

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00218 vom 25. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00218

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00218 du 25 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00218 del 25 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 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

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. 1.4

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

E. 1.5

). 5.4

Nach dem Gesagten kann auf das Gutachten von Dr. D.____ und Prof. Dr. E.____ vom 23./24. Dezember 2016 abgestellt werden , wonach bei m Beschwerde führer

in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Elektroausrüster BBT, welche als angepasste Tätigkeit gilt, eine 30%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Die Tätigkeit als Hilfsm aurer beziehungsweise Fassadenbauer ist ihm hingegen nicht mehr zumutbar. 6.

E. 2

Der

Versicherte erhob am 1. März 2018 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 6. Februar 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben (S. 1 Ziff. 1) und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen (S. 1 Ziff. 2), von der Auferlegung einer Schadenminderungspflicht sei abzusehen (S. 1 Ziff. 3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 19. April 2018 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 7. Mai 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 10).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, es sei weiterhin davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer behinde rungs angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Die geklagten psychischen Einschränkungen würden als nicht invalidisierend beurteilt (S 1). Gemäss durch geführtem Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 13 % . Aus medizinischer Sicht werde die Tätigkeit als Elektroausrüster als eine den Ein schränkungen angepasste Tätigkeit beurteilt. Diese Beurteilung werde höher gewichtet als die Beurteilung im Schlussbericht der C.____ vom 23.

Mai 2014 (S. 2 oben). Nachweislich habe ein Cannabiskonsum negative Auswirkungen auf eine Depression, damit wäre ein Verzicht diesbezüglich hilfreich. Konkret sei vorliegend Cannabis nicht medizinisch verordnet worden. Nach wie vor lägen noch andere Schmerztherapiemöglichkeiten durch einen Spezialisten offen. Diese seien nicht vollständig ausgeschöpft . Die Äusserungen im Bericht des F.____

vom 12. Juli 2017 bezüglich der Muskelerkrankung seien wider sprüchlich. Die rheumatologische Gutachterin habe das Vorliegen eines Ehlers- Danlos -Syndroms

ausgeschlossen (S. 2 unten) . Da die 70%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gemäss Gutachten aus rein psychiatrischen Gründen bestehe, sei eine Ressourcenprüfung durchgeführt worden. Es sei daher nicht unüblich, dass bei der Schlussbeurteilung von der Beurteilung der Gutachter abgewichen werde. Der Beschwerdeführer verfüge durchaus über gewisse Ressourcen. Die Diagnose einer Persönlichkeitsveränderung sei auch nach erneuter Überprüfung nicht nachvollziehbar. Weiter könne die Diagnose einer inzwischen chronifizierten rezidivierenden Depression mittelgradiger Ausprägung ebenfalls nicht nachvollzogen werden. Dazu lägen im Gutachten keine Befunde vor. Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten lägen aus somatischer und psychiatrischer Sicht keine Diagnosen und Befunde vor, welche eine andere Beurteilung zu begründen vermöchten (S. 3).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, gemäss Gutachten sei er in der zuletzt ausgeübten sowie in adaptierten Tätigkeiten noch 30 % arbeitsfähig . Zur möglichen Prognose werde im Gutachten präzisierend festgehalten, dass eine Besserung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % binnen eines Jahres möglich sei . Die RAD-Ärztin habe schliesslich treffenderweise festgehalten, dass auf das bidisziplinäre Gutachten grösstenteils abgestellt werden könne . Die im Gutachten gestellten Diagnosen würden durch den RAD nicht in Frage gestellt (S. 3). Die Beurteilung der Beschwerdegegnerin sei weder im Sinne der aktuellsten bundesrichterlichen Rechtsprechung, noch entspreche sie einem seriösen und fairen Verfahren . Von einer Schadenminderungspflicht bezüglich psychiatrischer Behandlung sei abzusehen (S. 7 f.). Eine Schadenminderungspflicht in Bezug auf den Cannabiskonsum sei kontraproduktiv und es sei davon abzusehen. Der Cannabiskonsum werde unter dem schmerztherapeutischen Aspekt als hilfreich erachtet . Gemäss Institut für Medizinische Genetik leide er zudem klinisch klar an einer hereditären Bindegewebsschwäche. Diese Beurteilung sei zu würdigen und höher zu gewichten (S. 8 f.). Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass der festgestellte und abgeklärte psychiatrisch begründete Gesundheitsschaden lediglich einen Teil der massiven Beschwerden und Einschränkungen widerspiegeln. Er sei – entgegen der Annahme der nicht-medizinischen Beurteilung - nicht in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu generieren (S. 10) .

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob seit der renten ablehnenden Verfügung vom 16.

Februar 2011 (Urk. 9/44) eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers respektive eine relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist. 3.

3.1

Die Verfügung vom 16. Februar 2011 (Urk.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

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 seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 H. 2 ATSG ,

BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE

141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindern der äusseren Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die

Anerkennung eines renten be gründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislasternde versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1).

E. 6.2

Nach dem Gesagten ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen.

Eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren ist gestützt auf das Gutachten

von Dr. D.____ und Prof. Dr. E.____

sowie die übrigen medizinischen Akten möglich. Weitere medizinische Abklärungen sind demnach

nicht erforderlich.

E. 6.3

Mit Bezug auf den ersten Indikator („Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome“) ergibt sich aus den Gutachten, dass sich die mittelgradige depressive Episode in einer gedrückten Grundstimmung mit Verzweiflungsgedanken, affektlabilem, leidenden und verzweifelterm Verhalten äussere, wobei die Schwingungsfähigkeit sowie das Selbstwertempfinden reduziert seien. Der Beschwerdeführer sei psychomotorisch sowie im Antrieb gemindert und im Denken eingeengt (Urk. 9/180 S. 71).

Aufgrund der Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen drehe sich der Lebensvollzug des Beschwerdeführers ausschliesslich um seine Schmerzen bei sozialem Rückzug, Klagen zu seiner Krankheit, dysphorisch, labiler und gedrückter Stimmung, verminderten Interessen und Vernachlässigung von Freizeitbeschäftigungen. Es bestehe eine vermehrte Durchlässigkeit der Ich-Strukturen (Urk. 9/180 S. 71, S. 75).

Betreffend Funktionseinschränkungen wurde im Gutachten festgehalten, dass die Planung und Strukturierung von Aufgaben und die Durchhaltefähigkeit schwer und die Anpassung an Regeln und Routinen, die Flexibilität und Umstellfähigkeit, die Anwendung fachlicher Kompetenzen, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit, Spontan-Aktivitäten sowie die Verkehrsfähigkeit mittelgradig beeinträchtigt seien (Urk. 9/180 S. 76 f.).

