

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00083 vom 9. August 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00083](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00083)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00083 du 9 août 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00083 del 9 agosto 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1966 geborene X.\_\_\_\_, welcher in seinem Heimatland gemäss eigenen Angaben eine Ausbildung als Automechaniker absolviert hatte, reiste 1989 in die Schweiz ein und war ab Mai 2001 als angelernter Bodenleger in einem 100 % -Pensum tätig. Am 4. Juni 2014 (Eingangsdatum) meldete er sich unter Hinweis auf einen am 29. Januar 2013 erlittenen Unfall sowie danach eingetretene Krankheitsfolgen bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/3). Die IV-Stelle zog die Akten der Kollektiv-Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/8, Urk. 7/11-16 und Urk. 7/32-37) sowie der Unfallversicherung bei (Urk. 7/18/1-77 und Urk. 7/39/1-81) und tätigte beruflich-erwerbliche sowie medizinische Abklärungen. Am 26. Januar 2015 gewährte sie dem Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Ausbildungskurses (Urk. 7/44) sowie einer Arbeitsvermittlung (Urk. 7/45). Da sich der Versicherte weder in der Lage fühlte zu arbeiten, noch den Deutschkurs zu besuchen (Urk. 7/49/3), wurden die Eingliederungsmassnahmen mit Mitteilung vom 18. März 2015 abgebrochen (Urk. 7/48). Mit Vorbescheid vom 1. Oktober 2015 kündigte die IV-Stelle an, das Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 7/65). Nachdem der Versicherte, vertreten durch die Sozialen Dienste der Stadt Zürich, mit Eingabe vom 7. Dezember 2015 Einwand erhoben hatte (Urk. 7/71), veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung (Urk. 7/83). Die MEDAS Z.\_\_\_\_ erstattete das Gutachten am 23. September 2016 (Urk. 7/94), wozu sich der Versicherte mit Eingabe vom 30. November 2016 sowie unter Beilage zweier ärztlicher Stellungnahmen

äusserte (Urk. 7/100-101). In der Folge wurde die MEDAS Z.\_\_\_\_

ebenfalls um eine Stellungnahme gebeten, welche sie am 23. August 2017 erstattete (Urk. 7/118). Der Versicherte äusserte sich dazu mit Eingabe vom 15. November 2017 und unter Beilage einer weiteren ärztlichen Stellungnahme (Urk. 7/122 -123). Mit Verfügung vom 5. Dezember 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk. 2 [= Urk. 7/125]).

### **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]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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 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 IVG Versicherte, die: a.

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

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

### **E. 1.3**

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. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4.1**

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. 1.4.2**

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 Darstellung 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**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 22. Januar 2018 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen; eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen und/oder eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) zu veranlassen. In prozessualer Hinsicht wurde die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung beantragt (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Februar 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 1. März 2018 angezeigt wurde. Gleichzeitig wurde sein Gesuch vom 22. Januar 2018 bewilligt und ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, es sei auf das Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ abzustellen. Von der Durchführung einer EFL sei kein weiterer Informationsgewinn zu erwarten, weshalb keine weiteren Abklärungen notwendig seien. Dem Beschwerdeführer sei eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Aus dem Einkommensvergleich, wobei kein Invaliditätsbedingter Leidensabzug vorzunehmen sei, resultiere ein Invaliditätsgrad von 25 %. Damit bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, das MEDAS-Gutachten erfülle die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Gutachten nicht (Urk. 1 S. 7). Der begutachtende Neurologe habe sehr wertende Textpassagen verfasst. Auch die im Gutachten wiedergegebene Ausgangslage sei fragwürdig: Es sei auf die Anfrage an den RAD, ob eine höhere Arbeitsfähigkeit als 80 % möglich sein könnte, hingewiesen worden, da ein Anspruch auf eine Invalidenrente entsprechend abgewiesen würde. Aufgabe der Gutachter sei jedoch nicht, vor dem Hintergrund der rechtlichen Anspruchssituation eine Beurteilung abzugeben, sondern frei und ohne Einfluss von Dritten den Sachverhalt zu prüfen und die Arbeitsfähigkeit sowie das Belastungsprofil zu definieren. Es werde angenommen, dass der Gutachter vor dem Hintergrund der «Rechtslage» diejenige Arbeitsfähigkeit attestiere, welche dem Beschwerdeführer keinen Anspruch auf Invalidenleistungen vermittele (Urk. 1 S. 8). Der behandelnde Arzt Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, habe sodann zu keinem Zeitpunkt mitgeteilt, er sei der Auffassung, der Beschwerdeführer sei zu 80 % arbeitsfähig. Er habe in einem Telefongespräch lediglich mitgeteilt, er sei mit einem Arbeitsversuch von 50 %

