

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00140 vom 26. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00140

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00140 du 26 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00140 del 26 giugno 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). 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 aus geglichenen 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

Am 20. April 2011 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an und machte geltend, dass er inzwischen an drei anstatt an zwei Bandscheibenvorfällen leide und sich auch seine psychische Situation verschlechtert habe (Urk. 6/53). Die IV-Stelle holte den Bericht des A.____ vom 7. Juli 2011 (Urk. 6/56)

ein und versuchte mehrfach vergeblich, einen Bericht von Dr. med. B.____, FMH Neurochirurgie, erhältlich zu machen (Urk. 6/57). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 25. Januar 2012, Urk. 6/60, und Einwand vom 7. Februar bzw. 26. März 2012, Urk. 6/61 und Urk. 6/65) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. Juni 2012 (Urk. 6/73)

einen Rentenanspruch. Die dagegen vom Versicherten am 17. Juli 2012 erhobene Beschwerde (Urk. 6/79) hiess das Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2012.00754 vom 14. Januar 2014

(Urk. 6/92) in dem Sinne gut, dass es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache an die IV-Stelle zurückwies, damit diese den Sachverhalt rechts genügend abkläre oder gutachterlich abklären lasse und danach über den Leistungsanspruch des Versicherten neu entscheide.

Daraufhin gab die IV-Stelle beim C.____ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, das am 30. Oktober 2014 erstattet wurde (Urk. 6/108). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 16. Dezember 2014, Urk. 6/109, und Einwand vom 2. Februar 2015, Urk. 6/113) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 5. Juni 2015 (Urk. 6/119) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die dagegen vom Versicherten am

7. Juli 2015 erhobene Beschwerde (Urk. 6/124) hiess das Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2015.00742 vom 16. Dezember 2015 (Urk. 6/126) in dem Sinne gut, dass es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache an die IV-Stelle zurückwies, damit diese ergänzende medizinische Abklärungen vornehme und danach über den Leistungsanspruch des Versicherten neu entscheide.

In der Folge holt die IV-Stelle die Berichte der D.____ vom 25. März 2010 und 17. Februar 2014 sowie der E.____ vom 17. Januar 2008 und 1. Oktober 2009 (Urk. 6/131) ein und gab beim Z.____ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, das am 29. März 2017 erstattet wurde (Urk. 6/149). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 24. Mai 2017, Urk. 6/152, und Einwand vom 14. Juni respektive 2. Oktober 2017, Urk. 6/155 und Urk. 6/163) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 29. Dezember 2017 (Urk. 2) einen Anspruch auf eine Invalidenrente, da eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation des Versicherten seit dem Jahr 2010 nicht ausgewiesen sei.

E. 1.2.1

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

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie 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. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E.

4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.2.3

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Rechtsprechung vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung mitein zubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