Zum Tagesablauf ist bekannt, dass der Beschwerdeführer zwischen 7.00 und 8.00

Uhr aufstehe, wobei er schmerzbedingt sehr schlecht schlafte und schweissgebadet sowie muskulär verkrampft aufwachte. Er starte meist mit kranken gymnastischen Übungen von zirka 10-15 Minuten, damit er sich überhaupt bewegen könne. Danach nehme er ein Frühstück ein. Am Vormittag mache er Haushaltarbeiten und erledige administrative Angelegenheiten. Er koche sich dann ein Mittagessen und laufe für zirka eine Stunde. Am Nachmittag erledige er Arzttermine und zweimalig in der Woche Physiotherapie. Wenn er zurückkomme, müsse er zirka eine Stunde absitzen. Manchmal mache er sich ein Nachtessen, manchmal bei zu starken Schmerzen verzichte er. Ab und zu lese er oder spiele Gitarre. Zu Bett gehe er meistens zwischen 23.00 und 24.00 Uhr. Manchmal müsse er jedoch bereits früher abliegen (Urk. 9/180 S. 68). Früher habe er gerne Sport gemacht. Aktuell habe er kein spezielles Hobby mehr. Er habe kein gutes soziales Netzwerk (S. 64).

Zum zweiten Indikator („Behandlungserfolg oder -resistenz“) ergibt sich aus dem Gutachten, dass die therapeutischen Optionen bisher nicht ausgenutzt worden seien. So könne die psychiatrische und medikamentöse Therapie durchaus noch intensiviert werden. Darüber hinaus sei auch eine multimodale Schmerztherapie zu empfehlen (Urk. 7/180 S. 76, S. 78).

Als Komorbiditäten sind die Beschwerden der LWS bei einer Osteochondrose L5/S1 und einer Diskusprotrusion L5/S1 mit Kompression der Nervenwurzeln S1, die Luxation und untere Schulterinstabilität sowie die medizinisch nicht dokumentierten, habituellen Luxationen der Schultern, Hüften, Ellbogen und Patella bei mässiger Hypermobilität zu erwähnen (Urk. 9/180/80).

Bezüglich Persönlichkeit wurden Hinweise auf eine Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen mit Rat- und Hilfslosigkeit, Verzweiflung, Niedergeschlagenheit, sozialem Rückzug und einem Lebensmittelpunkt, welcher nur noch durch die Schmerzen bestimmt werde, genannt (Urk. 9/180 S. 71). Eine primäre Persönlichkeitsstörung liege beim Beschwerdeführer nicht vor. Er habe eine unbelastete Kindheit erlebt. Der Beschwerdeführer werde als sehr zuverlässiger, sehr willensstarker und arbeitswilliger Mensch erlebt, der überdurchschnittlich leidensfähig sei (S. 75).

Betreffend den sozialen Kontext ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer alleine lebt und wegen seiner Schmerzen und somatischen Behinderungen keine Partnerschaft mehr eingegangen. Er lebt sozial zurückgezogen (Urk. 9/180 S. 75). Er zeigt zumindest einige Aktivitäten im Tagesablauf mit Versorgung des Haushalts, Erledigung von administrativen Angelegenheiten sowie dem Spazieren gehen (Urk. 9/180 S. 68).

Zu prüfen bleibt der Aspekt der Konsistenz.

Die Einschränkungen im Erwerbsbereich stimmen im Wesentlichen mit denjenigen in den sonstigen Lebensbereichen überein. So nimmt der Beschwerdeführer – abgesehen von seinen Arzt- und Therapieterminen –

praktisch keine

ausserhäuslichen Aktivitäten wahr. Es besteht ein sozialer Rückzug. Als vorhandene Ressourcen ist

die gute Beziehung zu seiner Mutter (Urk. 9/180 S. 62, Urk. 9/178 S. 107) sowie zu einer Kollegin (Urk. 9/180 S. 63) zu erwähnen. Der Beschwerdeführer steht in regelmässiger

psychiatrisch- psych ologischer Behandlung , was auf einen ausgewiesenen Leidensdruck hindeutet. Ob die Psychotherapie zu intensi vieren ist, ist grundsätz lich Sache des behandelnden Psychiaters (vgl. Michael E.

Meier, Zwei Jahre neue Schmerzrechtsprechung, in Riemer-Kafka/ Hürzeler , Das indikatoreorientierte Abklärungsverfahren, Zürich/Basel/Genf 2017, S.

145).

Der Beschwerdeführer wurde als nachvollziehbar leidend und verzweifelt erlebt, wobei keine Hinweise auf Verdeutlichungen , Aggravation oder Simulation bestanden. Es ergaben sich zudem keine Hinweise auf eine Selbstlimitierung oder einen sekundären Krank heitsgewinn (Urk. 9/180 S. 61, S. 74).

E. 6.4

Die abschliessende Würdigung des Beschwerdebildes anhand der Standard indi ka toren ergibt, dass auf die Einschätzung der Arbeits fähigkeit, wie sie sich aus dem Gutachten von Dr. D.____ und Prof. Dr. E.____

ergibt, abgestellt werden kann. Entsprechend besteht in der zuletzt ausgeübten und zugleich angepassten Tätigkeit als Elektroausrüster BBT seit August 2014 eine 3 0%ige Arbeitsfähigkeit , wobei diese innerhalb eines Jahres mutmasslich auf 50 % gesteigert werden könne.

Diese Beurteilung stimmt im Übrigen mit den Ausführungen im Abschlussbericht der C.____ vom 2 3. Mai 2014 (Urk. 9/111) überein, wonach der Beschwer deführer während der Anlehre zum Elektroausrüster BBT in der Lage war, bei einer Tagesarbeitszeit von maximal 5.5 Stunden einen durchschnittlichen Leistungsgrad von 50 % zu erbringen (vgl. auch Verlaufsprotokoll Berufsbera tung vom 1 5. August 2014; Urk. 9/115).

Es bleibt anzumerken, dass die im Gutachten prognostizierte Verbesserung inner halb eines Jahres auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden kann, da es sich um eine in der Zukunft liegende mutmassliche Entwicklung des Gesundheitszustandes handelt. Es obliegt jeden falls der Beschwerdegegnerin eine baldige Revision vorzusehen und zu überprü fen, wie es sich mit der prognostischen Einschätzung der Gutachter verhält.