einverstanden, allenfalls sei eine Steigerung auf 80 % möglich, dies jedoch im Rahmen der Austestung der Grenzen und nicht als effektives Arbeitspensum. Die Beurteilung der Gutachter basiere auf unwahren respektive falschen Tatsachen. Der Beschwerdeführer leide sodann an enormen Schmerz exazerbationen , selbst bei geringen Einsätzen. Dies werde im Gutachten nicht berücksichtigt . Es sei eine reine Behauptung, wenn der begutachtende Neurologe festhalte, das sehr niedrige subjektiv angegebene Empfinden der Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht sicherlich nicht objektivierbar. Beim Beschwerdeführer sei anlässlich der Begutachtung kein aggravierendes Verhalten festgestellt worden. Der behandelnde Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Neurologie, beurteile die Symptomatik des Beschwerdeführers als kongruent. Der begutachtende Orthopäde beschreibe einen vollkommen anderen Menschen als der begutachtende Neurologe (Urk. 1 S. 9). Der Gutachter (Neurologie) gehe mit keinem Wort auf die Diagnose «segmentale Instabilität bei L4/5 mit breiter Protrusion , differenzialdiagnostisch Pseudoretrolisthesis » ein, dabei sei diese bei der Beurteilung der Belastbarkeit von immenser Bedeutung. Zwei Fachärzte, unter ihnen ein sehr restriktiver Wirbelsäulenchirurg, hätten eine Operation vorgeschlagen, was zeige, dass es sich bei den Beschwerden um solche handle, welche schwerwiegend seien, und dass schwerwiegende Beeinträchtigungen vorlägen (Urk. 1 S. 10). Eine EFL sei sodann dringend notwendig. Dies werde nun auch in der Stellungnahme der MEDAS vom 23. August 2017 unterstützt; auf der letzten Seite werde hingegen eine Notwendigkeit verneint. Die Behauptung des begutachtenden Neurologen, ein lumbales Reizsyndrom klinge üblicherweise nach wenigen Wochen oder maximal wenigen Monaten ab, sei haltlos (Urk. 1 S. 11). Dass keine Reiz- und Ausfallzeichen hätten nachgewiesen werden können, bedeute nicht, dass kein radikuläres Schmerzsyndrom vorliege. Dies komme insbesondere dann vor, wenn der Beschwerdeführer ein gutes Selbstmanagement aufweise und sich der Situation gut anpasse. Der begutachtende Neurologe gehe entgegen sämtlicher Beurteilungen der behandelnden Ärzte davon aus, dass der Beschwerdeführer sogar die angestammte Tätigkeit weiterhin zu 100 % ausüben könne. Diese Einschätzung erweise sich als vollkommen unklar (Urk. 1 S. 12 f.). Beim Einkommensvergleich sei zur Bemessung des Invalideneinkommens auf den Totalwert des Sektors 3, Dienstleistungen, abzustellen und nicht auf den Totalwert im gesamten privaten Sektor (Urk. 1 S. 6 f.). 3.

Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 23. September 2016, welches auf internistischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchungen basiert (Urk. 7/94/1 f.), wurde die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 7/94/18): - Chronisch wiederkehrende Lumbalgien bei degenerativen LWS-Veränderungen, medianer Diskushernie L4/5 mit mässiger zentraler Spinalkanalstenose L4/L5 – CT der LWS vom 10. Dezember 2015, ohne neurale Reiz- oder Ausfallsymptomatik Als Diagnosen ohne wesentliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (Urk. 7/94/19): - Kein Hinweis für persistierende radikuläre Reiz- oder Defizit symptomatik bei chronisch lumbospondylothem

Schmerz syndrom i.R. degenerativer LWS -Veränderungen, medianer Diskushernie L4/5 mit mässiger zentraler Spinalkanalstenose L4/L5

(früher allenfalls denkbar vorüber gehende geringe radikuläre

Affektion L5 rechts, remittiert) - Beginnende degenerative HWS- und BWS-Veränderungen – aktenkundig, anamnestisch aktuell auch auf Befragen von dem Versicherten nicht genannt - Genua vara

- Belastungs abhängige Calcaneodynien bei kleinem dorsalen Fersensporn rechts und bei Spreizfuss beidseits - Status nach ORL-Operationen 1986, 2006. Fronto -Ethmoidektomie , Septumplastik