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

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. 1.5

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität

der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 2. Februar 2018 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihm eine ganze Invalidenrente auszurichten; eventualiter sei der Invaliditätsgrad ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % (in sämtlichen Tätigkeiten) zu berechnen und es sei ihm eine entsprechende Rente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 14. März 2018 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer am 19. März 2018 angezeigt wurde (Urk. 7).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass nach Erlass des Urteils des Sozialversicherungsgerichts vom 16. Dezember 2015 weitere medizinische Abklärungen vorgenommen und das Gutachten des Z. ___ vom 29. März 2017 in Auftrag gegeben worden sei. Gemäss Z. ___-Gutachten sei aus fachärztlicher Sicht für körperlich andauernd schwere Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. In der bisherigen Tätigkeit als Hilfskraft Bodenleger bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Körperlich leichte bis mittel schwere, angepasste Tätigkeiten seien dagegen vollschichtig realisierbar, wobei weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % bestehe. Die 20%ige Einschränkung sei auf das psychische Leiden zurückzuführen und wirke sich durch einen vermehrten Pausenbedarf aus. Eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation seit dem Jahr 2010 sei nicht ausgewiesen (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, dass die Ärzte des Z.____ im Gutachten vom 29. März 2017 auf keine einzige der vom Sozialversicherungsgericht im Urteil vom 16. Dezember 2015 aufgeworfenen Fragen eingegangen seien. Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie, habe erklärt, dass der Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig sei und er mit der C.____-Gutachterin im Wesentlichen übereinstimme. Dass diese eine 10%ige bis 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erkannt habe, scheine Dr. F.____ also nicht bemerkt zu haben. Im Weiteren hätten die Ärzte des Z.____ auch nach einer bald zehnjährigen Leidensgeschichte des Beschwerdeführers mit durchgehenden ambulanten und mehreren stationären Behandlungen bloss eine leichte depressive Episode festgestellt, das heisse etwas Vorübergehendes. Diese „Rückstufung“ von mittelgradig zu leicht werde aber nicht begründet und scheine gänzlich willkürlich. Ausserdem fehle in diesem Zusammenhang eine Auseinandersetzung mit dem Begriff der anhaltenden bzw. rezidivierenden Störung. Unbeantwortet bleibe auch die Frage, in welchem Verhältnis die psychosozialen Faktoren zur Krankheit an sich stehen und in welchem Ausmass sie die Arbeitsunfähigkeit beeinflussen würden. Die richtige (Haupt-)Diagnose, welche das A.____ im Bericht vom 29. September 2017 mit einer ausführlichen Darstellung der Beschwerden und unter Hinweis auf eine Fremdanamnese (Auskünfte der Schwester des Beschwerdeführers, welche diesen betreue und pflege) gestellt habe, sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom und fraglichen psychotischen Symptomen. Dem Beschwerdeführer sei aufgrund der Einschätzungen zur Arbeitsunfähigkeit des behandelnden Psychiaters (100 % in sämtlichen Tätigkeiten), eventualiter aufgrund der Einschätzungen zur Arbeitsunfähigkeit der C.____-Gutachter vom 30. Oktober 2014 (50 % in sämtlichen Tätigkeiten) antragsgemäss eine Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 11 ff.). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Der rentenverneinenden Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Mai 2010 lag in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das polydisziplinäre Gutachten des Z.____ vom 23. Dezember 2009 zugrunde, in dem die zuständigen Ärzte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellten (Urk. 6/31/17): (1) eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) (2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) (3) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5) - laterale Diskushernie Lendenwirbelkörper (LWK) 4/5 links, breitbasige Diskushernie im foraminale LWK5/ Sakralwirbelkörper (SWK) 1 links, keine Neurokompression (MRI 19. Dezember 2006) - anamnestisch mässiges Ansprechen auf wiederholte lumbale Infiltrationen, u.a. CT-gesteuerte PRT der Nervenwurzel S1 links am 28. Dezember 2006 und 5. Januar 2007 (G.____) - anamnestisch mässiges Ansprechen auf fraktionierte peridurale Infiltration LWK3/4/5/SWK1 vom 16. bis 22. Februar 2007 (Dr. B.____, St. Gallen) - freie Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte des Z.____ (Urk. 6/31/18): (1) ein metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11.9) - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - Dyslipidämie mit ausgeprägter Hypertriglyceridämie

(ICD-10 T78.2) - Übergewicht (BMI 29,5 kg/m² ; ICD-10 E66.0) - Leberfunktionsstörung
(2) anamnestisch Colitis ulcerosa (ICD-10 K51.0)

Die Ärzte des Z.____ erklärten im Rahmen des multidisziplinären Konsensus, dass der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Leistungseinschränkung zu 100 % arbeitsfähig sei. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit durch die Komorbidität von anhaltender somato former Schmerzstörung und leichter depressiver Episode um 20 % vermindert. Zusammengefasst sei er daher aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 80 % arbeits- und leistungsfähig, in einem ganztägigen Pensum verwertbar. Für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe seit Dezember 2006 eine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/31/18-19).

E. 3.2.1

Im Rahmen der Neuanmeldung vom 20. April 2011 (Eingangsdatum) sind im Wesentlichen folgende Beurteilungen aktenkundig:

E. 3.2.2

Die Ärzte des C.____ stellten im Gutachten vom 30. Oktober 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/108/40): (1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.0) (2) eine depressive Episode, mittelgradig (ICD-10 F32.1) (3) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit aktivierter Fazettenarthrose sowie leichter lumboradikulärer Reiz- und sensibler Defizitsymptomatik S1 links bei: - ausgeprägter lumbaler Hyperlordose - Spondylarthrose L3/4, L4/5 und L5/S1, extraforaminaler Diskushernie L3/4 rechts, medianer breitbasiger Diskusprotrusion bis intraforaminal reichend beidseits L4/5 und paramedianer intraforaminaler Diskushernie L5/S1 links (MRI vom 18. Februar 2014) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Ärzte des

