

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00466 vom 4. November 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00466](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00466)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00466 du 4 novembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00466 del 4 novembre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

2. Mai 2017 teilte die IV-Stelle mit ( Urk. 10/35) , dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien. Sie tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte insbesondere bei Y. \_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches am 16. Oktober 2017 erstattet wurde ( Urk. 10/50). Mit Vorbescheid vom 2. November 2017

wurde die Zusprache einer Viertelsrente in Aussicht gestellt ( Urk. 10/60). Dagegen erhob der Versicherte am 6. März 2018 Einwände ( Urk. 10/68 ). Mit Verfügung vom 13. April 2018 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab Juni 2017 eine Viertelsrente zu ( Urk. 10/76 = Urk. 2).

### **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 ). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 gewesen sind; und c.

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

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

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

#### **E. 1.4**

Meldet sich jemand bei der IV an und findet eine Stelle, bei der er rentenaus-schliessend eingegliedert ist, und meldet er sich nach Verlust dieser Stelle wieder an, so ist dies nicht eine erneute Anmeldung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV), sondern ist gleich wie eine erstmalige Anmeldung zu behandeln (Urteil des Bundesgerichts 8C\_876/2017 vom 15. Mai 2018 E. 4.1).

#### **E. 1.5**

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. 1.6**

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). 2.

#### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 16. Mai 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. April 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, es sei ihm mindestens eine halbe Rente zuzusprechen (1) und

es sei der medizinische Sachverhalt durch Einholung eines Gerichtsgutachten aus dem Fachgebiet der Orthopädie oder Rheumatologie inklusive einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit

(EFL) abzuklären (2). Mit Eingabe vom 11. Juni 2018 reichte der Beschwerdeführer als Ergänzung zur Beschwerde eine ärztliche Stellungnahme ein (Urk.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2) davon aus, dass dem Beschwerdeführer in einer der Gesundheit angepassten Tätigkeit ab März 2017 ein 60%-Pensum möglich sei. Das Belastungsprofil beinhalte leichte Tätigkeiten überwiegend sitzend mit der Möglichkeit zum regelmässigen Wechsel der Arbeitsposition und vermehrten Ruhepausen, keine Tätigkeiten mit Heben oder Tragen von Lasten von mehr als 7 kg, kein Verharren in Zwangshaltungen und keine Überkopfarbeiten (S. 3 Mitte) . Da der Beschwerdeführer vor Eintritt seiner gesundheitlichen Einschränkung unregelmässig gearbeitet habe, sei für den Einkommensvergleich auf statistische Werte zurückzugreifen, wobei bei einer Arbeitsfähigkeit von 60 %

ein Invaliditätsgrad von 40 %

resultiere (S. 3). Das eingeholte polydisziplinäre Gutachten ( Urk. 10/50) sei schlüssig und nachvollziehbar, weshalb keine ergänzende EFL erforderlich sei (S. 4 Mitte).

### **E. 2.2**

Dagegen wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein ( Urk. 1), das eingeholte Gutachten ( Urk. 10/50), insbesondere das orthopädische Teilgutachten , sei aus näher genannten Gründen nicht verwertbar, weshalb ein gerichtliches Gutachten aus dem Fachgebiet Orthopädie oder Rheumatologie inklusive einer EFL einzuholen sei ( Ziff. 5 und Ziff. 42 ) . Unter Gesamtwürdigung sämtlicher vorliegenden Merkmale sei ihm ein leidensbedingter Abzug von 20 % zu gewähren ( Ziff. 53), woraus im Ergebnis ein Invaliditätsgrad von 52 % resultiere ( Ziff. 54).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde beziehungsweise ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine halbe Rente hat. Auf dem Anmeldeformular zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung vom 21. Dezember 2016 ( Urk. 10/23) gab der Beschwerdeführer an, er sei vom 22. Juni 2015 bis 31. Juli 2016 in einem 100%-Pensum bei einem Call Center tätig gewesen ( Ziff. 5.4). Anhand der Angaben im Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) ist ersichtlich, dass er von Januar bis August 2014 ein Einkommen von Fr. 39'495.-- und von Juni bis Dezember 2015 ein Einkommen von Fr. 30'035.-- erzielte . Vor der ersten Anmeldung bei der Invalidenversicherung erzielte er gemäss Arbeitgeberfragebogen ein monatliches Einkommen von Fr. 5'917.-- ( Urk. 10/8). Es kann davon ausgegangen werden, dass er nach der ersten Anmeldung zwischenzeitlich in einem 100%-Pensum tätig war und demnach rentenausschliessend eingegliedert war. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist das erneute Leistungsbegehren daher nicht als erneute Anmeldung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV, sondern gleich wie eine erstmalige Anmeldung zu behandeln (vorstehend E. 1.4). 3. 3.1

