. Weiter führte er aus, wahrscheinlich sei bereits eine Schmerzchronifizierung eingetreten und es bestehe ein erhöhtes Risiko für Rezidive (Urk. 8/11/10-11). 3.3

Die Hausärztin Dr. med.

E.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, hielt in ihrem Bericht vom 29. November 2014 fest, am 11. November 2014 sei eine Rezidivhernie festgestellt worden. Die Arbeitsfähigkeit sei bei rückenbelastender Tätigkeit deutlich reduziert. Nur schon das längere Sitzen und Stehen sei nicht möglich, Gewichte heben und tragen ebenso wenig, auf eine Leiter stehen und gebückt oder über-Kopf arbeiten sei ebenfalls ungünstig (Urk. 8/11/2). 3.4

Dem Bericht des F.____ vom 9. Februar 2015 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer sich vom 12. Januar bis am 7. Februar 2015 stationär dort aufhielt (Urk. 8/28/9). Die berichtenden Ärzte gaben eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit an und hielten fest, die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit sei momentan nicht beurteilbar (Urk. 8/28/11).

Nach diesem stationären Klinikaufenthalt wurden verschiedene Therapieoptionen (Spondylodese, Infiltrationen) diskutiert. Anlässlich einer konsultativen Untersuchung in der G.____ diagnostizierten die Neurologen Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie, und Dr. med. I.____, Oberärztin Neurologie, im Bericht vom 3. Juni 2015 ein lumbospondylogenes rechtsseitiges Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins rechte Bein (Urk. 8/32). Am 9. November 2015 nahm Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, speziell Wirbelsäulenchirurgie, eine Spondylodese L4/5 vor und attestierte im Bericht vom 21. Dezember 2015 bei anhaltend protrahiertem Verlauf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 19. Februar 2016 (Urk. 8/41). Weil der Beschwerdeführer auch danach noch immer über starke, belastungsabhängige lumbale Schmerzen klagte, die auch medikamentös nicht beeinflussbar seien, veranlasste Dr. J.____ neue MRT- und CT-Bilder (Urk. 8/43/1). Dr. J.____

erkannte einen grossen

Anulus-Riss L5/S1 sowie eine Diskusdegeneration am thorakolumbalen Übergang im Rahmen eines Morbus Scheuermann. Dr. J.____ hielt daraufhin im Bericht vom 16. März 2016 fest, die Restschmerzen seien sicher erklärbar, insbesondere durch die Diskuspathologie L5/S1, weniger mit den Pathologien am thorakolumbalen Übergang. Es bestehe jedoch keine Indikation für eine weitere Operation im Sinne einer Verlängerung der Spondylodese. Er führte die Attestierung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis 29. April 2016 weiter (Urk. 8/46). 3.5

Vom 29. März bis am 11. April 2016 war der Beschwerdeführer in der K.____ hospitalisiert (Urk. 8/49/4). Gemäss Austrittsbericht vom 11. April 2016 sei der Beschwerdeführer bei am 9. März 2016 MR-tomographisch nachgewiesenem grossem Anulus-Riss L5/S1 sowie Diskusdegeneration am thorakolumbalen Übergang im Rahmen eines Morbus Scheuermanns zur stationären Rehabilitation zugewiesen worden (Urk. 8/49/4). Der Beschwerdeführer beschreibe Schmerzen im Rücken bei Inklination und Reklination, gelegentlich würden Schmerzen zusätzlich in den lateralen Fussrand linksbetont ausstrahlen

und sich an der Fusssohle im Bereich der Ferse manifestieren. Diese Schmerzen würden im Alltag beim Gehen im Gefälle und beim Heben von Lasten von ca. 5 kg auftreten. Auch Treppensteigen sei schmerzhaft. Die Ärzte stellten fest, es habe in der Rehabilitation objektiv und subjektiv eine leichte Besserung erzielt werden können.