5. August 2006 - Primäre Hypothyreose (diagnostiziert 2013) unter Substitution - Status nach Schrotschussverletzung, 1982 mit Schrotkörnern im rechten Oberschenkel und rechten Unterarm - Hinweise für zumindest teilweise aggravatorisches Verhalten, Verdeutlichung und negative Antwortverzerrung In der bisherigen Tätigkeit als Hilfsbodenleger wurde dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 0 % seit dem Verhebetrauma vom 29. Januar 2013 attestiert, in einer angepassten Tätigkeit hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (ganz tägig mit 100%iger Leistungsfähigkeit) retrospektiv aus orthopädischer Sicht zeitlich uneingeschränkt . Das Ressourcenprofil wurde wie folgt beschrieben: Idealerweise arbeite der Beschwerdeführer wechselbelastend zwischen Stehen, Gehen und Sitzen, mit überwiegend im Sitzen zu erbringender Arbeit, unter Ausschluss von Nässe, Kälte und Zugluft. Leichtes und gelegentliches mittelschweres Arbeiten seien zumutbar, ein Heben über 15 kg hingegen nur selten . Zu vermeiden seien regelmäßiges mittelschweres Arbeiten und alle schweren körperlichen Tätigkeiten, Tätigkeiten in endgradiger Re- und Inklination in der Halswirbelsäule, lange statische Belastungen der Wirbelsäule, lange Belastung der Wirbelsäule ausserhalb der Körperachse und Wirbelsäulenhaltungsmonotonien

(Urk. 7/94/19).

Die Gutachter hielten in der interdisziplinären Beurteilung sodann fest, die ver sicherungsorthopädische Bewertung decke sich mit der neurologischen Sichtweise und Bewertung. Angesichts der neurologischen Untersuchung und der EMG-Befundlage ( Myotome L5 und S1 untersucht) würden sich keinerlei pathologische Spontanaktivität, aber auch keine erhöhte Polyphasierate zeigen . Eine wesentliche radikuläre , axonale frischere oder mittelfristig manifeste Wurzelkompression könne derzeit somit nicht festgestellt werden. Es bestünden keine relevanten objektivierbaren segmentalen sensomotorischen neurologischen Defizite und keine Reflexauffälligkeiten. Auch aus allgemein internistischer Sicht ergäben sich keine Diagnosen oder Leiden mit Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Wohl würden aber gewisse Inkonsistenzen auffallen. Es bestünden Hinweise für zumindest teilweise aggravatorisches

Verhalten und eine negative Antwort- Verzerrung. Auffallend sei auch die Art, wie mit gewisser dramatisierender Verdeutlichung das Laienmodell bezüglich des Rückenleidens vorgetragen werde . Der Beschwerdeführer stelle sich vor , «die Nerven werden abgedrückt» . Beim Be- und Entkleiden falle zudem auf, dass er den Rücken eher steif halte , statt wie bei Spinalkanalstenose üblich, eher die Entlordosierung , Vorbeugung zu suchen. In Momenten, in denen er sich nicht beobachtet fühle, wirke auch die Beugung durchaus physiologischer. Auffallend und nicht nachvollziehbar sei auch das vom Beschwerdeführer angegebene völlige Unvermögen, bloss ein bis zwei Stunden, an gelegentlichen Tagen, durchzuhalten.

Dies könne in keiner Weise nachvollzogen werden und sei eher und gut vereinbar mit einer erheblichen negativen Antwortverzerrung und einer Erwartungshaltung auf eine Rente; der Beschwerdeführer habe zuvor über zwei Jahre lang Taggeldleistungen bezogen, welche sich fast auf

dem alten Lohnniveau bewegt hätten, was der Beschwerdeführer sogar mit gewissem Stolz berichtet habe. Diskrepanz sei auch, dass der Beschwerdeführer offensichtlich gut in der Lage sei, mit (mit Fotos gezeigten) fast professionell anmutenden Geräten sein Training zu absolvieren. Eine derartige langfristige Arbeitsunfähigkeit seit Januar 2013 könne aus neurologischer Sicht nicht begründet werden. Üblicherweise seien lumbale Reizsymptome allenfalls nach wenigen Wochen oder wenigen Monaten abgeklungen, aber sicher nicht in diesem langwierigen Verlauf. Inkonsistent zu den erhobenen orthopädischen Befunden sei auch die Angabe des Beschwerdeführers, «immer» unter Schmerzen in seiner Lendenwirbelsäule zu leiden. Auch die geschilderten Schmerzintensitäten von VAS 5 bis 10 seien anhand der aktuell zu erhebenden Befunde und angesichts der fehlenden Behandlungsaktivität schwer nachvollziehbar.