C.____ folgende fest (Urk. 6/109/41): (1) ein Diabetes mellitus Typ II (2) eine Dyslipidämie (3) Übergewicht (4) ein Verdacht auf eine arterielle Hypertonie (5) eine Colitis ulcerosa (6) Status nach Refluxoesophagitis I bei axialer Hiatushernie laut Akten (7) ein Verdacht auf eine chronische Bronchitis bei Nikotinabusus (8) eine Fussinsuffizienz bei Pes planus beidseits (9) ein Verdacht auf eine beginnende Polyneuropathie, am ehesten im Rahmen des bekannten Diabetes (10) eine Gonalgie in Remission (11) ein Cervicalsyndrom in Remission Die Ärzte des C.____ gaben im Rahmen der Gesamtbeurteilung an, dass aus orthopädischer Sicht leichte Tätigkeiten im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen, unter Vermeidung von häufigem Bücken, Heben und Tragen von Lasten über 5 kg vollschichtig durchgeführt werden könnten. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor allem durch die mittelgradig ausgeprägte Depression beeinträchtigt. Durch die Komorbidität sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht um 50 % vermindert. Im Vergleich zum Gutachten des Z.____ vom 23. Dezember 2009 bestehe der Eindruck einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands. In jenem Gutachten sei die Depression als leicht eingestuft worden. Aktuell sei jedoch von einer mindestens mittelgradigen Depression auszugehen (Urk. 6/108/42-43).

E. 3.2.3

Das Sozialversicherungsgericht erwog im Urteil IV.2015.00742 vom 16. Dezember 2015 E. 3.2-3, dass die gutachterlichen Darlegungen des C.____ zur Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht nicht nachvollziehbar seien. So hätten die Ärzte des C.____ im Rahmen der Konsenskonferenz angegeben, dass aus orthopädischer Sicht leichte Tätigkeiten im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen, unter Vermeidung von häufigem Bücken, Heben und Tragen von Lasten über 5 kg voll schichtig durchgeführt werden könnten. Auf die im neurologischen Teilgutachten genannte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit um 10 bis 20 % seien sie dabei aber nicht eingegangen. Was die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht betreffe, hätten die Ärzte des C.____ – nebst einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.0) – eine depressive Episode, mittel gradig (ICD-10 F32.1) diagnostiziert. Dies werfe in diagnostischer Hinsicht insofern Fragen auf, als die weiteren Feststellungen im psychiatrischen Teilgutachten des C.____ auf eine anhaltende bzw. rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33) schliessen lassen würden. Im Weiteren gehe aus der Eingabe des Beschwerdeführers vom 2. Mai 2014 hervor, dass er seit der Begutachtung im Z.____ Ende 2009 drei Mal in stationärer Behandlung in der D.____ bzw. der Erwachsenenpsychiatrie in E.____ gewesen sei, letztmals vom 23. Dezember 2013 bis zum 12. Februar 2014. Die entsprechenden Arztberichte zu diesen Aufenthalten seien von der Beschwerdegegnerin aber nicht eingeholt worden, und im Gutachten des C.____ fänden diese stationären Behandlungen auch keine Erwähnung. Dementsprechend bestehe Grund zur Annahme, dass die Beurteilung der Gutachter des C.____ nicht in Kenntnis der vollständigen Anamnese ergangen sei (Urk. 6/126/9-11).

E. 3.2.4

Die Ärzte des Z.____ führten im Gutachten vom 29. März 2017 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an (Urk. 6/149/26): (1) eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) (2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) (3) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5/Z98.8) - Status nach periduraler Infiltration

LWK3/4/5/SWK 1 Februar 2007, Mai 2009 und März 2011 (Dr. B.____, St. Gallen) - Status nach Fazetteninfiltration LWK3/4 rechts August 2010 (Dr. B.____,

St. Gallen) - Status nach mikrochirurgischer dekompressiver Fensterung und Diskektomie LWK5/ SWK1 links am 24. Mai 2016 (Dr. B.____, H.____) - radiologisch keine höhergradige Veränderung an Lendenwirbelsäule, Hüft- und Iliosakralgelenken (Röntgen 15. Februar 2017) Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (Urk. 6/149/27): (1) ein metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ II (ICD-10 E11.9) - aktuell unbefriedigend eingestellt bei HbA1c-Wert von 9.7 % (Norm < 6,3 %) - Verdacht auf beginnende diabetische Polyneuropathie - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - Hyperlipidämie (ICD-10 E78.0) - Leberfunktionsstörung (2) eine Colitis ulcerosa gemäss Unterlagen (ICD-10 K51.0) - aktuell ohne stärkere klinische Beschwerden (3) einen chronischen Nikotinabusus (zirka 20 pack years; ICD-10 F17.1)