Gestützt auf das genannte Gutachten ist somit ausgewiesen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Antragstellung im August 2014 in psychiatri scher Hinsicht verschlechtert hat (vgl. Urk. 9/180 S. 78) .

Z u prüfen bleibt , ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu begründen. 7. 7.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen, wo bei der Beschwerdeführer unbestrittenermassen als zu 100 % Erwerbstätige r zu qua lifizieren ist. Somit ist ein Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG in Ver bin dung mit Art. 28a Abs. 1 IVG vorzunehmen. 7 .2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenver siche rung (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 Eingliederungs massnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeits markt lage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Bezie hung ge setzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die b eiden hypothetischen Erwerbs ein kommen ziffern mässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. all gemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hin weisen). 7 .3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahr schein lichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommens ent wicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung ent spricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Aus nahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hin weis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versi cherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom

Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstruktur er heb u ng (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenen - falls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berück sichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundes gerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

7 .4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtspre chung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch her ausge ge benen Lohnstruktur er heb ungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffent lichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenre vi sio nen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Mass gabe der kon kre ten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reich muth , IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hin weisen auf die Rechtsprechung). 7 .5

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Inva li deneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige renten wirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; BGE 128 V 174 ; Urteil e

des Bundesgerichts 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.1 und 9C_22/2014 vom 18. Februar 2014 E. 4.3).

Vorliegend meldete

sich der Beschwerdeführer am 27. August 2014 erneut bei der Invalidenversicherung an und machte eine Verschlechterung geltend (Urk. 9/119) . Ein (hypothetischer) Renten anspruchsbeginn kommt somit frühestens per 1. Februar 2015 in Frage, weshalb die Verhältnisse des Jahres 2015 massgebend sind (vgl.

Art. 29

Abs. 1 IVG). 7.6

Die Beschwerdegegnerin zog im Einkommensvergleich vom 30. März 2017 (Urk. 9 / 181) als Valideneinkommen

den gemäss Bundesamt für Statistik her aus gegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) standardisierten Durchschnittslohn für Männer im Baugewerbe (vgl. Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2014, Kompetenzniveau 1, Ziffer 41-43 Baugewerbe, Männer) von monatlich Fr.

5'507.

heran . Dies wurde zu Recht nicht beanstandet.

Angepasst an die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41.7 Stunden sowie unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung

bei den Männern im Jahr 2015 von 0.3 % ergibt dies ein hypothetisches Valideneinkommen von rund

Fr. 69'099.-- im Jahr 2015 (Fr. 5'507. : 40 x 41.7 x 12 x 1.003). 7.7

Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ist – in Beachtung der geltenden Rechtsprechung (BGE 129 V 472 E. 4.2.1) – auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik her ausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) und dabei auf den standardisierten Durchschnittslohn für Männer in einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Natur in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors (vgl. Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2014 , Kompetenzniveau 1, Total Männer) abzustellen. Angepasst an die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41.7 Stunden sowie unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung

bei den Männern im Jahr 2015 von 0.3 % ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr.

19'995.-- im Jahr 2015 für ein Pensum von 30 % (Fr. 5'312. -- : 40 x 41.7 x 12 x 1.003 x 0.3).

Da keine Hinweise darauf vorliegen, dass nur bei Inkaufnahme einer über die bereits berücksichtigten Einschränkungen hinausgehende Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.1), ist kein zusätzlicher leidensbedingter Abzug zu gewähren.

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 69'099.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 19'995.-- ergibt

eine Einkommenseinbusse von Fr. 4 9 ' 104 .-- und damit einen eine ganze Rente begründenden Invaliditätsgrad von rund 71 %. 7.8

Zusammenfassend ergibt sich, dass in Gutheissung der Beschwerde die Verfügung vom 6. Februar 2018 aufzuheben und festzustellen ist, dass der Beschwerdeführer

mit Wirkung ab 1. Februar 2015 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 8.

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

Der Beschwerdeführer beantragte, es sei von der Auferlegung einer Schadenminderungspflicht abzusehen (Urk. 1 S. 1 Ziff. 3).

Gemäss Art. 43 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Mündlich erteilte Auskünfte sind schriftlich festzuhalten (Abs. 1). Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Abs. 2).

Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Art. 21 Abs. 4 ATSG). Eine Leistungsverweigerung oder – kürzung mit der Begründung, die versicherte Person verweigere eine zumutbare Therapie, die eine wesentliche Verbesserung verspricht, setzt voraus, dass die Beschwerdegegnerin nach Art. 21 Abs. 4 ATSG vorgeht. Die medizinische oder erwerbliche Vorkehr muss geeignet sein, eine erhebliche Minderung des versicherten Schadens zu bewirken. Eines strikten Beweises, die verweigerte Massnahme hätte tatsächlich zum erwarteten Erfolg geführt, bedarf es nicht; vielmehr genügt es, wenn die Vorkehr mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit erfolgreich gewesen wäre (Urteil des Bundesgerichts 9C_391/2016 vom 4. November 2016 E. 3.1). Die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht sind dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (Urteil des Bundesgerichts 9C_82/2013 vom 20. März 2013 E. 3).

Nach der Rechtsprechung kann die Verwaltung auch in einem von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG vorgehen. Sie kann eine Begutachtung anordnen und zur Durchsetzung dieses Abklärungsanspruchs von der Versicherten die Erfüllung der ihr obliegenden Mitwirkungspflicht einfordern. Es muss ihr möglich sein, sie - bei anhaltender Renitenz nach Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens - auch im Sinne von Art. 43 Abs. 3 ATSG durch Leistungseinstellung

zu sanktionieren (Urteil des Bundesgerichts 9C_244/2016 vom 16. Januar 2017 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE 139 V 585 E. 6.3.7.1).

E. 8.2

Mit Schreiben vom 6. Februar 2018 (Urk. 9/198) auferlegte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer eine Schadenminderungspflicht in Form einer verstärkten psychotherapeutischen Behandlung mit Stärkung der Selbstwirksamkeitserfahrung und einer entsprechenden Medikation sowie einer Entwöhnung von Cannabis und Kokain.