Es wäre

anzunehmen, dass der Beschwerdeführer bei den geschilderten Schmerzintensitäten mehr Behandlung suchen würde. Er sei während der länger als eine Stunde dauernden Gesprächssituation ruhig auf dem Stuhl gesessen und erst nach einer Stunde ganz kurz aufgestanden, um sich sogleich wieder ruhig hinzusetzen, ohne dass Zeichen von Schmerzen erkennbar geworden seien (Urk. 7/94/17). 4. 4.1

Das polydisziplinäre

MEDAS- Gutachten vom 23. September 2016 vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1.4.2). So tätigten die Gutachter sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu. 4.2

Im Besonderen ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht die Diagnosen, sondern die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen entscheidend sind (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts 9C\_549/2017 vom 13. Februar 2018 E. 3.3 mit Hinweis).

Es ist sodann Aufgabe des Gutachters, die bei der Bildgebung erhobenen Befunde anhand der Klinik zu überprüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_470/2017 vom 29. Juni 2018 E. 3.2 mit Hinweisen).

Weder der begutachtende Neurologe noch der begutachtende Orthopäde konnten auf den vorgelegten radiologischen Bildern (CT) eine neurokompressiv wirksame Bandscheibenpathologie

erkennen (Urk. 7/94/12 und Urk. 7/94/34). Auch der klinische Untersuchungsergebnis ergab keine akute Pathologie an der Wirbelsäule, was den nachfolgenden Erwägungen zu entnehmen ist. Trotz eingehender Untersuchung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 7/94/11 f. und Urk. 7/94/33 f.) konnte der begutachtende Neurologe keine Hinweise für eine persistierende radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik feststellen (Urk. 7/94/15). Er

führte in schlüssiger Weise aus, im Rahmen der Elektromyographie (EMG) würden sich in keinem der abgeleiteten Muskeln pathologische Spontanaktivitäten nachweisen lassen. Auch seien keine signifikanten Hinweise für eine Polyphasieratenerhöhung feststellbar.

Auffallend seien jedoch teilweise hochamplitudige Potentiale im musculus tibialis

anterior bis 3.5 mV, im musculus

vastus

lateralis bis 2.1 mV und im musculus

gastrocnemius bis 1.9 mV. Insgesamt seien gemäss diesem EMG-Befund somit keine akuten und keine frischeren oder mittelfristigen axonalen

chronisch neurogenen Umbauprozesse objektivierbar. Der Befund sei aber vereinbar mit einem alten, längst abgeschlossenen, chronisch-neurogenen Umbauprozess mit Schwerpunkt in Myotom L4 und insbesondere L5 rechts. Ausmass und Umfang der auffälligen Potentiale seien jedoch gering (Urk. 7/94/12). Aufgrund der Aktenlage könne von einer lumbalen Spinalkanalstenose ausgegangen werden, die durch ein banales Hebetrauma Ende Januar 2013 zu einer akuten lumbalen Reizsymptomatik geführt habe. Es sei aber in keinem der Berichte von einer Claudicatio

spinalis ausgegangen worden, obwohl Dr. C. \_\_\_ von einer «fast totalen» Spinalkanalstenose berichtet habe. Es müsse angenommen werden, dass die funktionale Auswirkung der Spinalkanalstenose doch nicht ganz so erheblich und so «total» gewesen sei, wie es der Befund von Dr. C. \_\_\_ ausdrücke, zumal in den originalen Befundbeschreibungen des LWS-CT eher eine «mässige Stenose» und nicht eine subtotale Stenose beschrieben worden sei. In der klinischen Untersuchung hätten sich keine spezifischen signifikanten sensomotorischen Defizite, speziell keine motorischen und Reflexminderungen, keine Faszikulationen in den L5-Myotomen, gezeigt. Es sei darauf hinzuweisen, dass lumbale Spinalkanalstenosen durchaus häufig in der Bevölkerung auftraten, ohne dass hierbei zwingend eine klinische Symptomatik bestehen müsse, und dass diese oft auch mit leichten Massnahmen wieder zur Kompensation gebracht werden könnten. Richtig sei auch, dass eine allfällige operative Massnahme sehr wohl möglich sei und in aller Regel zu guter Restitution führe, insbesondere bei jungen Versicherten (Urk. 7/94/14). Wenn der begutachtende Neurologe angesichts des erhobenen Befunds zum Schluss gelangte, die vom Beschwerdeführer subjektiv empfundene niedrige Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht nicht objektivierbar (Urk. 7/94/13), lässt sich dies nach dem Gesagten und entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9) nachvollziehen. Auch die Beurteilung des begutachtenden Orthopäden steht dieser Einschätzung nicht entgegen. Er führte aus, eine Blockierung im chirodiagnostischen Sinne oder eine anderweitige akute Pathologie bestände an der gesamten Wirbelsäule nicht. Die paravertebrale Muskulatur der gesamten Wirbelsäule sei nicht verspannt, Schmerzen in der Wirbelsäule seien in der Begutachtung, auch bei komplexen Bewegungsabläufen, nicht erkennbar. Der Beschwerdeführer beklage auch keine Schmerzen bei den Bewegungsprüfungen. Die bekundete Druckempfindlichkeit über dem Lendenwirbel 5 sei so in Zusammenschau mit allen erhobenen körperlichen Untersuchungsbefunden, die die Wirbelsäule betreffend, nicht nachvollziehbar. Auch im Verhalten des Beschwerdeführers vor und die gesamte Zeit nach der Untersuchung fanden sich keinerlei Hinweise auf ein Schmerzgeschehen in der Wirbelsäule.