Dr. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und Dr. A.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Klinik B.\_\_\_\_, nannten in ihrem Bericht vom 21. September 2016 ( Urk. 10/29/2-4) über die gleichentags erfolgte Konsultation die folgende Diagnose (S. 1): - zervikovertebrales Schmerzsyndrom - Beginn nach körperlichem Übergriff eines Zuggastes, aktuell Exazerbation nach Abstürzen (1 Meter) eines Personenaufzugs in die Fangvorrichtung - schmerzhafte HWS-Bewegungen linksbetont, Hypästhesie der gesamten linken Körperhälfte inklusive Kopf und Stamm betont Dig. IV und V links, keine objektivierbaren neurologischen Ausfälle - zunehmende Kyphose der oberen Halswirbelsäule am ehesten anlagebedingt - zervikale Spinalkanalstenose C3-5 bei Kyphosierung, keine klare Myelopathie Beim

Beschwerdeführer bestehe am ehesten ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei wahrscheinlich idiopathischer und im Verlauf zunehmender Kyphose C3/4 und Status nach einer m

HWS-Distorsionstrauma im Jahr

2009 und aktuell Exazerbation der Beschwerden durch ein vertikales Beschleunigungstrauma. Die Hypästhesie der linken Körperhälfte unter Einschluss von Kopf und Hals sei nicht mit einer zervikalen Myelopathie gänzlich erklärbar. Die von der Kooperation des Beschwerdeführers unabhängigen Befunde seien unauffällig (S. 2 unten). 3.2

Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1 ) nannten in ihrem Bericht vom 11. Oktober 2016 ( Urk. 10/29/5-6 ) dieselbe Diagnose. Die klinische Untersuchung zeige weiterhin einen unveränderten Befund mit subjektiv leichter Hypästhesie der linken Körperhälfte inklusive Kopf und fehlenden neurologischen Defiziten (S. 1 unten). 3.3

Dr. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , Klinik B.\_\_\_\_ , führte in seinem Bericht vom 2. November 2016 ( Urk. 10/38/3-4) über die gleichentags erfolgte Infiltration des Facettengelenks C3/C4 beidseits aus, dass sich bei dem Beschwerdeführer chronische Zervikobrachialgien mit im Vordergrund stehenden Nackenschmerzen bei fortschreitenden degenerativen Veränderungen zeigten ; diese seien durch ein erneutes Trauma akzentuiert (S. 2). 3.4

