

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00388 vom 9. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00388

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00388 du 9 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00388 del 9 dicembre 2019

Erwägungen

E. 2

S. 6 ff.).

E. 2.2

In seiner Beschwerdeschrift vom 26. April 2018 machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend, dass es ihm in Anbetracht seines fortgeschrittenen Alters und der konkreten Umstände nicht möglich sei, die allfällig verbleibende Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten. Bei einem Invaliditätsgrad von 100 % bestehe folglich über den 31. März 2016 hinaus Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Urk. 1 S. 8 ff.). Ebenfalls rechtfertige es sich aufgrund zahlreicher Faktoren wie dem Migrationshintergrund und der fehlenden Berufsausbildung, einen leidensbedingten Abzug vom Invalideneinkommen von mindestens 15 % zu gewähren. Im Ergebnis resultiere ein Invaliditätsgrad von gerundet 52 %, was einen Anspruch auf eine halbe Rente begründe (Urk. 1 S. 11 f.).

E. 2.3

Abschliessend bleibt jedoch zu prüfen, ob vom Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist. Während die Beschwerdegegnerin dies verneint (vgl. Urk. 6/190/2, Urk. 2 S. 8), erachtet der Beschwerdeführer einen Abzug von mindestens 15 % als angemessen (Urk. 1 S.).

E. 3

Am 10. September 2015 durch einen Sturz auf der Haustreppe ein Ischiasleiden ausgelöst worden sei, welches gemäss MRT – bei bildgebend nachgewiesenem Bandscheibenvorfall auf dieser Höhe – durch ein lumboradikuläres Syndrom L3/4 erklärt werden könne. Aufgrund des vorgesehenen Bandscheibeneingriffs dränge sich eine erneute Begutachtung in etwa einem halben Jahr wieder auf (Urk. 7/159/45 f.).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer zog sich am 11. November 2010

ein direktes Thoraxtrauma zu, als er von einem Gabelstapler auf der Höhe des Sternums erfasst wurde. Daraufhin war er bis zum 25. November 2010 hospitalisiert, wobei nebst einer Thoraxdrainage ein osteosynthetischer Eingriff erfolgte. Der postoperative Verlauf habe sich gemäss den behandelnden Ärzten komplikationslos gestaltet (Urk. 6/10/33 ff., 6/17).

E. 3.2

Am 10. Oktober 2011 nahm Dr. med. A.____, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, eine kardiologische Abklärung vor. In seinem Bericht gleichen Datums hielt er fest, dass ein echokardiographisch strukturell und funktionell normales Herz vorliege und keine Residuen einer allfälligen Contusio

cordis erkennbar seien. Die Dyspnoebeschwerden seien sehr wahrscheinlich auf die körperliche Dekonditionierung bei Trainingsmangel zurückzuführen. Bei den kardialen Extrasystolen handle es sich per se um einen Normalbefund (Urk. 6/41/68).

E. 3.3

Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie und Kreisarzt der Suva, gelangte in seinem Untersuchungsbericht vom 8. Dezember 2011 zur Auffassung, dass sich bezüglich der Schmerzproblematik im Sternumbereich ein sehr protrahierter Verlauf gezeigt habe. Aus klinischer und bildgebender Sicht sei ein stabiles Sternum und die Osteosynthese intakt. Die massive Schmerzproblematik sei eigentlich nicht erklärbar. Aus somatischer Sicht sei eine volle Arbeitsunfähigkeit nicht gerechtfertigt, was auch während des Arbeitstrainings bewiesen worden sei. Welche Belastungsfähigkeit wirklich möglich sei, könne nur sehr schwierig evaluiert und festgelegt werden. Ausgeschlossen seien jedenfalls sehr schwere Tätigkeiten. Für leichte und nahezu mittelschwere Tätigkeiten mit Maximalbelastungen von bis zu zehn Kilogramm sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit problemlos möglich (Urk. 6/40/8 ff.).

E. 3.4

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 6. Juni 2012 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/46/1): - Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - im Rahmen dieser Entwicklung zunächst eine schwere depressive Episode ohne klare psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11).

Der Beschwerdeführer leide unter vermindertem Antrieb sowie einer Störung der Aufmerksamkeit und Konzentration. Zudem seien Intrusionen, Hyperarousal und ein Vermeidungsverhalten im Zusammenhang mit dem Unfall und auch in Alltagssituationen vorhanden. Für die angestammte Tätigkeit sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen; für angepasste Tätigkeiten belaufe sich die Arbeitsfähigkeit für mindestens zwei Jahre auf maximal 50% (Urk. 6/46/3 f.).

