

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00350 vom 4. November 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00350](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00350)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00350 du 4 novembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00350 del 4 novembre 2019

## **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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ ATSG ] ). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psy chischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbsein kom men 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 1 8. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose vor aus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weit geh end objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

### **E. 1.3**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, 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; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines renten begründenden 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 an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

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. 1.5**

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 1.6**

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 Neuankündigung 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. 1.7**

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

### **E. 1.8**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 1.9**

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht die selbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E.

4.7).

### **E. 1.10**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 14. April 2018 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei eine interdisziplinäre Begutachtung zu veranlassen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 15. Juni 2018 mitgeteilt wurde. Mit derselben Verfügung wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung mangels Substantiierung abgewiesen (Urk. 9).

#### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die IV-Stelle, gemäss der medizinischen Beurteilung könne aufgrund der Operationen jeweils von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. In einer angepassten Tätigkeit bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsfähigkeit (Urk. 2).

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber im Wesentlichen geltend, seitens der Beschwerdegegnerin werde tatsachenwidrig von einer temporären Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Laut Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2017 seien nach der Hirntumoroperation in der Kleinhirnbrückenwinkelzisterne eine Gleichgewichtsproblematik und Hypästhesieproblematik des Trigeminiernervs links geblieben und bleibe er zu 100 % krankgeschrieben. Sodann seien

im Bericht der Klinik

B.\_\_\_\_ vom 3. April 2017 kognitive Defizite diagnostiziert worden. Des Weiteren bestehe eine mittelgradige depressive Episode (F32.1), die sich mittlerweile chronifiziert habe (Urk. 1). 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 2. Mai 2017 (Urk. 8/69) eingetreten. Es gilt somit zu prüfen, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse im massgebenden Zeitraum zwischen der Verfügung vom 27. Juli 2012

(Urk. 8/61 ),

mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde (bestätigt durch Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 19. September 2013 , Urk. 8/ 66 ) , und der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2018 (Urk. 2), insofern verändert haben, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht ,

bzw. ob diese Frage gestützt auf die vorliegenden Akten überhaupt beurteilt werden kann.

### **E. 3.2**

Die rentenabweisende Verfügung vom 27. Juli 2012 basierte in medizinischer Hinsicht insbesondere auf dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten interdisziplinären Gutachten vom 12. Mai 2011 (Urk. 8/ 36-39 ).

Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt: - Chronisches lumbales, zervikales Rückenschmerzsyndrom bei funktionellen Störungen mit Insertionstendinosen und Myogelosen der paravertebralen Muskulatur, mässiger Segmentdegeneration LWK 4/5, HWK 4 bis 7 (ICD M54.80) - Outlet Impingement des rechten Schultergelenkes bei mässiger Schultergelenksarthrose, Bursitis subacromialis , beginnender Insertionstendinose der Supraspinatussehne und Bizepssehne (ICD M75.4)

Aus psychiatrischer und neurologischer Sicht wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt . Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine subjektiv verminderte Berührungs- und Schmerzempfindung am linken Arm und partiell am Gesicht links (ICD10 R20.8), welche keinem organischen Korrelat zuzuordnen sei, genannt (Urk. 8/36 S. 19) .

Die Gutachter führten aus, der Beschwerdeführer sei im Rahmen der Medas -Abklärung aus orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht untersucht worden. Weder anamnestisch noch aktuell bestünden Hinweise für eine psychiatrische Störung mit eigenständigem Krankheitswert. Insbesondere könne aus psychiatrischer Sicht festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer keine Schmerzverarbeitungsstörung mit eigenständigem Krankheitswert vorliege. Eine depressive Störung bestehe ebenfalls nicht. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit sowie in einer aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeit zu 100 % als arbeitsfähig zu beurteilen.