Der Beschwerdeführer sei als Gipser jedoch nicht mehr arbeitsfähig. Eine Tätigkeit mit wechselnder Belastung insbesondere der Wirbelsäule sei für leichte bis mittel schwere körperliche Tätigkeiten indes möglich, weshalb eine Umschulung empfohlen werde (Urk. 8/49/5). 3.6

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserte sich auch Dr. J. ___ in seinem Bericht vom 2. Mai 2016. Aus seiner Sicht sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig, auch nicht für leichte körperliche Arbeiten. Er kenne den Beschwerdeführer seit gut zwei Jahren und wisse, dass er in dieser Verfassung nicht arbeitsfähig sei (Urk. 8/48/1). Am 4. Juli 2016 fügte er an, der Beschwerdeführer bleibe zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 8/51). 3.7

In ihrem Bericht vom Mai 2016 führte Dr. E. ___ aus, angepasst sei eine sitzende oder stehende Tätigkeit, vorwiegend Handmontage von leichten Arbeiten. Eine solche sei etwa zwei Stunden pro Tag möglich, mit einer um 50 % reduzierten Leistungsfähigkeit (Urk. 8/49/1-2). 3.8

Der Rheumatologe Dr. C. ___ hielt am 24. Mai 2016 dafür, es bestünden nach wie vor segmentale Funktionsstörungen am thorako-lumbalen und lumbo-sakralen Übergang. Dem Beschwerdeführer sei die Tätigkeit als Gipser nicht mehr zumutbar.

Eine leichte Tätigkeit mit Wechselbelastung ohne repetitive Vornüberneigung, ohne stereotype Positionen des Oberkörpers sowie ohne Arbeiten über Kopf sei dem Beschwerdeführer höchstens in einem 25%igen Arbeitspensum

zumutbar, mit Pausen über den ganzen Tag verteilt (Urk. 8/50/4 Ziff. 2.1). 3.9

Dem Bericht von Dr. med. L. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Oktober 2016 ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer am 28. Januar 2016 zu ihm in Behandlung begab. Dr. L. ___ diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und äusserte den Verdacht auf eine ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6; Urk. 8/58/1). Er gab an, im Rahmen der psychischen Erkrankung bestünden folgende Einschränkungen: Mangel an Konzentration und Belastbarkeit, rasche Ermüdung bis Erschöpfung. Aufgrund der Symptomenausprägung sei der Beschwerdeführer aktuell nicht in der Lage, seine Arbeit aufzunehmen (Urk. 8/58/2-3). 3.10

Dr. med. M. ___ , Fachärztin für Anästhesiologie mit Fähigkeitsausweis Interventionelle Schmerztherapie (SSIPM), N. ___ , nannte in ihrem Bericht vom 3. Oktober 2016 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit chronische lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das Gesäss beidseits und in den linken dorso-medialen Oberschenkel bei klinischem Verdacht auf Beeinträchtigung im Bereich der Nervenwurzeln L2-L4 rechts und ISG-Blockade rechts sowie funktionelle Fehllagerung und muskuläre Dekonditionierung. Sodann äusserte sie den Verdacht auf eine massive Angststörung und Depression im Rahmen der chronischen Schmerzkrankung und bei psychosozialen Belastungsfaktoren (Urk. 8/59/1). Sie gelangte zum Schluss, die mit einer hohen körperlichen Anstrengung verbundene Tätigkeit als Gipser könne der Beschwerdeführer nicht mehr durchführen, da

er durch seine Schmerzen sowie eine massive Bewegungseinschränkung beeinträchtigt sei. Es bestünden Beeinträchtigungen durch messerstichähnliche Dauerschmerzen im Bereich der lumbalen Wirbelsäule mit Ausstrahlung ins Gesäss links und Schmerzen bis zur Ferse links. Daneben bestünden Kopfschmerzen, Übelkeit und Hautschmerzen im Schmerzgebiet. Über dies lägen Schlafstörungen sowie eine Angststörung und eine Depression vor (Urk. 8/59/6). Sodann führte sie aus, eine Einschätzung der gesundheitlichen Einschränkungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sowie eine entsprechende Prognose könne sie nicht abgeben, da sie den Beschwerdeführer erst seit kurzer Zeit betreue. Des Weiteren seien bei der Beurteilung der möglichen Arbeitsfähigkeit bei chronischen Schmerzen Beobachtungen heranzuziehen, welche nicht auf den subjektiven Angaben des Patienten beruhen. Hierzu eigne sich etwa eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (Urk. 8/59/7). 3.11

Dr. L.____ gab in seinem Bericht vom 31. März 2017 an, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär (Urk. 8/64/1). Der Beschwerdeführer sei aktuell und mittelfristig nicht in der Lage, irgendwelche Arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt auszuüben. Wegen immer wieder auftretender Schmerzen sei er sehr schnell erschöpft (Urk. 8/64/2). Die depressive Stimmungslage werde durch die starken, immer wieder einschliessenden Rückenschmerzen aufrechter gehalten (Urk. 8/64/3). 3.12