Der körperliche Untersuchungsbefund betreffend die Wirbelsäule korreliere gut mit dem vorliegenden Bildmaterial. Weder auf den vorliegenden älteren CT-Aufnahmen der HWS,

der BWS und der LWS, noch auf den CT-Aufnahmen der LWS vom Dezember 2015 zeige sich eine neurokompressiv wirkende Bandscheibenpathologie. Diese zuletzt gefertigten CT-Aufnahmen der LWS zeigen eine mässiggradige zentrale Spinalkanalstenose auf Höhe L4/L5. Bildmorphologisch bestehe gesamtwertend ein gering- bis mässiggradiges Degenerationsmuster an der Wirbelsäule. Wegen der Schussverletzung mit verbliebenen Schrotkugeln im rechten Arm des Beschwerdeführers

seien keine MRI-Aufnahmen gefertigt worden. Die CT-Schichtbildgebung zeige jedoch, dass an der gesamten Wirbelsäule nirgendwo eine nachhaltige radikuläre Irritation hinreichend erklärt werden könne. Eine akute Pathologie an der Wirbelsäule sei bei der körperlichen Untersuchung nicht nachzuweisen. Funktionelle Irritationen, wie sie der Beschwerdeführer berichte, mit wechselnder Ausstrahlung zum Bein und in Abhängigkeit der Schmerzen je nach Sitzposition, seien jedoch denkbar. Diese bedingten eine Funktionseinschränkung von Relevanz für die vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübte Tätigkeit eines Bodenlegers.

Passend zu den erhobenen Befunden komme der Beschwerdeführer, nach eigenen Angaben, mit einer sehr mässigen Dosis von Analgetika, hier Dafalgan, aus. Er nehme bis zwei Tabletten Dafalgan 1 g täglich, an manchen Tagen jedoch benötige er diese Schmerztablette gar nicht. Der begutachtende Orthopäde gelange zum Schluss, die vom Beschwerdeführer geschilderte Behandlungsaktivität hinsichtlich seines Wirbelsäulenleidens mit Durchführung von Physiotherapie, selbständiger Gymnastik und mässiger Einnahme von Analgetika stehe stimmig zu den aktuell zu erhebenden orthopädischen Befunden. Medikamente gegen seine Schmerzen benötige er auch nicht täglich. Auch die geschilderte Tagesaktivität sei nicht inkonsistent zu den zu erhebenden orthopädischen Befunden. So berichte der Beschwerdeführer, seinen kleinen Haushalt selbst zu versorgen, täglich spazieren zu gehen und jährlich, etwa zur Zeit des Ramadans, eine Reise in den Libanon zu unternehmen. Inkonsistent zu den erhobenen orthopädischen Befunden sei, dass der Beschwerdeführer angebe, immer an Schmerzen in seiner Lendenwirbelsäule zu leiden. Auch die geschilderten Schmerzintensitäten von VAS 5 bis 10 seien anhand der aktuell zu erhebenden Befunde sowie der fehlenden Behandlungsaktivität schwer nachvollziehbar. Mit anderen Worten sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer bei den geschilderten Schmerzintensitäten mehr Behandlung suchen würde. Sonstige Widersprüche ergäben sich nicht. Die Waddell-Zeichen seien negativ, Verhaltensauffälligkeiten seien nicht festzustellen. Der Beschwerdeführer sei während der länger als eine Stunde dauernden Gesprächssituation ruhig auf dem Stuhl gesessen und habe sich nach einer Stunde ganz kurz erhoben, um sich sogleich wieder ruhig hinzusetzen, ohne dass Zeichen von Schmerzen erkennbar geworden seien (Urk. 7/94/35 f.) . 4.3

Zu den Aufgaben des Gutachters gehört nicht nur, den Befund anhand der Klinik zu überprüfen, sondern auch dessen Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substantiiert darzulegen. Dazu gehören insbesondere ebenfalls Angaben zum beobachteten Verhalten, Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben wie auch Hinweise, die zur Annahme von Aggravation führen könnten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_390/2017 vom 9. November 2017 E. 4.1 mit Hinweisen).