In der neurologischen Untersuchung hätten keine einem organischen Korrelat zuzuordnenden Pathologien objektiviert werden können. Während der gesamten Anamnese und der körperlichen Untersuchung hätten keine offensichtlichen Bewegungseinschränkungen bestanden. Es sei zu keinen nichtverbalen oder non verbalen Schmerzáusserungen gekommen. Eine neurologische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht festgestellt worden. Insbesondere habe ein sensomotorischer Ausfall, welcher mit dem lumbalen cervico-cephalen Schmerzsyndrom in Zusammenhang zu sehen wäre, nicht ausgemacht werden können. Auch die subjektiv vermindert beschriebenen Berührungs- und Schmerzempfindungen am linken Arm und partiell am Gesicht hätten keinem organischen Korrelat zugeordnet werden können. Demzufolge sei

aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren.

In der orthopädischen Untersuchung seien geringgradige degenerative Veränderungen festgestellt worden. Es bestehe ein chronisches lumbales cervicales Rückenschmerzsyndrom bei funktionellen Störungen mit Insertionstendinosen und Myogelosen der paravertebralen Muskulatur und mässiger Segmentdegeneration LWK 4/5, HWK 4 bis HWK 7 sowie ein Outlet Impingement des rechten Schultergelenks bei mässiger Schulterergelenksarthrose, Bursitis

subacromialis und beginnender Insertionstendinose der Supraspinatussehne und Bizepssehne. Lediglich aufgrund der aus orthopädischer Sicht beschriebenen Diagnosen könne beim Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit eine geringgradige Leistungsminde rung von 10 % attestiert werden, dies aufgrund der Notwendigkeit des Einschaltens schmerzbedingter Pausen. Eine anderweitige erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne jedoch weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit attestiert werden. In einer angepassten mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit bestehe keine Leistungsminderung.

Demzufolge könne aus interdisziplinärer Sicht gestützt auf die orthopädische Beurteilung lediglich in der bisherigen schweren Tätigkeit als Zaubauer eine Leistungsminderung von 10 % attestiert werden. In einer angepassten mittel schweren wechselbelastenden Tätigkeit bestehe jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk.

8/36 S. 23 f.) .

### **E. 3.3**

Die angefochtene Verfügung vom 13. März 2018 stütze sich im Wesentlichen auf die folgenden Berichte:

#### **E. 3.3.1**

Dr. C.\_\_\_\_, FMH Chirurgie und Gefässchirurgie, nannte in seinem Bericht vom 8. Mai 2015 die folgenden Diagnosen (Urk. 8/77 S. 1) : - 6 Monats-Verlaufskontrolle bei Z.

n. Eversionsthrombendarterektomie der A. carotis

interna rechts am 10.10.2014 - Epidermoidzyste im Kleinhirnbrückenwinkel mit atypischer Trigeminus-Neuralgie - bekannte koronare 2-Ast-Erkrankung und Z.

n. PTCA und 2 x Stents (DES) Juni 2013 - arterielle Hypertonie - Hypercholesterinämie

#### **E. 3.3.2**

Am 17. September 2015 wurde die Tumorexstirpation in der Klinik D.\_\_\_\_ durchgeführt (Urk. 8/77 S. 3 f. ; vgl. Urk. 8/85/10-11 )

#### **E. 3.3.3**

Dr. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurochirurgie, nannte in ihrem Bericht vom 28. September 2015 die folgenden Diagnosen (Urk. 8/77 S. 5): - Raumforderung im Bereich des N. trigeminus links, insbesondere W3 durch Verdacht von Epidermoid der Kleinhirnbrückenwinkelzisterne mit Ausdehnung in der oberen

Cisterna

cerebello-medullaris und die rostrale

Cisterna

ambiens (dokumentiert im MRI des Gehirns vom 05.03.2013) - atypische Trigemini-Neuralgie, insbesondere in W2 und W3 links - St. n. Koronarstent (durchgeführt am 02.06.2013 in der Klinik D.\_\_\_\_) - in Doppel-Therapie mit Plavix und Aspirin. - Aspirin und Plavix -Pause seit 22.08.2014 - St. n. Thrombarteriektomie der rechten Carotis

interna im Sept. 2014 - St. n. Kraniotomie zur Entfernung eines Tumors in der posterioren Fossa

epidermoiden Typs am 17.09.2015

Der Beschwerdeführer sei für sechs Wochen nach der Operation 100 % krank geschrieben ( 17. September bis 28. Oktober 2015).