In seinem am 25. Oktober 2012 zuhanden der Suva erstellten Bericht diagnostizierte Dr. C.____ eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion und phobischen Ängsten (Herzphobie). Die Erkrankung sei als sekundär bedingt einzustufen und habe bisher keine negative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/47/37 f., vgl. auch Urk. 6/47/81). Demgegenüber hielt er in seinem an die IV-Stelle adressierten Verlaufsbericht vom 4. Mai 2015 fest, dass der Gesundheitszustand seit dem Bericht vom 6. Juni 2012 stationär sei. Nach wie vor bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für eine leidensadaptierte Tätigkeit (Urk. 6/119/1).

E. 3.5

Dem Z.____-Gutachten vom 2. Dezember 2015 sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 7/159/43 f.): - diffuses chronisches Schmerzsyndrom thorakal linksbetont nach Thoraxkontusion im November 2010 nach

Hämatothorax und operativ versorgter Sternumfraktur (ICD-10 R07.4) - lumboradikuläres Syndrom L3/4 rechts seit Oktober 2015 gemäss MRI (ICD-10 M51.1) - Asthma bronchiale - in den letzten Jahren variable Atemwegsobstruktion - promptes Ansprechen auf Symbicort - aktuell hochnormale Bodyplethysmographie mit normaler CO-Diffusionskapazität - chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0).

Demgegenüber wurde ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf folgende Diagnosen verneint (Urk. 7/159/44): - Adipositas (BMI 31.6 kg/m²) - Unterschenkelvarikosis - Periarthropathia

humeroscapularis links bei klinischen Zeichen einer Supraspinatussehnen-Läsion.

Die Sachverständigen gelangten zum Schluss, dass aus internistischer Sicht keine Schädigungen mit langfristigen Auswirkungen auf das berufliche Leistungsvermögen vorhanden seien. Im Vordergrund habe bis Oktober 2015 ein chronisches thorakales Schmerzsyndrom gestanden, welches anfänglich unfallkausal gewesen, mit der Zeit jedoch somatisch als immer weniger begründbar eingestuft worden sei. Überlagert werde das chronische Schmerzsyndrom durch die psychischen Erkrankungen. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe aufgrund des chronischen Schmerzsyndroms und der psychischen Faktoren seit spätestens der aktuellen Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % für die angestammte und eine leidensadaptierte Tätigkeit. Das jetzige Zustandsbild erweise sich jedoch als instabil, da am

E. 3.6

Am 5. November 2015 wurde in der D.____ eine mikrochirurgische foraminale-/extraforaminale

Sequestrektomie L3/4 rechts durchgeführt (Urk. 6/161/3). Bei persistierenden Schmerzen aufgrund einer Rezidivdiskushernie erfolgte am 12. November 2015 eine Revisionsoperation (Urk. 6/161/5). Mit Bericht vom 9. Dezember 2015 hielten die behandelnden Ärzte fest, dass der Beschwerdeführer weniger Schmerzen verspüre als vor den Eingriffen; allerdings bestehe nach wie vor ein hoher Leidensdruck und täglich sei die Einnahme von Schmerzmitteln notwendig (Urk. 6/161/1). Im Bericht vom 10. Februar 2016 wurde sodann ausgeführt, dass drei Monate postoperativ ein regelrechter Verlauf vorliege. Insgesamt gehe es dem Beschwerdeführer besser, wobei er aktuell noch täglich auf Schmerzmittel zurückgreife. Das Gangbild sei hinkfrei und dem Dermatom L4 entsprechend bestehe eine leichte Hyposensibilität rechts (Urk. 6/169/7).

E. 3.7

Dem Verlaufsgutachten der Z.____ vom 6. Februar 2017

sind die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 6/182/30): - Post-Thorakotomie-Syndrom nach Thoraxkontusion mit Hämatothorax und operativ versorgter Sternumfraktur im November 2010, Metallentfernung 2013 und chronischen Narbenschmerzen in fataler Kombination mit - chronischem lumboradikulärem Syndrom L3/4 rechts nach Sequestrektomie und Re-Sequestrektomie L3/4 rechts im Oktober und November 2015 mit radikulärem Restsyndrom - chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0).