Es ist nicht ersichtlich, welche konkreten Passagen im neurologischen Teilgutachten aus objektiven Gründen den Anschein der Voreingenommenheit zu begründen vermöchten (Urk. 1 S. 8),

oder dass der orthopädische und der neurologische Gutachter einen vollkommen anderen Menschen beschrieben hätten (Urk. 1 S. 9), wie dies vom Beschwerdeführer vorgebracht wurde. Die gutachterlichen Ausführungen erweisen sich als sehr differenziert und in sich schlüssig. Die Gutachter gelangten zudem übereinstimmend zum Schluss, dass die Angaben des Beschwerdeführers zur Schmerzhäufigkeit und insbesondere zur Schmerzintensität sowie zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollzogen werden könnten. Dies vermag angesichts des erhobenen Befundes zu überzeugen. Dass der begutachtende Neurologe zum Schluss gelangte, die angestammte Tätigkeit könne weiterhin zu 100 % ausgeübt werden (Urk. 1 S.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.2**

mit Hinweisen). Vorliegend rechtfertigt sich das Abstellen auf den Bereich «Dienstleistungen» jedoch gerade nicht, war der Beschwerdeführer doch über Jahre hinweg im Bereich «Produktion» tätig. Leichtere Überwachungs- und Kontrolltätigkeiten sind auch im Produktions-Sektor möglich.

Das zur Bemessung des Invalideneinkommens heranzuziehende standardisierte monatliche Einkommen für männliche Hilfskräfte (LSE 2014, TOTAL in der Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Männer) beträgt Fr. 5'312.--. Dieses monatliche Einkommen ist unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41,7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, 2004-2017, TOTAL) auf ein Jahreseinkommen für eine 100%ige Tätigkeit hochzurechnen, was Fr. 66'453.-- ergibt (Fr. 5'312.-- x 12 / 40 x 41,7). Der Beschwerdeführer hat nichts dagegen eingewendet, dass die Beschwerdegegnerin vom Invalideneinkommen keinen Leidensabzug in Anschlag gebracht hat, was mit Blick auf die Aktenlage auch nicht zu beanstanden ist. Selbst wenn aber aufgrund des Belastungsprofils ein maximaler Abzug von 15 % - andere Merkmale (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2), welche einen darüber hinaus gehenden Abzug rechtfertigten, sind nicht aktenkundig - gewährt würde, und das Invalideneinkommen Fr. 56'485.-- (Fr. 66'453.-- x 85 %) betrüge, würde kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren, was aus der nachfolgenden Berechnung hervorgeht. Ein höherer Abzug als 15 % rechtfertigt sich im vorliegenden Fall jedenfalls nicht. 5.4

Bei einem Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 88'300.-- mit einem minimalen Invalideneinkommen von Fr. 56'485.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 31'815.--, was einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet 36 % entspricht. 5.5

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde daher abzuweisen. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 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.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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 1. Juli bis und mit dem 5. 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 Vogel Muraro

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

## **E. 12**

), trifft nicht zu. Dem begutachtenden Neurologen kann überdies

nicht vorgeworfen werden, er sei befangen, wenn er von «fast professionell anmutenden Geräten» berichtet (Urk. 1 S. 7 f.) oder festhält, der Beschwerdeführer zeige eine «negative Antwortverzerrung und eine Erwartungshaltung an eine Rente» (Urk. 1 S. 8). Damit verleiht der Gutachter lediglich seinen Beobachtungen Ausdruck, welche er durchaus auch zu werten hat. Zum Verhalten des Beschwerdeführers hielt der begutachtende Neurologe unter anderem fest, jener wirke etwas verdeutlichend, wenn er insbesondere angebe, selbst leichte Tätigkeiten

nicht mehr ausüben zu können, nicht einmal gelegentlich und stundenweise, ansonsten es zu einer starken Schmerzzunahme komme. Auch in der Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer bei einzelnen, teilweise sehr einfachen Proben doch eher angestrengt gezeigt. Andererseits absolviere er zu Hause offensichtlich durchaus Übungen an einem fast schon professionell wirkenden Gerätepark (Urk. 7/94/11). Zur Befundkonsistenz führte der begutachtende Neurologe aus, die Angabe des Beschwerdeführers