#### **E. 3.3.4**

Im Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 11. März 2016 wurden die folgenden Diagnosen gestellt (Urk. 8/77 S. 7) : - Epidermoid des linken Kleinhirnbrückenwinkels (36 x 20 x 36 mm) - mit atypischer Trigemini-Neuralgie/Hypästhesie links - St. n. retromastoidale osteoplastische Kraniotomie links und weitgehend radikale Exstirpation des Epidermoids im linken Kleinhirnbrückenwinkel am 17.09.2015 - Neuropathologie. Epidermoidzyste - koronare 2-Ast-Erkrankung - subtotale proximale RIVA-Stenose, hochgradige Stenose, hochgradige Stenose PLRCX (Hauptstamm äquivalent) - PCI-Stent-Implantation und PLRCX am 31.05.2013 - erhaltene linksventrikuläre Funktion (EF 75 %) - bei Angina pectoris CCS-Klasse II-III und hochpathologischer Stress-Echokardiographie - hochgradige Abgangsstenose der Arteria

carotis

interna rechts (NASCE T 90 %) mit suffizienter Mediakollateralisation im klinischen Stadium I - St. n. offener TEA der Arteria

carotis

communis und externa rechts

#### **E. 3.3.5**

Am 12. November 2016 wurde ein MR des Schädels und der HWS durchgeführt. Dies ergab Resttumoranteile des Epidermoids linksseitig, zentriert und im Bereich der Cisterna ambiens sowie keine relevanten degenerativen Veränderungen der HWS (Urk. 8/77 S. 9 f.).

#### **E. 3.3.6**

Dr. A.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 28. November 2016 aus, dem Beschwerdeführer gehe es gut. Er habe teilweise ein Taubheitsgefühl in der linken Wange und teilweise auch Schmerzen im 2. und 3. Trigeminusast. Sie erwähnte eine Verbesserung der Gleichgewichtsstörung und eine

totale Verbesserung des ataxischen Ganges. Der MRT-Befund des Gehirns vom 12. November 2016 zeige im Vergleich zum postoperativen CT von 2015 eine stabile Situation ohne Wachstum des kleinen Resttumors in der Cisterna

ambience und keinen Hydrocephalus (Urk. 8/77 S. 12).

### **E. 3.3.7**

Im Bericht des Zentrums

E.\_\_\_\_, Pneumologie, vom 30. Januar 2017 betreffend die ambulante pneumologische Abklärung vom 12. Januar 2017 wurden die folgenden Diagnosen genannt (Urk. 8/77 S. 19) : - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom - koronare 2-Ast Erkrankung - cerebrovaskuläre Verschlusskrankheit - Epidermoidzyste am Kleinhirnbrückenwinkel mit Trigeminal Neuralgie - Urolithiasis links proximal - Arterielle Hypertonie - Adipositas Grad I - Diabetes mellitus, ED: 2016 - Depression mittelschweren Grades seit Jahren

Es wurde ausgeführt, die Polysomnographie habe die Verdachtsdiagnose einer obstructiven Schlafapnoe mit einem AHI von 27.1/h ODI 25.9/h bestätigen können. Die Einleitung einer CPAP-Therapie zur Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms sei in Kürze geplant. In der aktuellen Lungenfunktion bestünden beim Exraucher

normale und statische Lungenvolumina. Die Lungenauskultation sei unauffällig. In der arteriellen Blutgasanalyse falle allerdings eine respiratorische Partialinsuffizienz auf. Ein im Juli 2016 durchgeführtes Röntgenbild zeige neben pleuralen Verkalkungen an der Thoraxwand auch einen unklaren Prozess in der Lungenspitze links, zudem eine streifige Transparenzminderung links basal (Urk. 8/77 S. 20)

### **E. 3.3.8**

Im Bericht der Klinik

B.\_\_\_\_, Psychiatriezentrum F.\_\_\_\_, vom 27. Januar 2017 betreffend die Konsultation vom 24.