Als Diagnosen ohne wesentliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden dagegen aufgeführt: - Opiat-Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (Methadon; ICD-10 F11.22) - Asthma bronchiale - in den letzten Jahren variable Atemwegsobstruktion - promptes Ansprechen auf Symbicort - aktuell hochnormale Bodylethysmographie mit normaler CO-Diffusionskapazität - Status nach Thoraxtrauma am 11. November 2010 - mit Sternumfraktur, Rippenfraktur, Hämatothorax und Lungenkontusion - Status nach Osteosynthese der Sternumfraktur und Metallentfernung im Verlauf.

Dr. med.

E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, führte in seiner Teilexpertise insbesondere aus, dass der Gang des Beschwerdeführers im Rahmen der Untersuchung hinkfrei und unauffällig gewesen sei. Die Halswirbelsäule habe ein normales Bewegungsausmass gezeigt, mit Angabe von endphasigem Druck in der Nackenmitte rechtsbetont in alle Richtungen und myofascialen

Druckdolenz

suboccipital. Beim Strecken und Bücken habe der Beschwerdeführer im Bereich der Brustwirbelsäule Schmerzen angegeben.

Bei der Ausführung von Rumpfbeugen seien rechtsbetonte lumbale Schmerzen aufgetreten, dies auch bei Seitenneigung und Reklination. Im Weiteren seien ausgedehnte myofasciale

Druckdolenz links thorakal und scapulär sowie rechts lumbosakral sowie kettentendinosenartig am rechten Bein feststellbar gewesen. Im Thoraxbereich habe sich eine normale Herz- und Lungenauskultation gezeigt. In Bezug auf die lange Narbe über dem gesamten Sternum sei eine starke Druckempfindlichkeit angegeben worden. Schmerzen über dem Brustbein und der vorderen Thoraxwand seien ausserdem bei der Rotation im Sitzen sowie bei Streck- und Vorneige-Bewegungen angegeben worden (Urk. 6/182/17 f.). Aus rheumatologischer Sicht sei es als Folge des Gabelstaplerunfalls vom 11. November 2010 eine überdurchschnittlich schmerzhafteste Sternumnarbe sowie ein Post-Thorakotomie-Syndrom verblieben, welches viele Bewegungen des Brustkorbes und der oberen Nackenregion schmerzhaft behindere. In fataler Weise hinzugetreten sei ein lumboradikuläres Syndrom mit nicht erfolgreichen Bandscheibenoperationen im Oktober und November 2015. Feststellbar sei ein radikuläres Restsyndrom mit Verschmächtigung der Oberschenkelmuskulatur rechts und einem abgeschwächten Patellarsehnenreflex. Beide Problematiken seien in ungünstiger Weise kombiniert und hätten Einschränkungen bei vielen Bewegungsabläufen zur Folge (Urk. 6/182/31).

Anlässlich der Untersuchung durch Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, habe der Beschwerdeführer berichtet, seit den Operationen im November wieder besser gehen zu können. Allerdings habe er seither nicht nur im Rücken, sondern auch im rechten Bein Schmerzen, was insbesondere beim Treppensteigen der Fall

sei. Zwischen Juli und September 2016 sei er in der G.____ aufgrund einer Oxynorm-Abhängigkeit in einer ambulanten Entzugsbehandlung gewesen, wobei er unter sehr starken Entzugssymptomen gelitten habe. Seither nehme er Methadon ein; die anderen Medikamente habe er nicht vertragen (Urk. 6/182/19 f.). Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer wach sowie zu Ort, Zeit, Situation und eigener Person vollständig

orientiert gewesen. Es hätten sich weder kognitive Defizite noch Wahrnehmungs- oder Denkstörungen feststellen lassen. Vorhanden seien eine Grübeltendenz, eine leichte Antriebsminderung, Vitalgefühls- und Schlafstörungen sowie eine Reduktion der affektiven Schwingungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer habe passive Suizidgedanken geäußert, jedoch keine konkreten suizidalen Absichten oder Pläne, was sich aus seiner Sicht ändern könne, falls er die Familie verlieren würde (Urk. 6/182/20).