Der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. E.____ machte darauf aufmerksam, dass aus psychiatrischer Sicht die Therapie nicht ausgereizt sei. Der Beschwerdeführer

werde derzeit nur mit Mirtazepin (Remeron) behandelt. Dieses Medikament sei ein schlafanstossendes Antidepressivum. Eine multimodale Schmerztherapie und eine verstärkte psychotherapeutische Behandlung mit Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung seien anzulegen (Urk. 9/180 S. 76). Die RAD-Ärztin der Beschwerdegegnerin empfahl sodann die Abstinenz von Kokain und Cannabis (Urk. 9/182/4-5). Hierzu nahmen die behandelnden Ärzte der K.____ mit Schreiben vom 12. Juni 2017 Stellung (Urk. 9/195 S. 3) und führten aus, dass die Empfehlung einer Kokainabstinenz aus ihrer Sicht keine entscheidende Rolle spiele. Zur empfohlenen Cannabisabstinenz führten sie aus, dass es eigentlich als Schmerztherapie optimal wäre, dem Beschwerdeführer medizinisches Cannabis zu verschreiben.

Sie führten weiter aus, dass eine multimodale Schmerztherapie erwogen werden könnte, wobei diese von einem Spezialisten in Bezug auf die speziellen körperlichen Probleme des Beschwerdeführers verordnet werden müsste.

E. 8.3

Nach Lage der Akten wird die von der Beschwerdegegnerin auferlegte Schadenminderungspflicht durch das Gutachten

gestützt und auch von den behandelnden Ärzten nicht ausdrücklich angezweifelt. Es wurden keine nachvollziehbaren Gründe vorgebracht, welche die angeordnete Intensivierung der Therapie sowie die Abstinenz von Kokain und Cannabis als unzumutbar einstufen würden. Nach herrschender Lehre stellen diagnostische oder therapeutische Massnahmen grundsätzlich keine Gefahr für Leben und Gesundheit dar (Ueli Kieser, ATSG Kommentar, 3. Aufl., 2015, N 115 zu Art. 21 ATSG). Dass der

Beschwerdeführer respektive dessen behandelnder Therapeut den Nutzen der infrage stehenden Intensivierung der psychiatrischen Behandlung nicht zu erkennen vermag, macht diese Behandlung nicht unzumutbar (Kieser, a.a.O., N 119 zu Art. 21 ATSG). Ebenso darf vorausgesetzt werden, dass grundsätzlich eine leitliniengerechte Therapie bei einem Facharzt eine Verbesserung hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes zu bewirken vermag. Sollten die Schmerzspezialisten dem Cannabiskonsum des Beschwerdeführers ebenfalls einen entsprechenden therapeutischen Nutzen zuschreiben, könnte dem – wie von den behandelnden Ärzten der K.____ angeführt – mithilfe einer Verschreibung von medizinischem Cannabis im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie Abhilfe geschaffen werden, wobei die Beschwerdegegnerin die Schadenminderungspflicht anzupassen hätte.

E. 8.4

Zusammenfassend besteht vorliegend kein Grund, von der von der Beschwerde gegnerin auferlegten Schadenminderungspflicht abzusehen. 9.

E. 9

/132 S. 2 Mitte). 4.7

Die Ärzte der J.____, Rheumatologie, berichteten mit Aus tritts bericht vom 4. Februar 2015 (Urk. 9/157/15-18) über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 1 3. Januar bis 3. Februar 2015 zur multimodalen rheu ma tologischen Komplexbehandlung. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1 f.): - hochgradiger Verdacht auf Ehlers- Danlos -Syndrom - Blasenentleerungssymptome - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseitig - Reizdarmsyndrom - chronisches Beckenschmerzsyndrom - zervikospondylogenes Syndrom - Ciproxinallergie (Ausschlag)

Sie führten aus, dass sich laborchemisch keinerlei Auffälligkeiten gezeigt hätten. Auch eine Sonographie des Abdomens sowie eine Computertomographie des Thorax hätten einen unauffälligen Befund gezeigt. Der Beschwerdeführer sei in ein multimodales Behandlungsprogramm integriert worden. Leier habe bezüglich der Schmerzen keine relevante Verbesserung erzielt werden können. Aktuell werde der Beschwerdeführer nicht durch einen Psychiater betreut. Er werde sich um einen Termin bemühen (S. 3). 4.8

Die Ärzte der K.____ berichteten am 2 6. Juli 2016 (Urk. 9/169) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10) - Verdacht auf Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80), bestehend seit zirka 10 Jahren

Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer seit Mai 2016 in ambulanter Behand lung bei ihnen sei (S. 2 Ziff. 1.2) . Der Beschwerdeführer sei durch seine Erkrankung somatischer Natur wesentlich eingeschränkt und es sei mit einer Chroni fizierung seiner Depression zu rechnen (S. 3 Ziff. 1.4). Er sei nicht belast bar, zudem bestehe eine verminderte Konzentrationsfähigkeit und eine ein ge schränkte Leistungsfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.7). Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar (S. 3 f. Ziff. 1.7). 4.9

Die Ärzte der F.____, berichteten am 7. November 2016 (Urk. 9/175/4-7) über die genetische Konsultation und Beratung des Beschwerdeführers vom 1 9. Juli 2016 und 2 8. September 201 6. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Verdacht auf Ehlers- Danlos -Syndrom Typ VII/ Arthrochalasie Typ bei - ausgeprägter Hyperlaxizität mit habituellen Luxationen diverser Gelenke - chronischem lumbospondylogem Schmerzsyndrom - chronischem zervikocephalem Syndrom beidseits - Blasenentleerungsstörung / chronischen Beckenschmerzen - Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe - Status nach Inguinalhernienrepair links Dezember 2015 - möglicherweise pathologische Variante im COL1A2-Gen

Sie führten aus, dass beim Beschwerdeführer noch drei weitere Genvarianten mit unklarer Krankheitsrelevanz detektiert worden seien. Zusammenfassend habe auch mittels der weiterführenden Untersuchung keine klare Diagnose gestellt wer den können. Unter den verschiedenen seltenen detektierten Varianten sei am ehesten die COL1A2-Variante als beim Beschwerdeführer krankheitsrelevante Gen ver änderung angesehen w o rden. In Zusammenschau der Befunde sei es wahr scheinlich, dass die detektierte COL1A2-Variante die Ursache für die Auf fällig keiten beim Beschwerdeführer darstelle. Da die detektierte Variante bisher noch nicht als pathogen beschrieben worden sei (zwei Einträge in Daten

bank), sei dies bezüglich jedoch keine sichere Diagnose möglich

(S. 3). 4.10

Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, erstattete ihr rheumatologisches Gutachten am 23. Dezember 2016 (Urk. 9/178) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 28. November 2016. Sie nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 118 Ziff. 9.1):

- verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der Lendenwirbelsäule (LWS) mit - Osteochondrose L5/S1 und Diskusprotrusion L5/S1 mit leichter parazentrale r Kompression der Nervenwurzeln S1 beidseits ohne foraminale Enge - normalen neurologischen und neurophysiologischen Befunden (April 2016)

- Status nach Sturz auf die linke Schulter etwa 1996 mit Luxation und untere Schulterinstabilität mit - intaktem Glenohumeralgelenk, intaktem dorsalen Labrum und verbreitetem Rotatoren-Intervall - medizinisch nicht dokumentierte, habituelle Luxationen der Schultern, Hüften, Ellbogen und Patella bei - mässiger Hypermobilität

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie die folgenden (S. 118 Ziff. 9.2):

- Nikotin-Abusus - Cannabis-Abusus - Kokain-Abusus mit - Nachweis durch die Haaranalyse eines schwachen vereinzelt Kokain-Konsums in der Periode von Mitte Juni 2016 bis Mitte November 2016
- Hypercholesterinämie - Migräne mit Aura - Sigma-Divertikulose - Harnblasenentleerungsstörung - Status nach Inguinalhernien-Operation links am 7. Dezember 2015 bei - Rezidiv-Hernie mit Hernien-Operation als Kleinkind - Osteopenie - diskrete bildgebende Veränderungen der ISG (Erstdiagnose Februar 2009) mit - Mehrsklerose und ödematösen Veränderungen der ISG rechts mehr als links am ehesten entzündlicher Genese

- leichte degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS) mit Diskusprotrusionen und leichter Spinalkanalstenosen C5/6 und leichten Foraminalstenosen C5/6 links und C6/7 beidseits mit - unauffälligen neurologischen und neurophysiologischen Befunden (April 2016) - Cutis

laxa - unklare seltene Variante im COL1A2-Gen mit - molekulargenetischem Ausschluss eines Ehler-Danlos-Syndroms (November 2014)

Sie führte aus, dass intermittierend ein hinkender Gang aufträte, der sich bei Ablenkung normalisierte. Der Fersen- und der

Zehengang seien normal. Alle drei Wirbelsäulenabschnitte (HWS, BWS und LWS) seien normal beweglich. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Das linke Schultergelenk zeige Instabilitätszeichen, jedoch nicht das rechte Schultergelenk (S. 119).

Die CT-Untersuchung der linken Schulter (April 2001) habe ein intaktes Glenohumeralgelenk mit intaktem dorsalem Labrum mit etwas verbreitetem Rotatorenintervall gezeigt. Die beiden Ganzkörper-MRI-Untersuchungen hätten entzündliche Befunde nur im Bereich der ISG, jedoch nicht in den drei Wirbelsäulenabschnitten (HWS, BWS und LWS) gezeigt. Die letzte MRI-Untersuchung der ISG (Februar 2016) habe eine Mehrsklerose und ödematöse Veränderungen an beiden ISG mehr rechts als links gezeigt, die aufgrund der Morphologie eher entzündlicher als mechanisch-reaktiver Ursache seien. Diese bildgebenden Befunde an den ISG seien gering. Der Beschwerdeführer erfülle die modifizierten Klassifikations-Kriterien für die Diagnose einer axialen Spondylarthritidis

(2012) trotz dieser ISG Veränderungen nicht, weil kein sicherer weiterer bildgebender Befund und auch keine zwei weiteren klinischen Befunde (wie Arthritis, Dactylitiden, Uveitis, gute Wirkung von NSAR, HLA B27 - Positivität, eingeschränkte Beweglichkeit der LWS) vorhanden seien. Gegen die Diagnose einer Spondylarthritis spreche insbesondere die fehlende Wirkung von drei verschiedenen TNF Blockern. Da er die modifizierten Klassifikationskriterien nicht erfülle, werde die Diagnose Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew oder axiale Spondylarthritis) nicht gestellt. Die geringen bildgebenden Befunde der ISG hätten keine Auswirkung auf seine Arbeitsfähigkeit (S. 120 oben).

Die MRI -Untersuchung der HWS (Januar 2016) habe leichte degenerative Veränderungen sowie Diskusprotrusionen mit leichter Spinalkanalstenose C5/ C6 und leichten foramina len Stenosen C5/ C6 links und C6/C7 beidseits ergeben. Die neurologische und neurophysiologische Untersuchung (April 2016) habe normale Befunde ergeben.

Die MRI-Untersuchung der LWS (Februar 2016) habe als wesentlichste Befunde eine Osteochondrose L5/ S1 (Modic 1) und eine Diskusprotrusion L5/S1 mit leichter parazentraler Kompression der Nervenwurzeln S1 beidseits ohne foraminale Enge ergeben. Diese bildgebenden Befunde der LWS seien nicht gravierend, den noch hätten sie eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (S. 120 unten).

Zusammenfassend bestünden beim Beschwerdeführer eine verminderte Belastbarkeit der LWS und der linken Schulter sowie medizinisch nicht dokumentierte habituelle Luxationen der Schultern, Hüften, Ellbogen und Patella, die seine Leistungsfähigkeit einschränken würden. Die vorhandenen Befunde würden das Ausmass seiner Beschwerden nicht vollständig erklären. Er könne eine angepasste Tätigkeit zu 100 % ausüben bezogen auf ein Pensum von 100% (S. 121 unten).

Die erlernte Tätigkeit eines Elektroausrusters BBT sei angepasst. Er könne diese Tätigkeit zu 100 % ausüben. Dagegen könne er nicht als Hilfsmaurer beziehungsweise Fassadenbauer arbeiten, da dies körperlich sehr belastende Tätigkeiten seien. Er könne Lasten bis zu 15 kg hantieren. Eine besonders schulterbelastende Tätigkeit habe er nie langandauernd ausüben können, denn die erste Schulterluxation links sei im Alter von 14 Jahren (zirka 1996) aufgetreten (S. 123).

Unklar sei, weshalb der Internist Dr. H. ___ in seiner Stellungnahme vom November 2014 eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % in jeglicher Tätigkeit postuliere. Er habe darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer wegen Gelenkentzündungen seine Tätigkeit reduzieren oder sistieren müsse. Gelenkentzündungen seien beim Beschwerdeführer allerdings weder klinisch noch bildgebend jemals festgestellt worden. Die Ganzkörper-Fluorid- PET/CT-Untersuchung habe keine vermehrten Anreicherungen in sämtlichen Gelenken oder in der Wirbelsäule ergeben, was eine relevante Gelenkentzündung ausschliesse (S. 125). Zur Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde führte Dr. D. ___ aus, dass strukturelle Befunde im Bereich der LWS bestünden, die nicht gravierend seien sowie eine Instabilität des linken Schultergelenks nach einer traumatischen Luxation etwa 1996. Es sei nicht klar, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer an habituellen Luxationen zahlreicher Gelenke leide, denn dazu seien keine medizinischen Berichte vorhanden. Invaliditätsfremd seien sein Drogenkonsum (Cannabis und Cocain; S. 126). Zu

den Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen erhobenen Diagnosen in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen in allen Lebensbereichen führte Dr.