Die Ärzte des Z.____ gaben an, dass die leichte depressive Episode und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht um 20 % einschränken würden. Seit dem Z.____-Gutachten vom 23. Dezember 2009 sei es zu keiner längerdauernden Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen. Auch nach dem am 24. Mai 2016 erfolgten Wirbelsäuleneingriff habe spätestens sechs Monate postoperativ wiederum eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für

körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bestanden. Aus polydisziplinärer Sicht könne beim Beschwerdeführer eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 80 % in sämtlichen körperlich leichten bis mittelschweren, adaptierten Tätigkeiten festgestellt werden, vollschichtig realisierbar (Urk. 6/149/27-29).

E. 3.2.5

Die Fachpersonen des A.____ hielten in der Stellungnahme vom 29. September 2017 zum Gutachten des Z.____ vom 29. März 2017 folgende psychiatrischen Diagnosen fest (Urk. 6/162/3): (1) eine rezidivierende Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.2), fragliche psychotische Symptome (2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) (3) eine wahnhaftige Störung (ICD-10 F22.0)

Die Fachpersonen des A.____ erklärten, dass die Beschwerden von den Gutachtern des Z.____ oberflächlich aufgenommen worden seien. Schmerzen, psychische Probleme, Darmprobleme, Albträume, Verfolgungsgefühle, Stimmen und Halluzinationen sei alles, was man erfahre. Aus solchen Beschwerdeaufnahmen seien keine Diagnosen zu stellen. Daher sei nicht einmal die behauptete und aus ihrer Sicht falsche Diagnose einer leichten Depression begründet. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, einen Haushalt ansatzweise selber zu führen bzw. für seine eigene Hygiene zu sorgen. Die Diagnosen würden auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch für angepasste Tätigkeiten hinweisen (Urk. 6/162/2-3). 4. 4.1

Im Rahmen der materiell umfassend zu klären den Frage, ob die vom Beschwerdeführer glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist, stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des Z.____ vom 29. März 2017 (Urk. 6/149). 4.2

Das Gutachten des Z.____ basiert auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen (allgemeininternistisch, orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch) und wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten

abgegeben, insbesondere auch in Kenntnis der von der Beschwerdegegnerin nach Erstellung des C.____-Gutachtens vom 30. Oktober 2014 eingeholten Berichte der D.____ (Urk. 6/131/1-6). Die Ärzte des Z.____ haben detaillierte Befunde erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt. Das genannte Gutachten erfüllt demnach grundsätzlich die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.6). 4.3

Was den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in somatischer Hinsicht betrifft, legten die Ärzte des Z.____ im Wesentlichen dar, dass aus Sicht des Bewegungsapparates, orthopädisch und neurologisch evaluiert, das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom die Arbeitsfähigkeit beeinflusse. Für körperlich andauernd schwere Tätigkeiten mit Zwangshaltungen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Für sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten unter Wechselbelastung bestehe hingegen aufgrund der objektivierbaren Befunde eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das Heben und Tragen von Lasten über 15 kg sollte dabei vermieden werden. Auch nach dem am 24. Mai 2016 erfolgten Wirbelsäuleneingriff

habe spätestens sechs Monate postoperativ wiederum eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten bestanden (Urk. 6/149/27-28). 4.4

Diese Beurteilung der Ärzte des Z. ___ ist angesichts der genannten Befunde und der dazugehörigen Erläuterungen einleuchtend und plausibel.