Januar 2017 wurde die folgende Beurteilung gemäss ICD-10 vorgenommen (Urk. 8/77 S. 29) : - V.

a. mild cognitive

Impairment (F06.7) - DD leichte Demenz, nicht näher bezeichnet (F03) - DD Pseudodemenz bei mittelgradiger depressiver Episode (F32.1) und V.a. anhaltende Schmerzstörung (F45.2)

### **E. 3.3.9**

Dr. A.\_\_\_\_

hielt in ihrem Bericht vom 16. März 2017 fest, der Beschwerdeführer habe weiterhin teilweise ein Kribbelgefühl in der linken Wange und eine Hypersensibilität auf Kälte im 2. und 3. Trigeminusast. Zudem retro occipitale Kopfschmerzen, welche rezidivierend aufträten. Die Gleichgewichtsstörungen, die präoperativ bestanden hätten, hätten sich deutlich verbessert. Unverändert bestehe eine gute Lebensqualität im Rahmen der Multimorbidität. Aufgrund seiner Multimorbidität sei der Beschwerdeführer aktuell sicher nicht arbeitsfähig (Urk. 8/77 S. 30).

### **E. 3.3.10**

Im Bericht des Zentrums E.\_\_\_\_, Pneumologie, vom 22. März 2017 betreffend die ambulante konsiliarische Untersuchung vom 20. März 2017 wurden die folgenden Diagnosen genannt (Urk. 8/77 S. 31): - Mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom - koronare 2-Gefässerkrankung - zerebrovaskuläre Verschlusskrankheit mit St. N. Thrombarthektomie - Pleuraschwarte links - COPD Gold Stadium I

Es wurde ausgeführt, die nächtliche Überdruckatmung mit 15cmH<sub>2</sub>O würde sämtliche Apnoen zum Verschwinden bringen. Die festgestellte leichte Hypoxämie sei einerseits auf die wahrscheinlich schon vor 20 Jahren entstandene Pleuraschwarte links zurückzuführen, zum Teil aber auch durch eine leichte obstruktive Lungenkrankheit ohne Therapiebedarf, nachdem der Beschwerdeführer jetzt Nichtraucher sei (Urk. 8/77 S.

32).

### **E. 3.3.11**

Im Bericht der Klinik

B.\_\_\_\_, Psychiatriezentrum F.\_\_\_\_, vom 3. April 2017 über die in der Memory Clinic durchgeführte Demenzabklärung wurden die folgenden Diagnosen genannt (Urk. 8/77 S. 35): - Kognitive Einschränkungen bei - mittelgradiger depressiver Episode (F32.1) - anhaltender Schmerzstörung bei St. n. Epidemoidalzyste mit persistierenden neuralgieformen Schmerzen - obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom - Status nach Epidemoidalzyste, Entfernung am linken Kleinhirnbrückenwinkel (September 2015) mit atypischer Trigeminusneuralgie/Hypästhesie links und persistierenden neuralgieformen Schmerzen im linken Trigeminusversorgungsbereich - koronare Zweifesselkrankung (Status nach PLPCX und zweifacher PCI-Stent 6/2013) - zerebrovaskuläre Verschlusskrankheit mit hochgradiger Abgangsstenose der Arteria

carotis

interna rechts, 10/2014 Thrombarteriektomie ACI rechts und Rekonstruktion - arterielle Hypertonie - Adipositas Grad I - Hypercholesterinämie - Diabetes mellitus, ED 2016 - Schlafapnoe-Syndrom, ED 2017 - Vitamin D- Mangel

Es wurde ausgeführt, obwohl sich in mehreren kognitiven Bereichen Defizite zeigten, würde die Kriterien eines demenziellen Syndroms trotz der eigen- und fremdanamnestischen Angaben mit hohem Funktion

Activities

Questionnaire (F AQ)/I-ADL-Score von 20/30 Pkt. aktuell als nicht erfüllt erachtet. Dies werde auch durch die unauffällige Bildgebung untermauert.