D.____ aus, dass der Nikotin-Abusus und der Drogen-Abusus den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtern würden. Denkbar sei, dass der starke Nikotinabusus seine Rückenschmerzen verschlimmere. Studien würden zeigen, dass Raucher mehr Rückenschmerzen hätten als Nichtraucher (S. 131). Die bisherige Therapie sei *lege artis*.

Zu der Kooperation des Beschwerdeführers könne nichts gesagt werden.

Eingliederungsmassnahmen seien ab sofort zumutbar (S. 132). Es seien wenige Diskrepanzen vorhanden gewesen. Der Beschwerdeführer habe intermittierend einen hinkenden Gang gezeigt, der sich bei Ablenkung normalisiert habe. Zudem habe er falsche Angaben zu seinem Drogen-Abusus gemacht, wie die Haaranalyse ergeben habe. Das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers sei normal. Er nehme die therapeutischen Optionen meist in Anspruch (S. 133). 4.11

Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete sein psychiatrisches Gutachten am 24. Dezember 2016 (Urk.

9/180) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 19. Dezember 2016. Er nannte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 78 lit. E Ziff. 1): - andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen (ICD-10 F62.80) - chronifizierte mittelgradige Depression (ICD-10 F33.8) Er führte aus, dass eine gedrückte Grundstimmung mit Verzweiflungsgedanken den affektiven Zustand des Beschwerdeführers beherrschen würde. Es bestünden keine

Verdeutlichungen, keine Aggravation und keine Simulation in der psychiatrischen Exploration. Der Beschwerdeführer werde als offen und authentisch erlebt (S. 61). Die Auskunftswilligkeit des Beschwerdeführers zu seinem Substanzkonsum sei sehr zäh und widerwillig. Er gebe an, dass er sich nicht genau hierzu erinnern könne. Zunächst teile er mit, dass er nie Drogen konsumiert habe. Auf verstärkte Nachfrage habe er dann die nachfolgenden Angaben gemacht: er konsumiere seit seinem 18. Lebensjahr mit Unterbrüchen Cannabis. Seit seinem 25. Lebensjahr konsumiere er häufiger Cannabis. Es komme zum Konsum von zirka zwei Joints am Tag. Von Kokain bis zum Amphetamin habe er alles probiert, was „gängig“ sei. Der letzte Konsum sei zirka ein Jahr her gewesen (S. 68 Mitte). Gemäss Angaben des Beschwerdeführers werde er ambulant seit dem Jahre 2010 psychotherapeutisch betreut. Er habe keine fachärztlich psychiatrische Behandlung, sondern werde ausschliesslich psychologisch behandelt. Die Frequenz der psychotherapeutischen Explorationen betrage einmalig in drei Wochen (S. 69).

Der Beschwerdeführer nehme während der Untersuchung auf einem ihm angebotenen Sessel Platz, wo er meist auf die Arme abgestützt sitze. Zwei- bis dreimalig stehe er während des Untersuchs auf, um sich zu lockern. Eine bereitgestellte Liege im Untersuchungszimmer nutze er nicht. Zum Untersuchungszeitpunkt liege keine quantitative oder qualitative Bewusstseinsstörung des Beschwerdeführers vor (S. 70).

Der Beschwerdeführer beklage keine Gedächtnisstörungen. In der Untersuchungssituation seien das

Alt-

beziehungsweise Langzeitgedächtnis kursorisch intakt. Es bestehe

kein klinischer Hinweis auf Amnesie, Konfabulationen oder Paramnesien. Der Beschwerdeführer beklage keine Störungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit.

Im Untersuch best ünden keine diesbezüglichen Auffälligkeiten. Während der gut zwei stündigen Explorationszeit komme es zu keinem Abfall der kognitiven Parameter . Er könne dem Untersuchungsverlauf ohne Probleme jeder zeit folgen . Der formale Gedankengang sei im Tempo leicht verzög ert, es bestün den minim verlängerte Antwortlatenze n . In Kohärenz und Stringenz sei das Den ken stark von den chronischen Schmerzen geprägt.

Der Beschwerdeführer

sei nur mässig spürbar und wirke leidend und ver zweifelt. Die Grundstimmung sei gedrückt und die Schwingungsfähigkeit reduziert. Die Vitalgefühle seien gemindert. Das Selbstwertempfinden sei reduziert . Es bestün den Insuffizienzgefühle. Die Psychomotorik sei reduziert und der Antrieb gemin dert. Es bestünden eine Reduktion der Freudfähigkeit und der Interessen sowie ein teilweiser sozialer Rückzug und ein t eilweise schmerzbedingt redu zierter Appetit , eine Störung des sexuellen Antriebs , s chmerzbedingte Schlaf störungen

und Existenzängste. Klinisch fä nden sich Hinweise auf eine Persönlichkeitsände rung bei chronischen Schmerzen mit Rat- und Hilflosigkeit, Verzweiflung, Niedergeschlagenheit, sozialem Rückzug und einem Lebensmittel punkt, welcher nur noch durch die Schmerzen bestimmt w erde (S. 71) .

Das Ergebnis des Urindrogenscreenings steh e im Einklang mit den Angaben des Beschwerdeführers zu seiner Substanz- und Medikamentenanamnese. Es seien zudem die Ergebnisse aus dem rheumatologischen Untersuch hinzugezogen wor den , die bezüglich der Drogenanamnese Diskrepanzen zu seinen Angaben auf ge w i e sen hätten. Entgegen seiner Angabe h abe er in der genannten Periode auch vereinzelt Kok ain konsumiert. In seinem Urin sei entsprechend seiner Angabe auch im rheumatologischen Untersuch Cannabis nachweisbar gewesen (S. 72).

Bei m Beschwerdeführer hätten keine Hinweise auf Verdeutlichungen , Aggra vation oder Simulation bestanden . Es hätten sich aus psychiatrischer Sicht zudem keine Hinweise auf eine Selbstlimitierung oder einen sekundären Krankheits ge winn ergeben. Der Beschwerdeführer sei als nachvollziehbar leidend und verzwei felt erlebt worden (S. 74 unten).