3.12.1

Dr. Z.____ stellte in ihrem Teilgutachten vom 7. Juli 2017 folgende rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/68/60): - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der Lendenwirbelsäule (LWS) bei - kongenital sechsgliedriger LWS mit Missbildungen im Segment L5/S1 und - Status nach zwei lumbalen Operationen am 6. Juni 2014 sowie am 9. November 2015 - ohne Narbenbildung und ohne foraminale spinale Stenose mit sehr kleiner medianer Diskushernie L2/L3 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L3 beidseits ohne Kompression, flacher Diskushernie L3/L4 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L4 beidseits ohne Kompression sowie Anulusriss L5/S1 und kleine paramediane Diskushernie L5/S1 ohne Kontakt zu Nervenwurzeln (MRI vom April 2017) mit - regelrechter Lage der Pedikelschrauben mit vollständigem Durchbau der Spondylodese L4/L5 posterolateral rechts, jedoch nicht links (CT vom Juli 2017) Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mass sie der kongenitalen radialen Polydaktilie des Daumens rechts bei doppelt angelegter distaler Phalanx Digitus I zu (Urk. 8/68/60). In ihrer Beurteilung führte Dr. Z.____ aus, die Untersuchung des Bewegungsapparates sei durch die Gegenspannung des Beschwerdeführers erschwert worden. Oft habe er wegen Schmerzen geschrien oder gestöhnt, wobei diese Geräusche bei Ablenkung verschwunden seien. Bei sanfter Berührung habe er heftig gezuckt, unter Ablenkung jedoch nicht. Der normale Gang sei unauffällig. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden (Urk. 8/68/61). Die MRI-Untersuchung der LWS habe einen guten postoperativen Befund gezeigt. Es seien noch kleine Diskushernien vorhanden gewesen, teilweise mit Kontakten zu Nervenwurzeln, hingegen seien keine Kompressionen neurogener Strukturen sichtbar gewesen. Zusammenfassend hielt Dr. Z.____ fest, wegen teils angeborener und teils erworbener struktureller Befunde an der LWS sei die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt. Die strukturellen Befunde würden indes das Ausmass seiner Beschwerden nicht vollständig erklären. In einer angepassten Tätigkeit sei er voll arbeitsfähig (Urk. 8/68/62). Die angestammten Tätigkeiten als Mitarbeiter in einer Umzugsfirma beziehungsweise als Hilfsgipser seien nicht angepasst, da sie stark

LWS-belastend seien. Diese Tätigkeiten könne der Beschwerdeführer nicht mehr ausüben (Urk. 8/68/63). Dies gelte seit dem 2. Juni 2014. Jeweils spätestens sechs Monate nach den Rückenoperationen sei er jedoch in einer angepassten Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig gewesen. Der Beschwerdeführer könne Lasten bis zu 12,5 Kilogramm hantieren (leichtes bis knapp mittelschweres Belastungsniveau). Zu dem sei das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung zu vermeiden und unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen seien auszuscheiden. Eher günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten (Urk. 8/68/64). Die berufliche Wiedereingliederung werde durch folgende invaliditätsfremde Faktoren erschwert: Migrationshintergrund, kein Schulbesuch in der Schweiz, keine in der Schweiz anerkannte Berufsausbildung, Hilfsarbeitertätigkeit, geringe Berufserfahrung und geringe Deutschkenntnisse (Urk. 8/68/65). 3.12.2

Dem psychiatrischen Teilgutachten von Prof. A. ____

vom 14. Juni respektive 7. Juli 2017 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer angegeben hatte, im Vordergrund seiner Beschwerden stünden die Rückenschmerzen. Wegen der Schmerzen sei er nicht mehr in der Lage, eine Arbeit aufzunehmen. Des Weiteren habe er psychische Beschwerden (Urk. 8/69/50 und Urk. 8/69/53). Im Zeitpunkt des Auftretens der chronischen Schmerzen hätten weder psychosoziale noch emotionale Probleme noch psychische Traumatisierungen vorgelegen. Weiter habe der Beschwerdeführer bei Prof. A. ____ ausgeführt, zu einer Verbesserung der Schmerzen komme es kaum noch. Nach der Einnahme von Palexia komme es inzwischen zu keiner wesentlichen Besserung seiner Schmerzen mehr. Kühlung führe zu einer leichten Linderung (Urk. 8/69/51). Zu einer Schmerzverschlechterung komme es durch längeres Verharren in gleicher Position. Eine Verschlechterung der subjektiven Schmerzwahrnehmung durch psychosoziale oder emotionale Faktoren habe der Beschwerdeführer verneint (Urk. 8/69/52).