Ätiologisch- pathogenetisch seien die kognitiven Defizite schwierig einzuordnen. Es sei am ehesten von einer multifaktoriellen Ätiologie auszugehen:

im Rahmen einer wahrscheinlich mittel gradigen depressiven Episode (Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Exekutiv funktionsdefizite typisch), des kürzlich erst diagnostizierten Schlafapnoe-Syndroms bei generell schlechtem Schlaf und folglich erhöhter Tagesmüdigkeit und möglicherweise im Rahmen der persistierenden neuralgieformen Schmerzen bei St. n. Epidemoidalzyste (Urk. 8/77 S. 38 = Urk. 8/88 S.

6).

### **E. 3.3.12**

Dr. A.\_\_\_\_

führt e in ihrem Bericht vom 13. Juni 2017 zuhanden des Sozialamtes aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 5. März 2013 bis heute zu 100 % arbeitsunfähig. Er habe eine schwere Schwindelproblematik und ein konstantes Trigeminus-Neuralgie-Gefühl und

könne sich nicht mehr als ein bis zwei Stunden mit einer Aktivität beschäftigen. Er brauche eine 100% ige IV-Rente, weil nach der Hintumoroperation in der Kleinhirnbrückenwinkelzisterne eine Gleich gewichtsproblematik und eine Hypästhesieproblematik des Trigemiusnervs links geblieben sei. Er sei polymorbid. Er sei am 2. Juni 2013 in der Klinik D.\_\_\_\_ mittels Koronarstent -Implantation behandelt worden und er sei in chronischer Therapie mit Plavix und Aspirin, so dass eine Tätigkeit mit Unfallgefahr ein Risiko darstelle (Urk. 8/82 = Urk. 8/88 S. 2 ).

### **E. 3.3.13**

Am 31. Oktober 2017 wurde eine 3-Phasen-Skelettszintigrafie durchgeführt. Diese ergab fokale Mehranreicherungen im Bereich mehrerer Fingergelenke und im Grosszehengrundgelenk rechts, vereinbar mit arthrotischen Veränderungen im Sinne einer Po 1 yarthrose , und s zintigrafisch keine Hinweise für Arthritis (Urk. 8/85 S. 9).

### **E. 3.3.14**

Dr. G.\_\_\_\_ , FMH Allgemeine Innere Medizin, nannte in ihrem Bericht vom 3. November 2017 zuhanden der IV-Stelle die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/85 S. 1) : - Epidermoidzyste am Kleinhirnbrückenwinkel mit Trigemius Neuralgie - Adipositas Grad I - kognitive Einschränkungen bei - mittelgradiger depressiver Episode (F32.1) - anhaltender Schmerzstörung bei St. n. Epidmoidalzyste mit persistierenden neuralgi formen Schmerzen - obstruktivem Schlafapnoe-Syndrom - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit - unspezifischen generalisierten Schmerzen

Dr. G.\_\_\_\_ führte aus , Schmerzen im Gesicht hätten zur Diagnose eines Kleinhirnbrückenwinkeltumors geführt. In den präoperativen Abklärungen seien eine Carotisstenose und eine KHK festgestellt worden, die beide interventionell angegangen worden seien. Nach einer entsprechenden Wartezeit wegen der Antiaggregationstherapie sei der Kleinhirnbrückentumor im September 2015 operiert worden. Seither klagt der Beschwerdeführer persistierend über neuralgiforme Schmerzen im Bereich der Wange links. Funktionseinbussen lägen keine vor. Wegen Gelenkschmerzen sei in der letzten Woche eine ergänzende Abklärung durchgeführt worden, die eine leichte Arthrose im Bereich der Finger und der rechten Grosszehengrundgelenke gezeigt habe.