Bezüglich seiner Substanzanamnese sei der Beschwerdeführer n icht ganz offen gewesen . Während er d en Gebrauch von THC angegeben habe , habe er einen offe nbar gelegentlichen Konsum von Kok ain verschwiegen. Die Persönlichkeit des Beschwerdeführers schein e verändert. Der Lebensvollzug des Beschwerde führers dr eh e sich ausschliesslich um seine Schmerzen bei sozialem Rückzug, Klagen zu seiner Krankheit, dysphorisch , labiler und gedrückter Stimmung, ver minderten Interessen und Vernachlässigung von Freizeitbeschäftigungen sowie der Überzeugung durch seine chronische Schmerzkrankheit verändert zu sein, weshalb er sich sozial zurückziehe . Diese Charaktereigenschaften s eien ko mpati bel mit einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen (ICD-10 F62.80).

Eine pr imäre Persönlichkeitsstörung habe beim Beschwerdeführer nicht vor ge le gen . Der Beschwerdeführer habe eine unbelastete Kindheit erlebt. Es sei von einer vermehrten Durchlässigkeit der Ich -S trukturen aus zugehen . Der Beschwer de führer leb e sozial zurückgezogen. Er gehe wegen seiner Schmerzen und somati schen Behinderungen keine

Partnerschaft mehr ein. Der Beschwerdeführer habe aktuell nur noch wenige Ressourcen, auf welche er in seinem aktuellen Gesundheitszustand zurückgreifen könne (S. 75). Aus gutachterlicher Sicht würden die Diagnosen einer inzwischen chronifizierten (seit 2009 nachvollziehbar im Dossier dokumentierten) rezidivierenden Depression mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F 33.8) und einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen (ICD-10

F62.80) bestätigt. Es seien keine Hinweise auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-

E. 9.1

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

69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen

und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 9.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend ist die Prozessentschädigung beim massgeblichen Stundensatz von Fr. 145.-- auf Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

E. 9.3

Bei diesem Ausgang des Verfahrens erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege vom 1. März 2018 (Urk. 1 S. 1 Ziff. 5) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 6. Februar 2018 aufgehoben, und es wird festgesetzt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Februar 2015 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizu legen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchüpbach

E. 10

F 45.41) vorhanden. Hiergegen sprä chen das Fehlen psychosozialer und soziokulture ller Belastungsfaktoren beim Auftreten der chro nischen Schmerzsymptomatik und die Abhängigkeit der subjektiven Schmerz wahrnehmung von diesen Faktoren . Des Weiteren seien die Belastungs abhängig keit der Schmerzen, der variable Schmerzlevel und das Ansprechen einer Schmerz medikation weitere Indizien, die gegen das Störungsbild spr ä chen. Die von der Rheumatologin festgestellten Diskrepanzen im Vergleich der subjektiven Klagen über Schmerzen und den objektiven Befunden, sei en der andauernden Persönlichkeitsänderung zu zuschreiben. Aus psychiatrischer Sicht sei die Thera pie nicht ausgereizt. Der Beschwerdeführer

werde derzeit nur mit Mirtazepin (Remeron) behandelt. Dieses Medikament sei ein schlafanstossendes Anti depressivum. Eine multimodale Schmerztherapie und eine verstärkte psycho the rapeutische Behandlung mit Stärkung der Selbstwirksamkeits erwartung seien anzuregen (S. 76). Zusammenfassend l ä gen erhebliche Fähigkeitsstörungen mit Auswirkung auf die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers infolge der psychiatrischen Störungen vor, die jedoch durch eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung besserungsfähig s eien . In der Abgrenzung der Funktionseinschränkungen, welche auf die Gesundheitsschädigung zurückzu führen s eien, von solchen nicht versicherte n Faktoren, dominier t en krankheits bestimmte Faktoren das psychopathologische Bild. Bei m Beschwerdeführer

sei THC im Urin gefunden worden . Es sei davon auszugehen, dass der THC-Konsum in Selbsttherapie im Zusamm enhang mit den Schmerzen erfolge (sekundär). Auch der gelegentliche Kokainkonsum diene offenbar seiner Stimmungsverbesserung. Es sei von einem sekundären Gebrauch aus zugehen . Zusammenfassend sei der Beschwerdeführer aufgrund seiner psychischen Leiden mit nachfolgenden handi capierenden Fähigkeitsstörungen in der zuletzt ausgeübten und in adap tierten Tätigkeiten nur noch zu 30 %

arbeitsfähig (70% ige Arbeitsun fähigkeit) bezogen auf ein Vollpensum (S. 77 unten) . Das Störungsbild sei seit Antragstellung vo n August 2014 durchgehend und anhaltend bestehend. Eine Besserungsfähigkeit sei durch eine Intensivierung der Therapie mit multimodale r Schmerztherapie und adäquate r psychiatrisch - psychotherapeutische r Behandlung mit positiver Auswirkung auf die A rbeits fä higkeit zu erzielen. Es könne hierdurch eine zumindest 50%ige A rbeitsfähigkeit erreicht werden innerhalb eines Ja hres. Eine solche Behandlung sei dem Beschwerdeführer aus psychiatrisch gutachterlicher Sicht zumutbar (S. 78 oben) . 4.12

Dr. D.____ und Prof. Dr. E.____ führten in der interdisziplinären Zusammenfassung (Urk. 9/180/80) aus, dass der Beschwerdeführer eine Tätigkeit mit gerin ger Belastung des Rückens, der linken Schulter und der Gelenke benötige . Dabei k ö n n e er Lasten bis zu 15 kg hantieren. Die erlernte Tätigkeit eines El ektroaus rüsters BBT sei angepasst. Er k ö n n e diese Tätigkeit zu 30 % ausüben bezogen auf ein Pensum von 100 % . Diese attest ierte Arbeitsunfähigkeit bestehe seit der IV Anmeldung am 2 9. August 201 4. Es sei zu erwarten, dass durch eine Intensi vierung der Therapie mit multimodaler Schmerztherapie und adäquater psychia trisch-psychotherapeutischer Behandlung eine Besserung möglich sei. Dadurch könne innerhalb eines Jahres zumindest eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erreicht werden. 4.13

Dipl. med. L.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Regiona ler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 1 3. Januar 2017 Stellung (Urk. 9/182/4-5) und führte aus, dass auf das bidisziplinäre Gutachten grösstenteils abgestellt werden könne. Die Schlussfolgerungen seien überwiegend nachvollziehbar. Es werde die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht angeraten. Diese sollte über die Empfehlungen des Gutachtens hinausgehen und die Abstinenz von Cannabis und Kokain einschliessen. 4.14

Die Ärzte der K.____ berichteten am 1 2. Juni 2017 (Urk. 9/195) und führten aus, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung nachvollziehbar begründet sei. Das ganze Leben des Beschwerdeführers drehe sich seit langer Zeit darum, auf welche Weise er den Alltag im Zusammenhang mit seinen chronischen Schmer zen meistern könne. Alle körperlichen Tätigkeiten hätten immer wieder Schmer zen zur Folge. Der Beschwerdeführer sei manchmal gefangen zwischen der Wahl nach Ruhe und Aktivität.