Dr. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , Zentrum

E.\_\_\_\_ , erstattete am 2. Dezember 2016 im Auftrag der Krankentaggeldversicherung ein orthopädisches Gutachten ( Urk. 3/3) über die am 2. November 2016 erfolgte Untersuchung, und nannte die folgende Diagnose (S. 5): - chronische Zervikobrachialgie mit/bei - anamnestisch Status nach HWS-Distorsion im Mai 2009 und nach HWS-Stauchungstrauma im Juni 2016 - im MRI bestätigte zentrale Stenose C4/5, fraglich auch C5/6 Der Verlauf der zervikalen Beschwerden sei unbefriedigend. Derzeit sei der Beschwerdeführer wegen der nachvollziehbaren zervikalen Beschwerden körperlich nicht belastbar. Bereits nur kurzfristig anhaltende Tätigkeiten, welche die HWS statisch in Anspruch nähmen beziehungsweise mit konzentrativer Anspannung einhergingen , führten den Beschwerdeführer an ein Belastungslimit. Derzeit sei eine Belastbarkeit nicht gegeben . Vorausgesetzt, eine operative Revision würde erfolgreich verlaufen, könne der Beschwerdeführer wechselbelastende leichte HWS-adaptierte Tätigkeiten ausüben. Darunter seien Tätigkeiten zu zählen, welche ohne repetitive Bewegungsanforderungen an die HWS einhergehen. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten werde vorerst mit 2 bis 3 kg limitiert bleiben. (S. 5). Die bisherige Tätigkeit als Kondukteur beziehungsweise als Mitarbeiter in einem Call-Center sei derzeit nicht möglich. Eine Verweistätigkeit sei aktuell nicht förderbar. Der Beschwerdeführer bedürfe einer engmaschigen Weiterbetreuung, einbezüglich einer höchstwahrscheinlich alsbaldigen operativen Revision der HWS (S. 5 f.) Es werde davon ausgegangen, dass bei einer hinreichenden Regredienz der HWS-Nacken-Beschwerden beziehungsweise bei notwendig werdender operativer Behandlung und anschließender Rehabilitation eine 100%ige Arbeitsfähigkeit drei Monate postoperativ wieder eintreten werde. Die Prognose gelte bei erfolgreichem Verlauf der vorbeschriebenen therapeutischen Massnahmen als günstig (S. 6). 3.5

Dr. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Klinik B.\_\_\_\_, führte in seinem Bericht vom 15. März 2017 (Urk. 10/29/9 -10) über die am Vortag erfolgte Infiltration aus, er habe beim Beschwerdeführer im November 2016 eine Infiltration durchgeführt und danach habe dieser mehrere Wochen eine deutliche Linderung der Beschwerden verspürt. Bei dieser Situation und doch grotesker kyphotischer Haltung sehe er die Indikation für eine erneute Infiltration (S. 1). 3.6

Dr. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1) führte in seinem Bericht vom 18. Juli 2017 (Urk. 10/40) aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 20. März 2017 nur einmalig behandelt worden. Am 20. Juni 2017 sei die Infiltration der Facettengelenke C3/4 beidseits erfolgt. Grund für die Infiltration seien stärkere Schmerzen gewesen, die vorausgehend am 14. März 2017 mit dieser Intervention gut hätten behandelt werden können. Über den weiteren Verlauf seit dem 20. Juni 2017 lägen keine Angaben vor. Es sei auch keine Verlaufsuntersuchung erfolgt, weshalb Fragen zur Arbeitsfähigkeit seit dem 20. März 2017 nicht beantwortbar seien (S. 1). 3.7.

### 3.7.1

Die Ärzte der Y.\_\_\_\_ erstatteten im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 16. Oktober 2017 ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 10/50). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 6 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 17 ff.) und ihre am 20. und 26. September 2017 erhobenen internistischen (S. 17 ff.), psychiatrischen (S. 21 ff.), orthopädischen (S. 29 ff.) und neurologischen (S. 39 ff.) Befunde. Sie nannten die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 45 unten

Ziff. 8.1.1): - fortgeschrittene Osteochondrose C3-7 mit paradoxer Kyphosierung, Knickbildung bei C4 und begleitender degenerativer Instabilität C5/6 - chronischer Nackenarmschmerz mit Anzeichen einer wechselnden sensiblen radikulären Symptomatik ohne motorische Ausfälle und vor allem mit Verstärkung bei längerer sitzender und stehender Haltung Als Diagnose ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach HWS-Kontusion/Distorsion am 4. Mai 2009 sowie ein Bagatelltrauma mit Absacken in einem Lift am 2. Juni 2016 mit persistierenden chronischen Nackenschmerzen ohne neurologische Ausfälle und radiologisch vorbestehender Kyphosierung der HWS und Diskusprotrusionen in den mittleren Segmenten sowie anlagebedingt einem engen Spinalkanal, einem Status nach posttraumatischer Belastungsstörung 2009, schädlichem Gebrauch von Cannabis, einer Bouchard-Arthrose des PIP-Gelenks des 5. Fingers der rechten Hand und einem leichtgradigen Streckdefizit ohne Schmerzsymptomatik (S. 45 f.