Beide Diagnosen, welche bereits im Rahmen der Vorbegutachtung im November 2015 gestellt worden seien, seien aktuell zu bestätigen. Zwischen der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Komponenten sowie der rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichter Episode bestehe eine Wechselwirkung. Vor allem die schmerzbedingte Überzeugung, nicht mehr leistungsfähig zu sein, verstärke das negative Selbstbild sowie den Rollenverlust und nähere unentwegt nihilistische Gedanken. Diese selbstlimitierende Verhaltensweise erhalte wiederum die depressive Störung aufrecht. Insgesamt würden sich die chronischen Schmerzen sowie die verfestigte Überzeugung des Beschwerdeführers, nicht mehr in der Lage zu sein, auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Teilzeitstelle zu finden und regelmässig die geforderte Leistung zu erbringen, nachteilig auswirken. Ressourcen seien demgegenüber die Unterstützung der Familie, regelmässige soziale Kontakte und die selbständige Gestaltung der Tagesstruktur. Diese setze der Beschwerdeführer jedoch nur ein, um den Status quo zu erhalten und nicht zur Verbesserung seiner Leistungsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei sowohl für die bisherige als auch für eine angepasste Tätigkeit eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (Urk. 6/182/23 f.).

Dr. med. H.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, hielt in ihrer Teilerexpertise fest, dass zweifelsohne ein Asthma bronchiale vorhanden sei, bei einer variablen Atemwegsobstruktion, zeitweise obstruktiver Atmung und deutlichem Ansprechen auf Symbicort. Bezüglich der lungenfunktionellen Werte bestehe eine gewisse Variabilität; diese seien jedoch stets normal bis hochnormal gewesen. Bei Arbeitseinsätzen sei unbedingt darauf zu achten, dass der Beschwerdeführer keinen inhalativen Noxen exponiert sei. Die Lungen volumina seien allerdings so hoch, dass eine mittelschwere körperliche Tätigkeit aus pneumologischer Sicht in einem 100%-Pensum zumutbar sei (Urk. 6/182/27

f.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Sachverständigen zum Schluss, dass angesichts des bisherigen Verlaufs aufgrund der unglücklichen Kombination eines Post-Sternotomie-Syndroms und zweier nicht erfolgreiche Bandscheiben eingriffe Ende 2015 mit verbleibendem radikulären Restsyndrom eine Arbeitsunfähigkeit in den angestammten, körperlich belastenden Tätigkeiten seit dem Unfallereignis am 1. November 2010 angenommen werden könne. Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne stärkere Belastungen des Brustkorbes und der Lendenwirbelsäule sei vorwiegend wegen der kombinierten muskuloskelettalen Schmerzproblematik von einer mindestens 40-50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Dies gelte spätestens seit den erfolglosen Bandscheibenoperationen im Oktober und November 2015 (Urk. 6/182/32). Ergänzend betonte

Dr. E.____ mit Stellungnahme vom 26. Juni 2017, dass die beiden fatal kombinierten Probleme am Bewegungsapparat viele Einschränkungen von Beweglichkeit und

Belastbarkeit an der Brust- und Lendenwirbelsäule zur Folge hätten, welche sich auch bei körperlich leichteren Tätigkeiten im geschätzten Ausmass auswirken würden. Dr. F.____ wies ihrerseits insbesondere auf verschiedene psychiatrische Faktoren hin, welche für die Aufrechterhaltung der chronischen Schmerzstörung verantwortlich seien (Urk. 6/186).

E. 4.1

Die Beschwerdegegnerin beurteilte den Rentenanspruch des Beschwerdeführers für verschiedene Zeiträume seit Eingang der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 5. April 2011, wobei auch die beschwerdeweise unbestritten gebliebenen Bezugszeiten Gegenstand der gerichtlichen Überprüfung bilden (vgl. E. 1.3 vorstehend).

E. 4.2

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch ab dem Zeitpunkt der Anmeldung bei der Invalidenversicherung bis zum 30. August 2015 (Urk. 2 S. 6), was seitens des Beschwerdeführers sowohl im Verwaltungs- als auch im Beschwerdeverfahren unbestritten blieb (vgl. Urk. 6/203/1 und Urk. 1 S. 7 Ziff. 19). Auch aus Sicht des Gerichtes besteht kein Anlass zur Beanstandung dieser Beurteilung. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass Dr. B.____ in seinem kreisärztlichen Bericht vom 8. Dezember 2011 zum Schluss gelangte, dass dem Beschwerdeführer eine leidensadaptierte Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei (Urk. 6/40/10). Die Beschwerdegegnerin ermittelte gestützt darauf eine nicht rentenbegründende Erwerbseinbusse (Urk. 6/190/1), was nicht zu beanstanden ist.