Der Beschwerdeführer versuche mit der Dosierung der Schmerzmedikation eine Schmerzmittelabhängigkeit zu vermeiden. Wenn er keine Schmerzen spüre, da er Medikamente genommen habe, dann überlaste er seinen Körper und müsse das später büssen. Er erhalte ein Antidepressivum zur Nacht, was ihn stütze und schlafanstossend sei. Aber wenn er zu tief und zu lange schlafe und sich nicht bewege, dann seien die Schmerzen morgens schlimmer. Der Leidensdruck sei enorm.

Der soziale Rückzug sei massiv. Der Beschwerdeführer müsse sich täglich überle gen, ob er fähig sei, seine Geschäfte zu erledigen. Jede Art von Bewegung bezahle der Beschwerdeführer mit Schmerzen und Erschöpfung. Die im Gutachten erwähnten Tätigkeiten seien vom Beschwerdeführer so selbstverständlich erzählt worden, weil er nicht krank sein wolle und dissimuliere. Prof. Dr. E.____ habe diese Situation fachärztlich erkannt und kommentiert (S. 2).

Kokain sei beim Beschwerdeführer kein Thema. Sie würden auch keine Diagnose im Zusammenhang mit dem seltenen Kokainkonsum stellen (S. 3 oben).

Der Cannabiskonsum wirke sich nicht auf die Leistungsfähigkeit des Beschwer de führers aus. Er leide auch ohne Cannabiskonsum an seinen Gebrechen. Eigent lich wäre es als Schmerztherapie optimal, ihm das Cannabis zu verschreiben. Eine multimodale Schmerztherapie könnte erwogen werden, müsste aber von einem Spezialisten in Bezug auf seine speziellen körperlichen Probleme verordnet wer den. Im weiteren Verlauf werde versucht, mit dem Beschwerdeführer einen gestuften Plan zur medikamentösen Behandlung zu erarbeiten, wahrscheinlich eine Kombination aus antidepressiver und schlaffördernder Medikation. Eine ver stärk t e psychotherapeutische Behandlung sei bei chronifizierten psychiatri schen Störungen oftmals wirkungslos und die Themen der Selbstwirksamkeit

habe der Beschwerdeführer schon genügend durchgespielt und sei immer wieder an seine Grenzen gekommen. Phasenweise sei er mit all seinen Terminen derart überlastet, dass ein weiterer Ausbau weder möglich noch realistisch wäre. Es sei sehr unwahr scheinlich, dass der Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsfähigkeit erreichen könne, obwohl er dies gerne möchte (S. 3).

Die Leistungsfähigkeit und Präsenzzeit des Beschwerdeführers seien wesentlich von der jeweiligen täglichen Schmerzbelastung abhängig, die recht stark fluktuieren. Der Beschwerdeführer sei gewillt zu arbeiten und werde als motiviert wahrgenommen. Ob ein 30%iges Pensum im 1. Arbeitsmarkt im angepassten Bereich tatsächlich konstant geleistet werden könne, sei fraglich beziehungsweise eher optimistisch eingeschätzt. Ein niedriges Pensum im geschützten Arbeitsmarkt wäre bereits ein grosser Erfolg für den Beschwerdeführer.

Der soziale Rückzug sei ausgesprochen gross. Der Beschwerdeführer verbringe die Tage vor allem zu Hause und zwingt sich, sofern es überhaupt möglich sei, seine Termine einzuhalten. Er sei auf keinen Fall zu 100% arbeitsfähig. Diese Beurteilung könne überhaupt nicht nachvollzogen werden (S. 4).

5. 5.1

In Bezug auf den aktuellen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers kann auf die Gutachten von Dr. D.____ und Prof. Dr. E.____

vom Dezember 2016 abgestellt werden. Diese erfüllen die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorstehende E. 1. 4). Sie setzen sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigen insbesondere auch sämtliche bis dahin eingegangenen ärztlichen Untersuchungsberichte. Insgesamt sind

die Gutachten umfassend und vermögen zu überzeugen. 5.2

Es ist gestützt auf die Gutachten von Dr. D.____ und Prof. Dr. E.____ davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht an einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen (ICD-10 F62.80) sowie an einer chronifizierten mittelgradigen Depression (ICD-10 F33.8) leidet, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 70% - bei Intensivierung der Therapie mit multimodaler Schmerztherapie und adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung innerhalb eines Jahres nur masslich noch eine Einschränkung von 50% - in der Tätigkeit als Elektroausrüster BBT bewirken. In somatischer Hinsicht ist im Wesentlichen von einer vermindernden Belastbarkeit und Beschwerden der LWS bei einer Osteochondrose L5/S1 und einer Diskusprotrusion L5/S1 mit leichter parazentraler Kompression der Nervenwurzeln S1 beidseits ohne foraminale Enge, von einem Status nach Sturz auf die linke Schulter mit Luxation und unterer Schulterinstabilität sowie medizinisch nicht dokumentierten, habituellen Luxationen der Schultern, Hüften, Ellbogen und Patella bei mässiger Hypermobilität auszugehen.

Ob dem Beschwerdeführer die Tätigkeit eines Elektroausrusters BBT in rein somatischer Hinsicht tatsächlich zu 100% zumutbar ist, muss mit Blick auf die in psychiatrischer Hinsicht festgestellten Einschränkungen nicht abschliessend beantwortet werden. 5.3

Soweit die behandelnden Ärzte der K.____ – bei welchen der Beschwerdeführer seit Mai 2016 in Behandlung steht (vgl. vorstehend E. 4.8 und E. 4.14) – von einer 100%igen

Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit ausgehen, vermag dies das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen, zumal zwischen ihm und dem Beschwerdeführer eine vergleichbare Vertrauenskonstellation besteht wie zwischen dem Hausarzt und seinem Patienten (vgl. E.

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