### Ziff. 8.1.2). 3.7.2

Aus internistischer Sicht wurde keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 17 ff.). 3.7.3

Aus psychiatrischer Sicht liessen sich keine objektifizierbaren Befunde erheben, welche für eine relevante psychische Erkrankung sprächen. Der Beschwerdeführer gebe zwar diffuse Symptome von Angst und Konzentrationsstörungen an, diese seien jedoch nicht nachvollziehbar. Es bestünden zurzeit auch keine Hinweise auf eine Symptomatik für eine posttraumatische Belastungsstörung. So berichte der Beschwerdeführer weder von wiederkehrenden Erinnerungen noch sei er beim Berichten der Vorfälle in einem emotionalen Ausnahmezustand mit erhöhter Schreckbarkeit oder Wachsamkeit. Der Beschwerdeführer zeige im Untersuchungsgespräch keinen quälenden anhaltenden Schmerz, wirke nicht beeinträchtigt, insbesondere auch nicht bei täglichen Aktivitäten wie

dem Autofahren. Des wegen sei weder von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung noch von einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und physischen Faktoren auszugehen, da das typische Verhalten und die Symptomatik nicht vorhanden seien. Es bestünden einzig Hinweise für nicht versicherte Faktoren wie beispielsweise eine schwierige wirtschaftliche Lage und Diskrepanzen zwischen der Ausbildung in seiner Heimat und den beruflichen Möglichkeiten in der Schweiz (S. 26). Zurzeit bestehe keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung oder medikamentöse Therapie. Aufgrund der gezeigten Befunde könne davon ausgegangen werden, dass dies auch nicht notwendig sei (S. 27). Bezüglich des Gesichtspunkts der Konsistenz führte der Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe verschiedene Symptome erwähnt, wie beispielsweise schwere Konzentrationsstörungen, welche jedoch nicht nachvollziehbar seien. So habe er angegeben, dass er sich nichts merken könne und alles vergesse. Dies stehe im Widerspruch zu seiner Aussage, dass er täglich viel lese und sich die gelesenen Informationen merken könne. Ebenso widersprüchlich erscheine, dass ihm das Autofahren keinerlei Probleme bereite. Des Weiteren sei die von ihm beschriebene Angststörung, welche sich jedoch nur von

## **E. 6**

und Urk. 7). Mit Beschwerdeantwort vom 22. Juni 2018 (Urk. 9) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 13. November 2018 zur Kenntnis gebracht und es wurde unter anderem der Antrag auf Beiladung der Vorsorgeeinrichtung (vgl. Urk. 1 S. 2) abgewiesen (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 6.1**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens 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).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte 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 Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C\_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

### **E. 6.2**

Aus dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) sind in den Jahren vor der Anmeldung im Dezember 2016 bei der IV-Stelle Stellenwechsel

und unregelmässige Einträge mit zwischenzeitlichem Bezug von Arbeitslosentschädigungen ersichtlich (Urk. 10/31 und Urk. 10/32), so dass für die Bestimmung des Valideneinkommens an keine bisherige Tätigkeit angeknüpft werden kann und es daher als

sachgerecht erscheint, die Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik heranzuziehen. Die Beschwerdegegnerin stütze sich deshalb für die Berechnung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne und ging von einem Einkommen für Hilfsarbeiter aus (Urk.).

### **E. 6.3**

Das von Männern im Jahr 2016 durchschnittlich erzielte monatliche Einkommen gemäss LSE 2016, Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, beträgt Fr. 5'340.--. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden (www.bfs.admin.ch, dort: Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T 03.02), der Nominallohnentwicklung vom Indexstand (Männer) 2'239 im Jahr 2016 auf 2'249 im Jahr 2017 (www.bfs.admin.ch dort: Entwicklung der Nominallöhne, T 39) und aufgerechnet auf ein Jahr resultiert ein Valideneinkommen von rund Fr. 67'102.-- (Fr. 5'340.-- x 12 : 40.0 x 41.7 : 2'239 x 2'249). Die bisherige Tätigkeit als Callcenter-Mitarbeiter ist bereits angepasst und dem Beschwerdeführer zu 60 % zumutbar (vorstehend E. 4.2 und E. 5.5), womit er ein Jahreseinkommen von Fr. 40'261.-- erzielen könnte. Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad von 40 % und damit Anspruch auf eine Viertelsrente, weshalb der Entscheid der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden ist. 7.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 8.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem 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: - Rechtsanwalt Holger Hügel - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