Die Prognose sei ungünstig , rein von der psychosozialen Struktur und der Persönlichkeitsstruktur her werde der Beschwerdeführer nicht mehr arbeiten, obwohl eine leichte Arbeit somatisch absolut vertretbar wäre. Die eingeleitete psychiatrische Therapie sei nicht umgesetzt worden. Durch die Adipositas und die generalisierten Schmerzen sei eine Trägheit und Antriebslosigkeit entstanden, welche mit dem Tempo einer Arbeitsstelle nicht vereinbar sei. Es bestünden eine Verlangsamung und eine kognitive Einschränkung durch Schmerzen und Depression. Der Wille einer Änderung und für die Arbeit sei nicht vorhanden ( Urk. 8/85 S. 3 f.)

### **E. 3.3.15**

RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in ihrer Stellungnahme vom 14. Dezember 2017 aus, seit 2010 seien häufige Infekte der Luftwege aufgetreten, die jeweils problemlos abgeheilt seien. Bei linksseitigen Gesichtsschmerzen sei im März 2013 als Ursache ein Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel mit Druck auf den N. Trigemius gefunden worden. Während der

Vorbereitung zur Operation seien zunächst eine KHK und eine Carotisstenose behandelt worden. Im Juni 2013 seien ein Stenting bei koronarer Herzkrankheit und am 10. Oktober 2014 eine Operation bei Carotisstenose durchgeführt worden mit unauffälligem Befund bei der postoperativen Kontrolle. Am 17. September 2015 sei der gutartige Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel entfernt worden. Die CT-Kontrolle habe regelrechte Befunde postoperativ ergeben. Dr. A.\_\_\_\_ habe am 28. September 2015 eine Verbesserung des Taubheitsgefühls im Trigeminiusbereich links mit normalem Gefühl im Gesicht berichtet. Der anfangs ataktische Gang habe sich ebenfalls gebessert. Am 16. März 2016 habe die Klinik D.\_\_\_\_ weiterhin eine Hypästhesie (vermindertes Empfinden) im Trigeminiusbereich berichtet. Seitens der geklagten Beschwerden im Gesicht lägen laut Dr. G.\_\_\_\_ keine Funktionseinbußen vor. Der von Dr. G.\_\_\_\_ mitgeteilte klinische Untersuchungsbefund sei unauffällig. Dr. G.\_\_\_\_ habe berichtet, dass der Beschwerdeführer die eingeleitete psychiatrische Therapie nicht wahrgenommen habe. Sie habe beurteilt, dass eine körperlich leichte Arbeit somatisch absolut vertretbar sei. Die Prognose für die Umsetzung der Arbeitsfähigkeit sei ungünstig, da der Beschwerdeführer aufgrund seiner psychosozialen Struktur und seiner Persönlichkeitsstruktur nicht mehr arbeiten werde. Sie habe als Belastungsprofil wechselbelastende oder sitzende und gehende Tätigkeiten ohne Bücken, Kauern, Knien und Überkopfarbeiten mit einer Gewichtslimite von 10 kg ohne höhere Anforderungen an Konzentration, Anpassungsfähigkeit und psychische Belastbarkeit beschrieben. Im Rahmen einer Demenzabklärung sei eine neuropsychologische Testung in der B.\_\_\_\_ durchgeführt worden. Im Rahmen der Symptomvalidierung und aufgrund der klinischen Beobachtungen hätten sich dabei Hinweise auf eine mangelnde Motivation und Leistungsbeeinträchtigung ergeben. Eine Demenz sei ausgeschlossen worden. Aufgrund der Operationen könne von einer jeweils vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten sei nicht ausgewiesen (Urk. 8/86 S. 4).

### **E. 3.3.16**

Dr. A.\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 5. Februar 2018 fest, dass sich ein stabiler Befund zeige (MRI Gehirn vom 24.01.2018, Urk. 3/2).

### **E. 3.3.17**

In Ihrem Bericht vom 29. März 2018 führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei mit der Bitte an sie herangetreten, noch einmal einen Bericht bezüglich Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit auszustellen. Aus ihrer Sicht sei er aktuell und wahrscheinlich auch auf weitere Zeit 100 % arbeitsunfähig (Urk. 3/1). 4.