Den Akten sind ferner keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand im weiteren Verlauf bis zum Treppensturz am 30. September 2015 massgeblich verschlechtert hätte. Entsprechend verfügte die Suva am 18. Juni 2015 bei voller Arbeitsfähigkeit (für eine Verweistätigkeit) und ausgehend davon, dass keine behandlungsbedürftigen Unfallfolgen mehr vorhanden seien, auch die Einstellung der von ihr erbrachten Leistungen (Urk. 6/129). Soweit ersichtlich erhob der Beschwerdeführer dagegen keine Einwände.

E. 4.3

2

Unbestritten ist sodann, dass ab dem 1. Januar 2016 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Dies

ergibt sich nicht nur aus den

Berichten der behandelnden Ärzte der D.____ (vgl. Urk. 6/163/4 f., 6/167/6), sondern erschliesst sich insbesondere auch aus dem Z.____ -Verlaufs gutachten vom 6. Februar 2017. Zwar ist – wie soeben dargelegt – nicht bereits unmittelbar nach den im November 2015 erfolgten Operationen nur noch von einer 40-50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen. Dies ändert jedoch nichts daran, dass das Gutachten grundsätzlich die vom Bundesgericht festgelegten formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise erfüllt, da es namentlich in Kenntnis der Vorakten erstellt wurde (Urk. 6/182/5 ff.), die vom Beschwerdeführer geklagten Leiden berücksichtigt (Urk. 6/182/ 16 f., 6/182/19 f. und 6/182/26 f.), und eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen enthält (Urk. 6/182/21 f., 6/182/25, 6/182/ 27 und 6/182/29). Zudem wurden sowohl die gestellten Diagnosen als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar dargelegt und erläutert (Urk. 6/182/30 ff.; vgl. E. 1.

E. 4.3.1

Für den Zeitraum ab dem 30. September 2015 ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund der beim Treppensturz erlittenen Verletzungen verschlechtert und daher bis zum 31. Dezember 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten vorgelegen habe. Ab 1. Januar 2016 habe sich die gesundheitliche Situation wie der verbessert, sodass ab diesem Zeitpunkt dauerhaft wieder eine 55%ige Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten ausgewiesen sei. Vom 1. September 2015 bis 30. März 2016 bestehe vor diesem Hintergrund Anspruch auf eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % (Urk. 2 S. 7).

Der Sturz am 30. September 2015 hatte eine schmerzhafte L3-Radikulopathie rechts bei extraforaminaler Diskushernie L3/4 zur Folge, weshalb am 5. und 12. November 2015 jeweils ein operativer Eingriff in der D.____ vorgenommen wurde (Urk. 6/161/3 ff.). Die behandelnden Ärzte stierten bei regelrechtem Heilungsverlauf vom 4. November bis 8. Dezember 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/163/5). Auch Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), ging in seiner Stellungnahme vom 8. Februar 2017 davon aus, dass nach der letzten Operation für einige Wochen auch für angepasste Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe (Urk. 6/191/17).

Diese Einschätzung deckt sich zwar nicht mit derjenigen der Z.____-Sachverständigen im Verlaufsgutachten vom 6. Februar 2017, welche im interdisziplinären Konsens bereits

direkt nach den Bandscheibenoperationen im November 2015 wieder eine 50-60%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit für zumutbar erachteten (vgl. Urk. 6/182/32). Sie erweist sich allerdings in Anbetracht der notwendig gewordenen operativen Eingriffe, der damit verbundenen Hospitalisationen sowie den einzubeziehenden Phasen der Rekonvaleszenz als nachvollziehbar. Im Übrigen hatten sich die Gutachter in ihrer Expertise vom 2. Dezember 2015 noch dahingehend geäußert, dass nach einem Bandscheibeneingriff auch bei komplikationslosem postoperativem Verlauf eine drei- bis sechsmonatige Arbeitsunfähigkeit zu erwarten sei (Urk. 6/159/46).

Insgesamt ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer nach dem Sturz am 30. September 2015 auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit aus somatischen Gründen vorübergehend für jegliche erwerbliche Tätigkeit arbeitsunfähig war. Dementsprechend hat ihm die Beschwerdegegnerin zu Recht bei einem Invaliditätsgrad von 100 % vom Beginn jenes Monats an eine ganze Rente ausgerichtet, da dieser Gesundheitszustand rückblickend stabil war, rechtfertigt sich von der in Art. 88a Abs. 2 IVV verankerten Wartefrist abzusehen.