Prof. A. ____ führte sodann aus, es hätten sich Hinweise auf Verdeutlichungen ergeben. Zuweilen habe der Beschwerdeführer grimassiert. Er habe sich stöhnend an den Rücken gefasst und demonstrativ gehumpelt. In scheinbar unbeobachteten Momenten sei sein Bewegungsablauf hingegen unauffällig gewesen. Bewusst seines nahe Aggravation und Simulationszeichen seien jedoch nicht wahrnehmbar gewesen (Urk. 8/69/45, Urk. 8/69/55, Urk. 8/69/61).

In seiner Beurteilung führte Prof.

A. ____ aus, der Beschwerdeführer habe durch die rheumatologische Erkrankung einen psychosozialen Abstieg erlebt, welcher zu einer deutlichen narzisstischen Kränkung geführt habe. Der Beschwerdeführer habe sich zunehmend mit Anstieg der psychosozialen Probleme und den als subjektiv einschränkend erlebten Schmerzen sowie beruflicher Perspektivlosigkeit bei zunehmenden Versorgungswünschen in die Krankenrolle zurückgezogen. Aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht bestehe die depressive Symptomatik als psychische Begleiterscheinung der Schmerzen und als Reaktion auf die massiven psychosozialen Probleme. Dabei stünden die berufliche Perspektivlosigkeit sowie die Kränkung durch den Rollenverlust in der Familie und im sozialen Umfeld im Vordergrund. Dies seien invaliditätsfremde Faktoren, welche das maladaptive Coping des Beschwerdeführers in unheilvoller Weise verstärken würden, wobei die psychosozialen Probleme hierfür die treibende Komponente darstellen würden. Ohne die psychosozialen Probleme wäre die Psychopathologie nicht in dieser Schwere ausgeprägt. Der

Beschwerdeführer verfüge aktuell nur über wenige Ressourcen. Seine stärkste Ressource, die gute Intelligenz, sei ihm leider gegenwärtig keine Hilfe, da die Sprachbarriere ein wesentliches Hindernis in der sozio-kulturellen Integration und bei der Stellensuche darstelle und die Basis für die Selbstlimitierung bilde (Urk. 8/69/62). Da die subjektive Schmerzwahrnehmung des Beschwerdeführers gemäss rheumatologischem Teilgutachten objektiv in ihrer Intensität somatisch nicht vollumfänglich erklärbar werde, sei das Vorliegen einer Schmerzverarbeitungsstörung zu prüfen. Die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren seien aber nicht erfüllt. Gegen die Diagnose spreche eindeutig, dass zum Zeitpunkt des Auftretens keine psychosozialen oder emotionalen Belastungsfaktoren bestanden hätten, welche das Störungsbild ausgelöst hätten. Aktuell könne jedoch davon ausgegangen werden, dass nicht nur die depressive Symptomatik, sondern auch das Schmerzgeschehen durch die psychosozialen Belastungen moduliert würden. Daher liege diagnostisch ein Störungsbild gemäss ICD-10: F54 vor, also psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten. Im Rahmen der Schmerzstörung und als Reaktion auf die multiplen psychosozialen Probleme bestehe sodann eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1; Urk. 8/69/63). Insgesamt schloss Prof. A.____, das psychopathologische Bild werde durch psychosoziale Probleme dominiert und es liege kein invaliden versicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor (Urk. 8/69/64). Unter Bezugnahme auf die Standardindikatoren gelangte er zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aus versicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Die Diskrepanz zur Beurteilung durch den behandelnden Psychiater führte er darauf zurück, dass er, Prof. A.____, die invaliditätsfremden Anteile subtrahiert habe (Urk. 8/69/64-65 und Urk. 8/69/67). Dem nach nannte Prof. A.____ ausschliesslich Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/69/66): - psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54) - mittelgradige depressive Episode bei chronischen Schmerzen und psychosozialen Problemen (ICD-10: F32.1) - psychosoziale Probleme mit/bei: - Problemen in Verbindung mit Ausbildung und Bildung (ICD-10: Z55) - Problemen in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10: Z56) - Problemen in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (ICD-10: Z59) - Anpassungsproblemen bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10: Z60.0) - Schwierigkeiten in der kulturellen Eingewöhnung (Sprachbarriere; ICD-10: Z60.3).