#### 4.1

In somatischer Hinsicht geht aus den medizinischen Akten hervor, dass beim Beschwerdeführer im März 2013 als Ursache von linksseitigen Gesichtsschmerzen ein Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel mit Druck auf den Nervus Trigemini festgestellt worden ist. Im Juni 2013 erfolgte ein Stenting bei koronarer Herzkrankheit und im Oktober 2014 eine operative Rekanalisierung der rechten Carotis

interna

bei Carotisstenose mit unauffälligem Befund bei der postoperativen Kontrolle. Am 17. September 2015 wurde der gutartige Tumor im Kleinhirnbrückenwinkel operativ entfernt mit regelrechten Befunden postoperativ.

Aufgrund der Operation attestierte die behandelnde Neurologin Dr. A.\_\_\_\_ eine 100%- ige Arbeitsunfähigkeit vom 17. September bis 28. Oktober 2015 (Urk. 8/77 S. 6 ) . In ihrem Bericht vom 28. November 2016 führte sie aus, dem Beschwerdeführer gehe es gut. Der MRT-Befund vom 12. November 2016 zeige im Vergleich zum postoperativen CT von 2015 eine stabile Situation . Der Beschwerdeführer habe teilweise ein Taubheitsgefühl in der linken Wange und teilweise auch Schmerzen im 2. und 3. Trigeminusast. Funktionseinbussen nannte sie keine. Sie wies auf eine Verbesserung der Gleichgewichtsstörung und eine totale Verbesserung des ataxischen Ganges hin . Eine Arbeitsunfähigkeit attestierte sie nicht (vgl. Urk. 8/77 S.

#### **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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

#### **E. 12**

). In ihrem Bericht vom 16. März 2017 hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, die Gleichgewichtsstörungen, die präoperativ bestanden hätten, hätten sich deutlich verbessert. Unverändert bestehe eine gute Lebensqualität im Rahmen der Multimorbidität. Aufgrund der Multimorbidität sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig ( vgl. Urk. 8/77 S. 29 f. ). In ihrem Bericht vom 13. Juni 2017 führte sie unter Hinweis auf eine Gleichgewichtsproblematik und eine Hypästhesieproblematik sowie auf Polymorbidität aus, der Beschwerdeführer brauche eine 100 %-IV-Rente, ohne dies näher zu begründen. Im Widerspruch zu ihren vorerwähnten Berichten ist

nun von einer schweren Schwindelproblematik die Rede . Es entsteht der Eindruck, dass Dr. A.\_\_\_\_ bei ihrer Beurteilung allein auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt hat, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Die Gleichgewichtsproblematik hat sich gemäss ihren eigenen Angaben postoperativ deutlich verbessert. Inwiefern die Hypästhesieproblematik Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben soll , ist nicht ersichtlich, zumal keine Funktionseinbussen bestehen. Eine Multimorbidität begründet per se ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeit. Die von Dr. A.\_\_\_\_

vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wonach der Beschwerdeführer bis auf weiteres für sämtliche Tätigkeiten 100 % arbeitsunfähig sein soll, vermag vor diesem Hintergrund nicht zu überzeugen. Im Weiteren hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, dass aufgrund der Therapie mit Plavix und Aspirin eine Tätigkeit mit Unfallgefahr ein Risiko darstelle (vgl. Urk. 8/82). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1) trifft dies aber nicht für jede Tätigkeit zu, insbesondere nicht für eine körperlich leichte Tätigkeit. Die Behandlung mit Thrombozytenaggregationshemmern führt lediglich zu einer Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten mit einem erhöhten Unfallrisiko , was namentlich bei körperlich schweren Tätigkeiten der Fall sein dürfte . Aus den pneumologischen Berichten (Urk. 8/77 S. 19 ff. und Urk. 8/77 S. 31 ff. ) ergibt sich ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und wird auch vom Beschwerdeführer nicht behauptet. Die Hausärztin des

Be schwerdeführers, Dr. G.\_\_\_\_, erachtet eine körperlich leichte Arbeit aus somatischer Sicht denn auch als absolut vertretbar (Urk. 8/85 S. 3). RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ gelangt nachvollziehbar zum Schluss, dass aufgrund der besagten medizinischen Akten eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten nicht ausgewiesen ist (Urk. 8/86 S. 4).