Hinsichtlich der Begutachtung im C. ___ von 2014 erklärte der Z. ___-Gutachter Dr. F. ___, dass Dr. med. I. ___, FMH Neurologie, damals zusätzlich ein lumboradikuläres Reizsyndrom S1 links genannt habe. Dies allerdings allein gestützt auf die im Dermatom S1 am ausgeprägtesten angegebenen Schmerzen. Zudem habe Dr. I. ___ auch einen beidseitigen Lasègue bei 45° und eine leichte Pallhypästhesie angeführt und den Verdacht auf eine beginnende Polyneuropathie geäußert. Letzteres sei von der aktuellen Untersuchung her zu bestätigen, allerdings finde sich diesbezüglich keine nennenswerte Progredienz. Bei mehrjährigem Diabetes mellitus und bei leichter Pallhypästhesie sei eine beginnende Polyneuropathie denkbar, falle aber funktionell noch nicht ins Gewicht. Mit dem Gutachten von Dr. I. ___ bestehe im Wesentlichen Übereinstimmung. Im Gegensatz zu ihrer Untersuchung finde sich jetzt aber ein beidseits negativer Lasègue und eine strumpfförmige Hypästhesie links, also kein Anhalt für eine radikuläre Störung (Urk. 6/149/25-26). Entgegen den Darlegungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 12) hat sich Dr. F. ___ demnach mit der Beurteilung von Dr. I. ___ auseinandergesetzt und begründet dargetan, weshalb er aus neurologischer Sicht – anders als noch Dr. I. ___ - von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausging. 4.5

Es ist somit festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit aus somatischer Sicht grundsätzlich nach wie vor in einem 100%-Pensum möglich und zumutbar ist (vgl. zur von Dr. I. ___ im Oktober 2014 festgestellten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 10 % bis 20 % die nachfolgende E. 5.4). Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten war indes in den sechs Monaten nach dem Wirbelsäuleneingriff vom 24. Mai 2016 gegeben. 5. 5.1

Was den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht anbelangt, erklärte der Z. ___-Gutachter Dr. med. J. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, dass beim Beschwerdeführer diagnostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen, erhöhte Ermüdbarkeit, leichte Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen mit Alpträumen, Gewichtsabnahme bei wechselndem Appetit und Insuffizienz-

beziehungsweise Schuldgedanken, bestehe. Zudem sei diagnostisch auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gegeben, gekennzeichnet durch ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat bei deutlichen psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren, die sich durch den dadurch hervorgerufenen unangenehmen Affekt auch in den Schmerzen ausdrücken könnten. Der Beschwerdeführer stamme aus der Türkei und habe zwei gescheiterte Ehen hinter sich. Sein Sohn lebe in der Türkei. Er wohne alleine in der Schweiz. Seine beiden in der Schweiz lebenden Schwestern würden ihm viel im Haushalt helfen. Der Beschwerdeführer werde auch sonst viel begleitet. Gegenüber seinen Kollegen fühle er sich schlecht. Er ziehe sich von ihnen zurück, da er nicht mehr arbeite. Es würden Hinweise bestehen auf lebensgeschichtlich frühe Belastungen mit einem aggressiven Vater, der die Mutter des Beschwerdeführers, aber auch die erste Ehefrau geschlagen habe. Der Beschwerdeführer fühle sich rasch verfolgt, höre auch etwas unbestimmte Stimmen, die

seinen Namen rufen würden. Er erwache in der Nacht wegen Alpträumen. Dabei handle es sich um Pseudohalluzinationen, die gegen über echten Halluzinationen weniger leibhaftig seien beziehungsweise nicht mit einem Wahnsystem einhergehen würden und als etwas Abnormes erkannt werden könnten (Urk. 6/149/15). Die Ärzte des Z.____ kamen vor diesem Hintergrund zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in allen seinen Fähigkeiten entsprechenden und aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, realisierbar ganztags mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen (Urk. 6/149/27). 5.2

Auch diese Beurteilung der Ärzte des Z.____ ist angesichts der genannten Befunde und der dazugehörigen Erläuterungen einleuchtend und plausibel, wobei sich in Dr. J.____ Teilgutachten auch Ausführungen zu den versicherungsmedizinischen Fragen respektive Antworten auf die gemäss der neueren bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. E. 1.2) grundsätzlich bei allen psychischen Erkrankungen zu prüfenden Standardindikatoren finden (Urk. 6/149/17-19). Dr. J.____ legte in diesem Zusammenhang unter anderem dar, dass es dem Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben durchaus möglich sei, alleine mit den öffentlichen Verkehrsmitteln in die psychiatrische Behandlung an die A.____ zu gehen. Flugreisen in die Türkei seien ihm zumindest in Begleitung auch möglich. Er lebe nicht völlig isoliert und der Umgebung gegenüber abgestumpft, sondern habe durchaus auch Kontakte. Er besuche zuweilen auch das türkische Kaffee, wobei er dort nicht so lange bleiben könne (Urk. 6/149/18). Insbesondere von einer ausgeprägten gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen kann vorliegend damit nicht gesprochen werden (vgl. E. 1.2.2).