In ihrer interdisziplinären Zusammenfassung vom 7. Juli

2017 gelangten Dr. Z.____ und Prof. A.____ zum Schluss, in den angestammten Tätigkeiten als Mitarbeiter einer Umzugsfirma beziehungsweise als Hilfgipser bestehe seit dem 2. Juni 2014 keine Arbeitsfähigkeit mehr, da diese Tätigkeiten LWS-belastend seien. Eine angepasste Tätigkeit sei jeweils sechs Monate nach den Rückenoperationen vom 6. Juni 2014 und vom 9. November 2015 wieder zu 100% zumutbar gewesen. Angepasst sei eine LWS-schonende Tätigkeit. Dabei könne der Beschwerdeführer Lasten bis zu 12,5 Kilogramm hantieren, was einem leichten bis knapp mittelschweren Belastungsniveau entspreche (Urk. 8/69/1). 3.13

RAD-Arzt Dr. B.____

nahm am 20. Juli 2017 dahingehend Stellung, (Urk. 8/73/11-12), dass die gutachterlichen Schlussfolgerungen nachvollziehbar seien und auf das Gutachten abgestellt werden könne

(Urk. 8/73/12). 4. 4.1

Es ist dem Beschwerdeführer Recht zu geben, dass das Gutachten von Dr. Z.____ eine eingehende Auseinandersetzung mit den zahlreichen Vorakten und dabei im Besonderen mit den anderen ärztlichen Auffassungen zu Diagnosen, Befunden, zum Genesungsverlauf und zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit praktisch gänzlich missen lässt und auch in der Begründung ihrer eigenen Auffassung wenig überzeugend ist. So beschränkte sich Dr. Z.____ bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten auf die Wiedergabe der in den Empfehlungen der Swiss Insurance Medicine (SIM) genannten Auswirkungen von Funktions Einschränkungen der Lendenwirbelsäule. Das von Dr. Z.____ gestützt auf diese abstrakten Ausführungen ermittelte Belastungsprofil (Hantieren von Lasten bis 12,5 kg, leichtes bis knapp mittelschweres Belastungsniveau; Urk. 8/68/64) ist für den konkreten Fall nicht nachvollziehbar, da jegliche Begründung für das postulierte Profil fehlt. Gleiches gilt für die Angabe der Gutachterin, dass der Beschwerdeführer Tätigkeiten mit entsprechendem Belastungsprofil zu 100 % ausüben könne. Dr. Z.____ setzte sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (starke lumbale Schmerzen, oft ausstrahlende Schmerzen in beide Beine, Schmerzen an der rechten Schläfe und Mühe, lange zu stehen; Urk. 8/68/50) nicht auseinander und machte insbesondere keine Ausführungen dazu, weshalb der Beschwerdeführer trotz der erwähnten Beschwerden und den offenbar auch aus ihrer Sicht vorhandenen objektivierbaren Befunden in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sein soll. Solche Ausführungen hätten sich indes aufgedrängt, zumal kein anderer Arzt eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit postuliert hatte.

Bereits spätestens ab

7. Dezember 2014 ging Dr. Z.____ wieder von einer solchen vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bis zur zweiten Operation aus (Urk. 8/68/64). Diese Beurteilung steht im Widerspruch zu jener des Rheumatologen Dr. C.____ vom 13. November 2014, wonach eine klare Funktionsstörung am lumbosakralen Übergang mit lumboradikulärem motorischem Ausfallsyndrom L5 links eine Verlagerung der beruflichen Tätigkeit auf andere Arbeiten verunmöglichte. Bezüglich der nicht mehr zumutbaren Tätigkeiten befand er die angestammte Tätigkeit als Gipser für unzumutbar, aber auch längeres Stehen und Sitzen hielt er für ungünstig (Urk. 8/11/14). Zu dieser abweichenden fachärztlichen Beurteilung nahm Dr. Z.____ nicht Stellung (Urk. 8/68/66). Vielmehr erfolgte die allgemein gehaltene Annahme, dass jeweils sechs Monate nach der Operation wieder eine Arbeitsfähigkeit gegeben sei, und zwar zu 100 %, rein schematisch. Unabhängig davon, ob Dr. Z.____ entsprechend dem Einwand des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7) auf Literaturangaben hätte hinweisen müssen, hätte sie