## E. 8

bis 17 Uhr unter der Woche bemerkbar mache, aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar (S. 27). Aus psychiatrischer Sicht bestehe daher eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bis herigen und in angepasster Tätigkeit (S. 27). 3.7 .3

Aus orthopädischer Sicht präsentiere sich der Beschwerdeführer im Vergleich zu der vorliegenden Dokumentation in einem deutlich gebesserten Zustand, jedoch

bestehe unter Berücksichtigung des Krankheitsverlaufs und der Bildgebung eine deutlich funktionelle Einschränkung. Bei der Untersuchung hätten sich vor allem Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule mit Ausstrahlung in den linken Arm ohne motorische Ausfälle, aber mit einer eingeschränkten Beweglichkeit der HWS gezeigt (S. 34 unten). Zwar habe sich die Beschwerdesymptomatik und Funktionalität durch die letzte Infiltration deutlich gebessert, aber bildgebend bestehe neben einer erheblichen Degeneration mit Fehlstellung auch eine relevante Instabilität an der Halswirbelsäule. Diesbezüglich seien die Beschwerden im Sitzen und Stehen nachvollziehbar und die subjektive Einschätzung zur körperlichen Leistungseinschränkung und der damit verbundenen verminderten Arbeitsfähigkeit sei teilweise schlüssig. Bei der Untersuchung habe sich gezeigt, dass 30 bis 40-minütiges Sitzen am Stück ohne Angabe von Schmerzen möglich sei (S. 36 oben). Zusammenfassend sei erfahrungsgemäss aufgrund des vorliegenden Krankheitsbildes im Verlauf phasenweise mit Verschlechterungen der Beschwerdesymptomatik zu rechnen und insgesamt ein Progress äusserst wahrscheinlich. Solange ein gutes Ansprechen auf die konservative Therapie bestehe und keine neurologischen Ausfälle vorlägen, sei eine Fortführung empfehlenswert. Aufgrund des jungen Alters des Beschwerdeführers und der erheblichen degenerativen Schädigung werde im Verlauf aus Sicht des Gutachters eine versteifende Operation und eventuell Dekompression notwendig sein (S. 36). Es bestehe eine deutliche Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit. Vermehrte Ruhepausen mit der Möglichkeit zum regelmässigen Wechsel der Arbeitsposition seien notwendig. Vermehrte Belastungen der Halswirbelsäule seien zu vermeiden. Möglich seien leichte Arbeiten mit vermehrten Ruhepausen (quantitative Einschränkung) und reduzierter körperlicher Belastung (qualitative Einschränkung). Von Vorteil sei die Erfahrung als Mitarbeiter eines Callcenters, was einer adaptierten beziehungsweise empfehlenswerten Tätigkeit entspreche (S. 36 Mitte). Aus orthopädischer Sicht bestehe seit Juni 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Triebfahrzeugführer/Kondukteur bei der Bahn, da durch die Beschleunigungs- und Bremsvorgänge eine Dekompensation der Beschwerden jederzeit möglich sei. In einer näher umschriebenen angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 % ab März 2017, wobei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit angepasst sei (S. 37 f.). Zum Zeitpunkt der Begutachtung bestehe eine mässige Einschränkung, jedoch im Hinblick auf den Krankheitsverlauf und die vorliegende Bildgebung sei bei einer Überbelastung aufgrund der fehlenden Kompensationsmöglichkeit rasch mit einer massiven Verschlechterung zu rechnen (S. 38). Zum Zeitpunkt der Begutachtung im Dezember 2016 durch Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.4) habe sich im Vergleich zur aktuellen Begutachtung eine deutlich stärkere Funktionseinschränkung und Schmerzsymptomatik der Halswirbelsäule gezeigt. Damals sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Kondukteur und als Mitarbeiter im Callcenter attestiert worden. Die Verbesserung sei aus Sicht des Gutachters auf das positive Ansprechen der Facettengelenksinfiltration C3/4 im März 2017 zurückzuführen, da laut Angaben des Beschwerdeführers seit diesem Zeitpunkt eine