Im Weiteren sind die Gutachter des Z.____ auch auf die vorhandenen psychosozialen und soziokulturellen Faktoren eingegangen und haben diese klar benannt (zwei gescheiterte Ehen, fehlende berufliche Ausbildung, geringe Sprachkenntnisse, jahrelange Arbeitsabstinenz und finanzielle Abhängigkeit vom Sozialamt; Urk. 6/149/15, Urk. 6/149/17 und Urk. 6/149/28). Sie kamen dabei offensichtlich zum Schluss, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen besteht, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, sondern dass eine – wenn auch eher geringgradig ausgeprägte - psychische Störung von Krankheitswert vorliegt (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Unter Bezugnahme auf die nicht schweren Konzentrationsstörungen, die fehlenden allumfassenden negativen Zukunftsperspektiven, den nicht stark verminderten Selbstwert und die täglichen Aktivitäten des Beschwerdeführers hat Dr. J.____ dabei auch überzeugend begründet, weshalb er lediglich von einer leichten depressiven Symptomatik ausging (Urk. 6/149/16). Von einer unbegründeten, willkürlichen „Rückstufung“ der depressiven Episode von mittelgradig zu leicht kann unter diesen Umständen nicht gesprochen werden (Urk. 1 S. 12).

Wie der Beschwerdeführer zutreffend bemerkte (Urk. 1 S. 12), findet sich im Z.____-Gutachten zwar keine Auseinandersetzung mit der Frage, ob vorliegend lediglich von einer depressiven Episode (ICD-10 F32) oder von einer anhaltenden bzw. rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) auszugehen ist. Angesichts der nunmehr unbestrittenermassen bereits seit zehn Jahren bestehenden depressiven Symptomatik meinen die Z.____-Gutachter jedoch zweifellos eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode. 5.3

Die Stellungnahme der Fachpersonen des A.____ vom 29. September 2017 (Urk. 6/162) vermag den Beweiswert des Gutachtens des Z.____ sodann nicht zu erschüttern. Wie sich aus dem Gutachten des Z.____ ohne Weiteres ergibt (Urk. 6/149), wurde der Beschwerdeführer - entgegen der Behauptung der Fachpersonen des A.____ - zu seinen Beschwerden ausführlich befragt und die Diagnosen wurden nachvollziehbar hergeleitet. Ferner ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen,

eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Fachpersonen nachher - wie vorliegend - zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (Urteile des Bundesgerichts 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2, 8C_997/2010 vom 10. August 2011 E. 3.2, 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1).

Zum Umstand, dass die Fachpersonen des A.____ - anders als die Ärzte des Z.____ - bei einer der Schwestern des Beschwerdeführers fremdanamnestische Angaben eingeholt haben (Urk. 6/162/2), ist zu bemerken, dass fremdanamnestische Abklärungen nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung bei der psychiatrischen Begutachtung nicht unerlässlich sind. Eine Fremdanamnese kann zwar eine zentrale Erfahrungsquelle für den Arzt darstellen, allerdings muss sich der medizinische Sachverständige von entsprechenden Erhebungen einen wesentlichen Erfahrungsgewinn versprechen können (Urteile des Bundesgerichts 8C_215/2012 vom 11. Juli 2012 E. 7.4, 9C_482/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1 und I 58/06 vom 13. Juni 2006 E. 2.3). Es liegt also im Ermessen des begutachtenden Psychiaters, ob er es als notwendig erachtet, mit dem behandelnden Psychiater oder etwa Familienmitgliedern Kontakt aufzunehmen oder nicht. Die Ärzte des Z.____ hatten vorliegend jedoch insbesondere Kenntnis der Berichte des A.____ vom 7. März 2011, 17. April 2012 und 27. Mai 2015, der Berichte der D.____ vom 25. März 2010 und 17. Februar 2014 sowie des Gutachtens des C.____ vom 30. Oktober 2014 (Urk. 6/149/3-4) und Dr. J.____ setzte sich damit auch auseinander (Urk. 6/149/16). Es sind daher keine Gründe ersichtlich, die eine Fremdanamnese nahe gelegt hätten. 5.4

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit retrospektiv gab der Z.____-Gutachter Dr. J.____ an, dass im polydisziplinären C.____-Gutachten vom 30. Oktober 2014 eine mit telgradige depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden seien. In diesem Gutachten sei eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit adaptiert attestiert worden, was aufgrund der damals gestellten Diagnosen nachvollzogen werden könne (Urk. 6/149/16).