E. 5

2. 3

Eine zuverlässige Feststellung des medizinischen Sachverhalts war spätestens ab dem 26. Juni 2017 möglich (Datum der ergänzenden Stellungnahme der Z.____-Gutachter, Urk. 6/186). Zu diesem Zeitpunkt war der im Februar 1958 geborene Beschwerdeführer rund 59 Jahre und vier Monate alt. Bis zum Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters verblieb ihm somit noch eine Aktivitätsdauer von über fünf Jahren, was die Verwertbarkeit der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit für sich alleine nicht ausschliesst (Urteil des Bundesgerichts 9C_535/2017 vom 14. Dezember 2017 E. 4.5.2 mit Hinweis). Zu

berücksichtigen ist ferner, dass der Beschwerdeführer zwar über keine in der Schweiz anerkannte Ausbildung verfügt, hierzulande aber doch von 1986 bis 2010 in verschiedenen Berufsfeldern – auch im Rahmen einer mehrjährigen selbständigen Tätigkeit – Erfahrungen sammeln konnte (Urk. 6/41/150). Auch anlässlich der durchgeführten Eingliederungsmassnahmen konnte festgestellt werden, dass er über viele Fachkompetenzen verfügt sowie selbständig und sehr zuverlässig arbeitet (Urk. 6/88/2 f., 6/101/2 ff.). Einschränkend wirkt sich dagegen aus, dass der Beschwerdeführer gemäss medizinischem Belastungsprofil nur noch leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne stärkere Belastungen des Brustkorbes oder der Lendenwirbelsäule in einem Teilzeitpensum von 50 -60 % ausüben kann (Urk. 6/182/32). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst jedoch auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 5.11 mit Hinweisen).

In Bezug auf die Persönlichkeitsstruktur ist sodann festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aus gutachterlicher Sicht über eine gute Kommunikationsfähigkeit verfügt, worauf auch die regen Kontakte zu Kollegen und Familienmitgliedern hin deuten (Urk. 6/182/19, 6/182/22). Für die berufliche Integration nachteilig wirken sich dagegen die diesbezüglich fehlende Motivation und die subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers aus (vgl. Urk. 6/182/25, 6/182/33). Diesen Umständen kann jedoch aus Sicht der Invalidenversicherung kein entscheidendes Gewicht beigemessen werden, zumal ein alltägliches Aktivitätsniveau vorliegt, welches nicht mit dem Selbstbild einer nicht mehr leistungsfähigen Person zu vereinbaren ist (vgl. Urk. 6/182/19, 6/182/23).

Gesamthaft ist im Lichte der rechtsprechungsgemäss hohen Hürden für die Annahme einer unverwertbaren Restarbeitsfähigkeit im fortgeschrittenen Alter festzuhalten, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung des Beschwerdeführers nicht derart beschaffen ist, dass sich der Schluss rechtfertigt, die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit sei nicht mehr realistisch. Zwar liegen Faktoren vor, welche für eine berufliche Integration in eine angepasste Tätigkeit hinderlich sind. Ein invalidenversicherungsrechtlich erheblich erschwelter Zugang zum ausgeglichenen Arbeitsmarkt ist allerdings zu verneinen.

E. 5.1

vorstehend), weshalb hinsichtlich der Gewährung eines leidensbedingten Abzuges eine gewisse Zurückhaltung angebracht ist. Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Faktoren – soweit sie nicht ohnehin bereits im Rahmen der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit Berücksichtigung fanden – vermögen jeden falls keinen Tabellenlohnabzug zu rechtfertigen. So muss der Umstand, dass das fortgeschrittene Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, als invaliditätsfremder Faktor unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2 unter Hinweis auf 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.3). Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausserdem altersunabhängig nachgefragt (Urteile des Bundesgerichts 8C_403/2017 vom 25. August 2017 E. 4.4.1 und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.3). Im Weiteren wirkt sich die vom Beschwerdeführer geltend gemachte lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt mit Blick auf die zumutbaren Hilfsarbeitertätigkeiten im untersten Kompetenzniveau nicht relevant auf das Invalideneinkommen aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_166/2017 vom 3. Juli 2017 E. 6 mit Hinweisen). Ebenfalls nicht abzugsrelevant sind in Anbetracht dieser Gegebenheit die fehlende Berufsausbildung sowie die sprachlichen Schwierigkeiten (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 9C_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.4.4 mit Hinweisen). Im Übrigen haben Männer ohne Kaderfunktion, denen nur noch die Ausübung eines Teilzeitpensums von 50-74 % zumutbar ist, bei Anwendung der LSE 2014 keine überproportionale Lohneinbusse im Vergleich zu einem Vollzeitpensum zu verzeichnen, weshalb auch in diesem Kontext kein leidensbedingter Abzug gerechtfertigt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_610/2019 vom 20. November 2019 E. 4.2.3 mit Hinweis auf 8C_12/2017 vom 28. Februar 2017 E. 5.5.2).