deutliche Schmerzreduktion und eine deutliche Verbesserung der Beweglichkeit bestehe (S. 39 oben). Die im Vorfeld und auch aktuell vorliegende vollständige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Kondukteur sei schlüssig, da bei Beschleunigungs- und Bremsmanövern mit einer Dekompensation der bestehenden Symptomatik zu rechnen sei. Da sich die Schmerzsymptomatik und Funktionseinschränkung im Verlauf nun deutlich gebessert habe, sei aus Sicht des Gutachters eine Arbeitsfähigkeit in angepasster beziehungsweise der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in einem Callcenter zu 60 % möglich. Bei gutem operativen Outcome könne mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gerechnet werden (S. 39). 3.7 .4

Aus neurologischer Sicht würden die aktuellen Untersuchungsbefunde weitgehend mit den Voruntersuchungen übereinstimmen. Nach wie vor zeigten sich keine radikulären Ausfallssymptome oder Zeichen einer Myelopathie. Zurückgebildet habe sich hingegen die damals angegebene Sensibilitätsstörung ohne Dermatombefund im Bereich der linken Körperseite, für die aus neurologischer Sicht auch kein organisches Korrelat gefunden werden können. Aktuell würden lediglich noch passagere Parästhesien im linken Arm beklagt (S. 42 unten). Zusammenfassend liege ein Status nach Kontusion, allenfalls auch Distorsion der HWS am 4. Mai 2009 und eine subjektive Schmerzexazerbation nach einem Bagatelltrauma am 2. Juni 2016 vor. Eine spezifische neurologische Schmerzsache lasse sich nicht feststellen. Da davon ausgegangen werden könne, dass die Fehlstellung der HWS bereits vor dem ersten Unfall bestanden habe und dazumal zu keinerlei Beschwerden geführt habe, sei aus Sicht der Gutachterin sehr unwahrscheinlich, dass die Schmerzen allein auf einer Progredienz dieses Befundes beruhen würden. Es werde vermutet, dass muskuläre Faktoren infolge Schonhaltung und konsekutive Dysbalancen eine wichtige Rolle bei der Schmerzentwicklung spielten. Auch der anamnestisch erwähnte Trainingsmangel könne ein Einflussfaktor sein. Insgesamt sei aus neurologischer Sicht keine Pathologie erkennbar, die zu einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe (S. 43). 3.7 .5

Zusammenfassend wurde festgehalten, dass aus allgemein-internistischer, psychiatrischer und neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Aus orthopädischer Sicht bestehe seit Juni 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Triebfahrzeugführer/Kondukteur bei der Bahn, da durch die Beschleunigungs- und Bremsvorgänge eine Dekompensation der Beschwerden jederzeit möglich sei (S. 47 Mitte). Aus orthopädischer Sicht bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 % ab März 2017. Dabei seien die folgenden Tätigkeiten zu vermeiden: Heben und Tragen von Gewichten über 7 kg, Arbeitszwangshaltungen mit vermehrter Belastung der Hals- und Brustwirbelsäule, höhenexponierte Arbeiten (zum Beispiel auf Leitern oder Gerüsten), Arbeiten mit Arm-Vorhaltesituation, Grobarbeiten mit den Armen beidseits und das berufliche Lenken eines Kraftfahrzeugs. Zu empfehlen seien ausschliesslich leichte Arbeiten mit vermehrten Ruhepausen, eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit Möglichkeit zum regelmässigen Wechsel der Arbeitsposition und Möglichkeit zur Entlastung der Halswirbelsäule (zum Beispiel angepasste Nackenlehne an einem Bürostuhl ; S. 47 f.). 3.8

Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3 ) führte in seinem Bericht vom 1. März 2018 ( Urk. 10/67) aus, der Beschwerdeführer sei bei der letzten Konsultation am 31. Oktober 2017 als Kondukteur zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Inwieweit für angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit bestehe, könne nicht gesagt werden. Zur genauen Beurteilung werde

eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeiten empfohlen (S. 1). 3.9

Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 16. März 2018 (Urk. 10/69 S. 3 f.) zum Einwand des Beschwerdeführers (Urk. 10/68) aus, im Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ v. om Juli 2017 (vorstehend E. 3.6) sei festgehalten worden, dass die Schmerzen mit einer Infiltration am 14. März 2017 gut behandelt worden seien, weshalb am 20. Juni 2017 eine erneute Infiltration erfolge. Bereits im Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5) werde eine deutliche, mehrwöchige Linderung der Beschwerden nach der Facettengelenksinfiltration C3/4 am 16. November 2016 beschrieben. Deshalb werde die Behandlung akten- und tatsachenkonform im polydisziplinären Gutachten gewürdigt (S. 3). Die Behauptung des Beschwerdeführers, eine Facettengelenksinfiltration habe bekanntermassen und erfahrungsgemäss eine nicht lang dauernde Wirkung, sei aus medizinischer Sicht nicht korrekt. Die Wirkungsdauer des Lokalanästhetikums Lidocain betrage etwa 60 Minuten und nicht wie vom Beschwerdeführer vermutet zwei bis drei Monate. Ein entscheidender Wirkstoff sei das entzündungshemmende Glukokortikoid. Die erfolgreichen Infiltrationen im November 2016 und März 2017 würden die Wirksamkeit belegen. Es könne darunter auch zu längeren Remissionen aktivierter Arthrosen kommen. Die Behauptung des Beschwerdeführers, die Aktivierung habe sich sicherlich nicht zurückgebildet, die Schmerzlinderung sei auf den betäubenden Effekt des Lidocains zurückzuführen, sei deshalb aus medizinischer Sicht nicht haltbar (S. 3). Die Aussage des Beschwerdeführers, die nicht lang dauernde Wirkung der Infiltration sei im Gutachten nicht berücksichtigt worden, sei unbegründet. Es seien zudem keine ärztlichen Berichte vorgelegt worden, die eine erneute Beschwerdezunahme nachvollziehbar belegen würden (S. 3). Das eingeholte polydisziplinäre Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar, eine ergänzende EFL sei nicht erforderlich. Es seien auch keine neuen medizinischen Fakten/Tatsachen vorgebracht worden (S. 4). 3.10

Dr. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 14. Mai 2018 (Urk. 3/4) aus, dass sie den Beschwerdeführer seit 2009 hausärztlich betreue. Sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Rückfall/Ereignis von 2017 leider nicht nachhaltig verbessert trotz den bis herigen diagnostischen und therapeutischen Bemühungen (S. 1). Es seien insgesamt 3 Facettengelenksinfiltrationen durchgeführt worden, welche jeweils bis zu zweieinhalb Monate Beschwerdelinderung gebracht hätten. Mit Nachlassen der Infiltrationswirkung seien aber die Beschwerden jeweils wieder zurückgekehrt. Der Beschwerdeführer verspüre dann Steifigkeit/Starre bei Kälte, er könne nicht zu lange in einer Position bleiben und sein linker Arm sei schmerzhaft. Gemäss dem Bericht der Klinik B.\_\_\_\_ werde bestätigt, dass bei m

Beschwerdeführer ein hoher Leidensdruck bestehe und die zuletzt durchgeführte Facettengelenksinfiltration für mehrere Wochen zu einer deutlichen Beschwerdebesserung geführt habe. Aus ihrer Sicht seien die Beschwerden des Beschwerdeführers leider durch die durchgeführten Infiltrationen nicht nachhaltig besser geworden. Allenfalls könne hier ein operativer Eingriff zu einer längerfristigen Verbesserung führen (S. 1). 3.11

Dr. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1) führte in seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2018 (Urk. 7) aus, der Beschwerdeführer sei wegen eines chronifizierten Zervikalsyndroms zwischen November 2016 und März 2017 behandelt worden. Eine weitere Konsultation, auch wegen Nackenschmerzen, sei im März 2010 erfolgt. Radiologisch würden sich erhebliche segmentale degenerative Veränderungen zeigen, die über altersübliche Degenerationen

hinausgingen . Aus diagnostisch-therapeutischer Sicht seien zweimalig Infiltrationen mit Steroiden an der Halswirbelsäule erfolgt. Beide Male seien die Infiltrationen der Facettengelenke C3/4 beidseits sowie an der Rami mediales erfolgt. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers sei es im Anschluss an die Infiltration vom