zum Unvermögen, selbst gelegentlich leichte Arbeiten ausführen zu können, könne in keiner Weise nachvollzogen werden und sei eher und gut vereinbar mit einer erheblichen

negativen Antwortverzerrung und Erwartungshaltung auf eine Rente. Er habe über zwei Jahre lang Taggeldleistungen, ungefähr im Umfang des bishe rigen Lohnniveaus, bezogen, was er sogar mit gewissem Stolz berichtet habe (Urk. 7/94/17). Auch der begutachtende Orthopäde wies darauf hin, dass die Schilderungen des Beschwerdeführers zur Schmerzintensität und zu seiner Einschränkung inkonsistent seien (vgl. E. 4.2). Weiter stellen auch die Bemerkungen zur Ausgangslage keinen Hinweis für eine Unvoreingenommenheit der Gutachter dar. Zur Ausgangslage wurde unter anderem festgehalten: « Explizit ist die Frage nach Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeit respektive zumutbares Belastungsprofil zu stellen (intern bei IV-Grad von 20 % in Verweistätigkeit würde eine Viertelrente resultieren, entsprechend kam es an den RAD vormals zur Anfrage, ob eine höhere, als die AF 80

% denn möglich sein könnte, da entsprechend dem dann der Anspruch dann abgewiesen würde, auch zuletzt deswegen unter dieser Berechnung auch abgelehnt wurde, wogegen Einsprache erfolgte) » (Urk. 7/94/16). Damit

wurde der Grund, weshalb sich die Beschwerdegegnerin veranlasst sah, eine Begutachtung anzuordnen, beschrieben. Die Schlussfolgerung des Beschwerdeführers, die Gutachter würden vor diesem Hintergrund diejenige Arbeitsfähigkeit attestieren, welche dem Beschwerdeführer keinen Anspruch auf IV-Leistungen vermittele (Urk. 1 S. 8), geht daher fehl. 4.4

Soweit der Beschwerdeführer auf

Diskrepanzen zwischen der gutachterlichen Beurteilung und derjenigen der behandelnden Ärzte hinweist (Urk. 1 S. 9 ff.), ist in Bezug auf Letztere der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anders lautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). Die Gutachter setzten sich bereits im Gutachten mit den Vorakten

und damit mit den Beurteilungen der behandelnden Ärzte auseinander (Urk. 7/94/13 f. und Urk. 7/94/37 f.). Der begutachtende Neurologe bezog am 23. August 2017 zudem

zu den im Zusammenhang mit seiner gutachterlichen Einschätzung gegen ihn erhobenen Vorwürfen Stellung (Urk. 7/118). Er wandte ein, dass Dr. B. \_\_\_ in seinem Schreiben vom 27. November 2016 (Urk. 7/101/5-8) allgemeine Angaben über allgemeine Beschwerden bei einer Spinalkanalstenose beschreibe. Die Aussagen würden sich auf die radiologischen

Untersuchungen stützen, ohne dass eine Ergänzung mittels eigener klinisch-neurologischer Untersuchungsresultate erfolge. Dr. B.\_\_\_\_ versuche auch nicht, eine Verbindung zur Funktionalität herzustellen. Seine Aussagen seien nicht differenziert genug, um zu erkennen, zu welchen Befunden er Stellung nehmen möchte, und wo er die Einschränkungen des Beschwerdeführers in einer definierten Verweistätigkeit aus seiner Sicht konkret eingeschränkt sehe (Urk. 7/118/2). Dieser Ansicht kann vollumfänglich gefolgt werden. Dr. B.\_\_\_\_ übte in seinem Schreiben vom 27. November 2016 keine substantiierte Kritik am vorliegenden Gutachten und brachte letztlich bloss seine Haltung gegenüber der gutachterlichen Tätigkeit im Allgemeinen zum Ausdruck (« Auch wenn es meines Wissens keine wissenschaftlichen Studien zu diesem Thema gibt, so sind die lauten kritischen Stimmen in der Presse gegen die 'IV-Gutachter' unüberhörbar » [Urk. 7/101/7]). Sodann äusserte sich der begutachtende Neurologe auch zur Kritik von Dr. A.\_\_\_\_. Dieser habe ihm vorgeworfen, eine haltlose Behauptung aufgestellt zu haben, indem er festgestellt habe, dass lumbale Reizsyndrome üblicherweise nach wenigen Wochen oder wenigen Monaten abgeklungen seien und sicher keinen langwierigen Verlauf begründen könnten. Dr. A.\_\_\_\_ vertrete seine eigene Meinung, die er jedoch nicht durch entsprechende evidenzbasierte Informationen evaluieren. Unter Hinweis auf medizinische Literatur machte der Gutachter in der Folge Ausführungen zu spezifischen und unspezifischen Rückenschmerzen und zu Schmerzsymptomaten im Allgemeinen (Urk. 7/118/2-3). Zum Schluss führte der Gutachter aus, dass angesichts der aktuell doch mehrfach aufgefallenen Inkonsistenzen im Rahmen der gutachterlichen Untersuchungen von einer EFL kein Zugewinn an Informationen zu erwarten wäre (Urk. 7/118/4). Auch dieser Schlussfolgerung ist – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 11) – beizupflichten. 4.5