Auch diese Einschätzung von Dr. J.____ ist aufgrund der im August 2014 im C.____ erhobenen psychiatrischen Befunde (Schmerzen, verlangsamte Bewegungen, depressive und niedergeschlagene Stimmung, Verflachung des Affekts, Einengung auf eigene Probleme, Resignation, Klagen über Sinnlosigkeit des eigenen Daseins, Erinnerungslücken, Suizidgedanken; Urk. 6/108/37) und des damaligen Aktivitätsniveaus (Schlafen bis drei Uhr nachmittags; Urk. 6/108/37) plausibel. Mit Blick auf die nach Erstellung des C.____-Gutachtens vom 30. Oktober 2014 eingeholten Berichte der D.____ kann die

Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands bzw. die aus psychiatrischer Sicht um 50 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten nach dem Beweisgrad der überwiegen den Wahrscheinlichkeit dabei ab dem Zeitpunkt des Eintritts in die (weniger als drei Monate dauernde) stationäre Behandlung in der D. ___ am 17. Dezember 2013 als ausgewiesen gelten (Urk. 6/131/1; die von Dr. I. ___ im C. ___-Gutachten festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 10 bis 20 % aus neurologischer Sicht fällt im Übrigen nicht zusätzlich ins Gewicht). Die behandelnden Ärzte der D. ___ hatten damals eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), Differentialdiagnose: schwergradige depressive Episode festgestellt. Dies, nachdem im Rahmen der vorangegangenen stationären Behandlung in der D. ___ vom 12. bis zum 24. März 2010 noch eine vom Schweregrad her weniger ausgeprägte Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) diag. nostiziert worden waren (Urk. 6/131/4). Entgegen der Aussage der Z. ___-Gutachter im interdisziplinären Konsensus, wonach es seit dem Z. ___-Gutachten vom 23. Dezember 2009 zu keiner längerdauernden Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen sei (Urk. 6/149/28), ist von Mitte Dezember 2013 bis Mitte Februar 2017 (Zeitpunkt der Begutachtung im Z. ___) somit von einer aus psychiatrischer Sicht um 50 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten auszugehen. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

E. 6.2

Vom 24. Mai bis Ende November 2016 bestand – bei 100%iger Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten (vgl. E. 4.5) – eine Erwerbsunfähigkeit von 100 % und damit ein Invaliditätsgrad von 100 % .

E. 6.3.1

Für den Zeitraum vom 17. Dezember 2013 bis Mitte Februar 2017 (den Zeitraum vom 24. Mai bis Ende November 2016 ausgenommen) ergibt sich sodann folgen der Einkommensvergleich:

E. 6.3.2

Da der Beschwerdeführer ab dem 10. Mai 2006 als Hilfsarbeiter/Boden- und Plattenleger bei Y. ___ tätig war, ehe er nach einem Verhebetrauma arbeits unfähig wurde (vgl. Urk. 6/31/10), ist aufseiten des Valideneinkommens vom Lohn bei Y. ___ auszugehen. Dieser belief sich auf brutto Fr. 18.00 pro Stunde zuzüglich Ferien- und Feiertagsentschädigung (Urk. 6/2/4-5). Dieser Lohn ist der seither eingetretenen Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Entwicklung der Nominallöhne, Männer, Total) anzupassen (Fr. 18.00 : 2'014 x 2'204). Multipliziert mit der branchenüblichen Jahresarbeitszeit von 2'158 Stunden (vgl. betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,5 Stunden im Baugewerbe im Jahr 2013, Bundesamt für Statistik, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen; T 03.02.13.01.04.01)

resultiert für das Jahr 2013 ein Jahreseinkommen von Fr. 42'508.55.

E. 6.3.3

Der vom Bundesamt für Statistik im Rahmen seiner periodisch durchgeführten Lohnstrukturerhebung (LSE) ermittelte Tabellenwert betrug im Bereich Baugewerbe im Jahr 2012 monatlich Fr. 5'430.-- (LSE 2012, TA1, Kompetenzniveau 1, Männer). Umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,5 Stunden im Baugewerbe (Bundesamt für Statistik, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T 03.02.03.01.04.01) und angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2013 (Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Entwicklung der Nominallöhne, Männer, Total) ergibt sich ein zur Beurteilung der Unterdurchschnittlichkeit massgebendes Jahreseinkommen von Fr. 68'097.85 (Fr. 5'430.- - : 40 x 41,5 x 12 : 2'188 x 2'204). Demnach erweist sich das vom Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte Einkommen bei einer Differenz von Fr. 25'589.30 (Fr. 68'097.85 - Fr. 42'508.55) als um 38 % unterdurchschnittlich.