Der medizinische Verlauf ist lückenlos dokumentiert und es liegen – abgesehen von der nicht hinreichend begründeten und nicht nachvollziehbaren Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ - keine diskrepanten medizinischen Einschätzungen vor. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerde gegnerin auf weitere Abklärungen des somatischen Gesundheitszustandes verzichtet hat. 4.2

Aus psychiatrischer Sicht wurde in den Berichten der Klinik

B.\_\_\_\_ vom 27.

Januar und 3. April 2017

die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (F32.1) sowie ein Verdacht auf eine anhaltende Schmerzstörung (F45.2) gestellt

(Urk. 8/77 S. 16 und S. 35). Im Befund wurde eine verminderte Freudefähigkeit und ein Interessenverlust sowie ein reduzierter Antrieb erwähnt. Weiter wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer affektiv niedergestimmt mit Zukunftsorgen in Zusammenhang mit der schwierigen Arbeitssituation sei (Urk. 8/77 S. 37). Die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. G.\_\_\_\_, wies darauf hin, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner psychosozialen Struktur und seiner Persönlichkeitsstruktur nicht mehr arbeiten werde (Urk. 8/85 S.

3). In den Berichten der B.\_\_\_\_ wurde

nicht krankheitsbedingte Faktoren nicht kritisch abgegrenzt, obwohl Anhaltspunkte dafür bestehen, dass das psychische Beschwerdebild durch psychosoziale Belastungsfaktoren mitbestimmt wird. Eine RAD-Stellungnahme eines psychiatrischen Facharztes liegt nicht vor.

Ob eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder ein damit vergleichbarer psychischer Leidenszustand besteht, welchem gegenüber einem reaktiven invaliditätsfremden Geschehen auf psychosoziale Belastungen selbständige Bedeutung zukommt, kann aufgrund der vorliegenden Akten nicht beurteilt werden. Den

psychiatrischen Berichten sind ausserdem keine schlüssigen medizinischen Ausführungen zu entnehmen, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erlauben würden (vgl. E. 1.2-4).

Anhand der vorliegenden Akten kann somit nicht eruiert werden, ob seit der psychiatrischen Begutachtung vom 5. Mai

2011 (Urk. 8/37) eine relevante Änderung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten ist oder nicht.

Aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung erachteten die Ärzte der Klinik

B.\_\_\_\_ die Kriterien eines demenziellen Syndroms als nicht erfüllt, was auch durch die unauffällige Bi ldgebung untermauert wurde (Urk. 8/77 S. 38). Diesbezüglich ist daher kein weiterer Abklärungsbedarf ersichtlich. 4.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf die aktuelle Aktenlage der Leistungsanspruch des Beschwer deführers nicht abschliessend beurteilt werden kann. Die Beschwerdegegnerin hat den ps ychischen Gesundheitszustand des Be schwerde führers ungenügend abgeklärt. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass sich der Beschwerdeführer offenbar zumindest bis März 2018 keiner psy chiatrischen Behandlung unterzog (Urk. 8/85 S. 3 und Urk. 3/1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_273/2017 vom 9. April 2018 E. 3.1 und E. 3.3 mit Hinweis auf BGE 143 V 409). Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache zur Vornahme ergänzender Abklärungen im Sinne der vorstehenden Erwägungen sowie zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwe rdegegnerin zurück zuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

5.1

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 7 00.-- festzusetzen und, da die Rück wei sung an die Verwaltung nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsie ge n gilt (BGE 137 V 57 E. 2.2), ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuer legen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 5.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung, die in Anwendung von § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) und § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht ( GebVSVGer ) auf Fr. 800. -- (inkl. Barauslagen und MWSt ) festzusetzen und von der Beschwer degegnerin zu erbringen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 13. März 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kan tons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägun gen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu ver füge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessent schädigung von Fr.

800. -- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Hanspeter Bosshard - 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 Bundes gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1

5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Hurst Leicht

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