Gesamthaft ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keinen Abzug vom Tabellenlohn gewährt hat. Bei einem Invaliditätsgrad von 45 % (vgl. E. 6.2.2 hievore) hat der Beschwerdeführer ab dem 1. April 2016 daher Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. E. 1.2 vorstehend). 7.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in der angefochtenen Verfügung vom 8. März 2018 (Urk. 2) im Ergebnis zu Recht vom 1. September

2015 bis 31. März 2016 eine ganze Rente und danach ab dem 1. April 2016 nur noch eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zugesprochen.

Die dagegen erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist demnach abzuweisen. 8.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Aurelia Jenny - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

E. 5.2.1

Der Beschwerdeführer macht allerdings geltend, dass er die von den Gutachtern attestierte Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten könne (Urk. 1 S. 8 ff.).

E. 5.2.2

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 2.1 mit Hinweis).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE

138 V 457 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 457 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Gemäss BGE 138 V 457 richtet sich der Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, nach dem Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit (E. 3.3). Als ausgewiesen gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zureichende Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 143 V 431 E. 4.5.1; vgl. BGE

138

V 457 E. 3.4).

E. 6.1

Zu klären bleibt somit, ob die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad ab dem 1. April 2016 korrekt bemessen hat. Bei erwerbstätigen Versicherten ist dieser gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der

Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die bei den hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 6.2.1

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

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/aa).

E. 6.2.2

Der Beschwerdeführer war vor Eintritt des Gesundheitsschadens im November 2011 als Hilfsmaschinist bei der Y.____ angestellt, wobei das Arbeitsverhältnis per 31. März 2011 aufgelöst wurde (Urk. 6/15). Am 21. Februar 2013 teilte die ehemalige Arbeitgeberin der Suva unter anderem schriftlich mit, dass eine vergleichbare Stelle nicht mehr existiere (Urk. 6/50/54). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 6/190/2) ist zur Festlegung des Valideinkommens folglich nicht an den zuletzt erzielten Verdienst anzuknüpfen, da der Beschwerdeführer seiner angestammten Tätigkeit auch im Gesundheitsfall

mit überwiegender Wahrscheinlichkeit spätestens ab Februar 2013 nicht mehr hätte nachgehen können.

Abzustellen ist vielmehr – unter Berücksichtigung der fehlenden respektive in der Schweiz nicht anerkannten beruflichen Ausbildung – auf den durchschnittlich erzielbaren Verdienst für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE 2014, TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1, Männer). Dieselbe Grundlage ist

mangels Vorliegens eines stabilen Arbeitsverhältnisses nach Eintritt der Invalidität und angesichts des medizinischen Belastungsprofils

auch für die Bestimmung des Invalideneinkommens massgeblich, was die Beschwerdegegnerin richtig erkannt hat (Urk. 6/190/2).

Beide Vergleichseinkommen sind somit ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, weshalb sich deren genaue Ermittlung rechts prechungsgemäss erübrigt, da der Invaliditätsgrad prinzipiell dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspricht (v gl. Urteil des Bundesgerichts 8C_365/2012 vom 30. Juli 2012 E. 7 mit Hinweis). Dementsprechend beträgt der Invaliditätsgrad im konkreten Fall auf der Grundlage des Mittelwerts der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_730/2012 vom 4. Juni 2013 E. 4.2) grundsätzlich 45 % .

E. 11

f.).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allen falls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1). Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

Zunächst ist nochmals zu betonen, dass sich die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch die Gutachter als eher wohlwollend erweist (vgl. E.

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