jedenfalls auf den konkreten Fall und auf die im Widerspruch zu ihrer Annahme stehende Aktenlage Bezug nehmen müssen (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 210/04 vom 23. Dezember 2004 E. 4.2.2 mit Hinweis). Die gesamte damalige Aktenlage deutete darauf hin, dass die Schmerzen glaubhaft und deren Ursachen in Abklärung waren. So wurden mittels MRT-Untersuchung vom 3. November 2014 eine Rezidivhernie L4/5 mit rezessaler Kompression des Nervus L5 rechts, eine Diskushernie L5/S1 sowie eine Protrusion der Bandscheiben L2-4 mit kleiner

Ruptur des Anulus

fibrosus

auf der Höhe L3/4 nachgewiesen (Urk. 8/ 11/5).

Wenig später , vom 1 2. Januar bis 7. Februar 2015, folgte der stationäre Aufenthalt des Beschwerdeführers im F.____ . Dass der Beschwerdeführer auf die dort vorgenommene Infiltration mit einer Schmerz - und Beschwerdereduktion um 30 % sowie mit einer Abnahme der ausstrahlenden Symptomatik ansprach (Urk. 8/28/10), sprach für das klare Vorhandensein objektiver Befunde, welche zu Schmerzen führten. Dementsprechend folgte

die Empfehlung zu einer erneuten Operation (Urk. 8/28/10) , welche Dr. C.____ in seinem Bericht vom 14. Juli 2015 unterstützte (Urk. 8/35/6) . Die Option einer Operation war bereits zuvor andiskutiert worden (Urk. 8/11/2, Urk. 8/11/11, Urk. 8/28/21)

und die Operation in Form der Spondylotomie bei L4/L5 erfolgte dann auch tatsächlich am 9. November 2015 (Urk. 8/41/6).

Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers wurde im Austrittsbericht

des F.____ vom 9. Februar 2015 als für eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit nicht ausreichend erachtet (Urk. 8/28/10). Am 30. März sowie am 14. Juli 2015 hielt Dr. C.____ nach wie vor fest, es gebe zurzeit keine der Behinderung angepasste zumutbare Tätigkeit (Urk. 8/28/5, Urk. 8/28/7 , Urk. 8/35/6). Vor diesem Hintergrund mit all diesen abweichenden fachärztlichen Einschätzungen ist die unbegründete Beurteilung von Dr. Z.____ , der Beschwerdeführer sei während dieses Zeitraums in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen , nicht nachvollziehbar. 4.2

Wesentliche Klärungen zu Zusammenhängen lässt das Gutachten von Dr. Z.____ auch bei der Beurteilung der gesundheitlichen Situation nach der zweiten Operation offen. Dr. J.____ beschrieb einen protrahierten Verlauf nach dieser Operation vom 9. November 2015 (Urk. 8/41/1). Als der Beschwerdeführer am 19. Februar 2016 immer noch über starke, bewegungs- und belastungsabhängige lumbale Schmerzen klagte, welche medikamentös kaum beeinflussbar seien, und er zudem schmerzbedingt hinkte, veranlasste Dr. J.____ erneut bildgebende Untersuchungen (Urk. 8/ 43/1).

Dabei fand er laut seinem Bericht vom 16. März 2016 ein organisches Korrelat in Form von einem grossen Anulus -Riss L5/S1 sowie einer Diskusdegeneration am thorakolumbalen Übergang im Rahmen eines Morbus Scheuermann vor. Er gelangte zum Schluss, die Restschmerzen seien sicher erklärbar, insbesondere mit der Diskuspathologie L5/S1 (Urk. 8/46). Auch im Bericht der K.____ vom 11. April 2016 wurde in der Folge diese Diagnose aufgeführt (Urk. 8/49/4). Allerdings ist dazu festzustellen, dass sich für den medizinischen Laien aus dem MRT-Bericht der Lendenwirbelsäule vom

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

ATSG) sind.

E. 9

00.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 23. November 2017 betreffend Invalidenrente aufgehoben und die Sache an die Sozial

versicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4.

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrWidmer

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