Es erschliesst sich im Übrigen nicht, inwiefern die Aktennotiz im Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberatung – selbst wenn sie sich als unrichtig erweise –

dazu geführt haben sollte, dass die Beurteilung der Gutachter auf unwahre bzw. falsche Tatsachen beruhte, wie dies der Beschwerdeführer vorbringt (Urk. 1 S. 9). Mit Datum vom 13. März 2015 wurde die folgende Aktennotiz festgehalten: «Austausch mit Herr Dr. A.\_\_\_\_ : Angestammt 0 % AF angestammt mindestens 50 % steigernd sicher. Einschätzung 80 % angepasst ist realistisch» (Urk. 7/49/2). Da die Gutachter die Aktennotiz weder in der Aktenanalyse aufführten (Urk. 7/94/4) noch sich bei ihrer Beurteilung darauf stützten, nahmen sie bloss zur Kenntnis, dass die in der Aktennotiz wiedergegebenen Angaben vom Beschwerdeführer im Einwandverfahren bestritten worden waren (Urk. 7/94/4). 4.6

Zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass das Vorbringen des Beschwerdeführers, rein die Empfehlung einer Operation zeige, dass seine Beschwerden schwerwiegend seien (Urk. 1 S. 10), jeglicher medizinischer Grundlage entbehrt. 4.7

Nach dem Gesagten erweist sich die Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten als unbegründet. Er vermag mit seinen Argumenten nicht durchzudringen. Demnach ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Bodenleger nicht mehr zumutbar ist. Eine angepasste Tätigkeit ist, unter Berücksichtigung des Belastungsprofils, hingegen zu 100 % zumutbar. Weitere Abklärungen sind nicht vorzunehmen. 5. 5.1

Da dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist, ist ein Einkommensvergleich durchzuführen (E. 1.3). 5.2

Die Beschwerdegegnerin errechnete aufgrund der Angaben der bisherigen Arbeitgeberin ein Valideneinkommen von Fr. 88'300.-- für das Jahr 2014 (Urk. 2), in welchem ein Rentenanspruch frühestens entstehen könnte (Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG). Dies ist nicht zu beanstanden (vgl. den Arbeitgeberfragebogen vom 21. Oktober 2014 [Urk. 7/27] sowie den Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers vom 25. Juni 2014 [Urk. 7/17]) und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten (Urk. 1 S. 6 f.). 5.3

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens zog die Beschwerdegegnerin die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) für das Jahr 2014 heran und stellte auf den Lohn für Hilfsarbeiten (Zentralwert), Kompetenzniveau 1, ab. Eine Leistungsminderung von 15 % erachtete die Beschwerdegegnerin nicht für ausgewiesen und gelangte so zu einem Invalideneinkommen von Fr. 66'158.40 (Urk. 2). Der Beschwerdeführer machte geltend, aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen bestehe nur ein sehr eingeschränktes Belastungsprofil. Bei den Tätigkeiten gemäss dem Sektor 2 (Produktion) handle es sich grösstenteils um körperlich schwere Tätigkeiten, welche ihm nicht mehr zumutbar seien. Es sei daher auf den Totalwert des Sektors 3 (Dienstleistungen) abzustellen (Urk. 1 S. 6 f.). Die Rechtsprechung wendet in der Regel die Monatslöhne gemäss LSE-Tabelle TA1, Zeile «Total Privater Sektor», an. Nur ausnahmsweise hat das Bundesgericht bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in einem spezifischen Bereich tätig gewesen waren und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt, auf das statistische Durchschnittseinkommen einzelner Branchen abgestellt, wenn dies als sachgerecht erschien, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen (Urteil 8C\_457/2017 vom 11. Oktober 2017 E).

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