Da der Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich nicht „aus freien Stücken“ ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielte, hat eine Parallelisierung um 33 % zu erfolgen (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Rz. 122 ff. zu Art. 28a). Damit resultiert ein parallelisiertes Valideneinkommen von Fr. 63'445.55 (Fr. 42'508.55 : [100 – 33] x 100).

E. 6.3.4

Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihr erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jeden falls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne beigezogen werden (BGE 126 V 76 E. 3b).

E. 6.3.5

Da der Beschwerdeführer keine ihm an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, sind für die Bestimmung des Invalideneinkommens die LSE-Tabellenlöhne heranzuziehen. Der Durchschnittslohn des Kompetenzniveaus 1 belief sich gemäss LSE 2012 (TA1, Total) für Männer auf Fr. 5'210.--. Umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Bundesamt für Statistik, betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T 03.02.03.01.04.01) und angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2013 (Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Entwicklung der Nominallöhne, Männer, Total) ergibt sich ein hypothetischer Jahreslohn von Fr. 65'653.70 (Fr. 5'210.- - : 40 x 41,7 x 12 : 2'188 x 2'204) für ein Pensum von 100 % und ein solcher von Fr. 32'826.85 für das dem Beschwerdeführer noch zumutbare 50%-Pensum. Ein sogenannter leidensbedingter Abzug ist nicht zu gewähren (vgl. BGE 126 V 75).

E. 6.3.6

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 63'445.55

und einem Invalideneinkommen von Fr. 32'826.85

resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 30'618.70 und damit ein Invaliditätsgrad von gerundet 48 % (Fr. 30'618.70 : Fr. 63'445.55), der einen Anspruch auf eine Viertelsrente begründet.

E. 6.4.1

Für die Zeit ab Mitte Februar 2017 ist schliesslich von einem Valideneinkommen von Fr. 63'445.55 und einem Invalideneinkommen von Fr. 52'522.95 (Fr. 65'653.70 x 0,8) auszugehen (auf eine beidseitige Anpassung an die Lohnentwicklung kann verzichtet werden). Ein sogenannter leidensbedingter Abzug ist nicht zu gewähren (vgl. BGE 126 V 75).

E. 6.4.2

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 63'445.55 und einem Invalideneinkommen von Fr. 52'522.95 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 10'922.60 und damit ein nicht mehr rentenbegründender Invaliditätsgrad von aufgerundet 17 % (Fr. 10'922.60 : Fr. 63'445.55).

E. 6.5

Demnach hat der Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2013 bis zum 31. Juli 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente, ab dem 1. August 2016 (drei Monate nach Verschlechterung; Art. 88a Abs. 2 IVV) bis zum 28. Februar 2017 Anspruch auf eine ganze Rente und ab dem 1. März 2017 (drei Monate nach Verbesserung; Art. 88a Abs. 1 IVV) bis zum 31. Mai 2017 (drei Monate nach Verbesserung; Art. 88a Abs. 1 IVV) wiederum Anspruch auf eine Viertelsrente.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung deshalb aufzuheben und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2013 bis zum 31. Juli 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente, ab dem 1. August 2016 bis zum 28. Februar 2017 Anspruch auf eine ganze Rente und ab dem 1. März bis zum 31. Mai 2017 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

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. 8.1

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zu bemessen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie zu einem Drittel (Fr. 200.--) der Beschwerdegegnerin und zu zwei Dritteln (Fr. 400.--) dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

E. 8.2

Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung zu bezahlen, welche in Anwendung von Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 29. Dezember 2017 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2013 bis zum 31. Juli 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente, ab dem 1. August 2016 bis zum 28. Februar 2017 Anspruch auf eine ganze Rente und ab dem 1. März bis zum 31. Mai 2017 Anspruch auf eine Viertelsrente hat.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer zu zwei Dritteln (Fr. 400.--) und der Beschwerdegegnerin zu einem Drittel (Fr. 200.--) auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Peter Bolzli - 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
Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Hurst Kreyenbühl

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