1. November 2016 zu einer vorübergehenden Besserung der Beschwerden gekommen, die mit wenigen Wochen ange geben worden sei. Das Ergebnis der Infiltration im März 2017 sei ihm nicht bekannt (S. 1) . Die Erfahrung zeige, dass bei symptomatischen Spondylarthrosen der Halswirbelsäule mit Blockaden der Gelenke mit einem kristalloiden Steroid und mit einem Lokalanästhetikum vorübergehend (im Durchschnitt einige Wochen bis etwa drei Monate) eine Linderung, bestenfalls eine fast vollständige Schmerzabnahme erzielt werden könne. Häufig sei die Wiederholung dieser Prozeduren erforderlich. Gelingt es , das symptomatische degenerierte Segment einzugrenzen, sei auch die chirurgische Therapie mit der Spondylodese eine therapeutische Möglichkeit (S. 1). 4. 4.1

Zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers stellte die Beschwerdegegnerin - der Stellungnahme des RAD folgend ( Urk. 10/58 S. 6 f.) - auf das polydisziplinäre Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom Oktober 2017 (vorstehend E. 3.7 ) ab. Vorab ist festzustellen, dass das Y.\_\_\_\_ -Gutachten auf den notwendigen internistischen, psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers beruht und in Kenntnis der Vorak ten erging . Die Gutachter berücksichtigten die g eklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Die medizinischen Zusammenhänge und Schlussfolgerungen sind in einer Weise begründet, dass sie prüfend nachvollzogen werden können.

Das Y.\_\_\_\_ -Gutachten

erfüllt daher

die praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichts (vorstehend E. 1.6 ) vollumfänglich . 4.2

Im Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom Oktober 2017 wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine fortgeschrittene Osteochondrose C3-7 mit paradoxer Kyphosierung , Knickbildung bei C4 und begleitender degenerativer Instabilität C5/6 genannt. Es bestünden chronische Nackenarmschmerzen mit Anzeichen einer wechselnden sensiblen radikulären Symptomatik ohne motorische Ausfälle und mit Verstärkung bei längerer sitzender und stehender Haltung . Die vom Beschwerdeführer g eklagten Beschwerden im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung in die Arme konnten durchwegs klinisch und radiologisch objektiviert werden. Neben schweren degenerativen Veränderungen wurde bildgebend auch eine relevante Instabilität an der Halswirbelsäule festgestellt. Im Gutachten wurde nachvollziehbar aufgezeigt, dass die erheblichen degenerativen Veränderungen und die begleitende degenerative Instabilität eine deutliche Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit bedingten. Zu empfehlen seien daher aus schliesslich leichte Arbeiten mit vermehrten Ruhepausen und eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit Möglichkeit zum regelmässigen Wechsel der Arbeitsposition und zur Entlastung der Halswirbelsäule beispielsweise mittels einer angepassten Nackenlehne am Stuhl. Angepasste Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer seit März 2017 zu 60 % zumutbar. In der angestammten Tätigkeit als Chauffeur bestehe seit Juni 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, da durch die Beschleunigungs- und Bremsvorgänge eine Dekompensation der Beschwerden

jederzeit möglich sei. Das im Y.\_\_\_\_ -Gutachten genannte zumutbare Belastungsprofil erscheint

unter Berücksichtigung der relevanten Befunde als umfassend dargelegt und nachvollziehbar begründet.

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Callcenter-Mitarbeiter bewegt sich im Rahmen des Belastungsprofils, handelt es sich doch um eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit Bildschirmarbeit, Kommunikation und Möglichkeit zum Wechsel der Arbeitsposition und ohne relevante Hebe- und Tragebelastung (vgl. Urk. 10/50 S. 30). Für die Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit

in einem 60%-Pensum spricht zusätzlich, dass dem Beschwerdeführer das Autofahren keinerlei Probleme bereitet. 4.3

Der Beschwerdeführer machte geltend, dass er im Zeitpunkt der Exploration bei der Y.\_\_\_\_ noch unter dem Eindruck und der Wirkung der zuvor im Juni 2017 vorgenommenen Facettengelenksinfiltration gestanden habe (Urk. 1 Ziff. 37 und Ziff. 41). Die dem Y.\_\_\_\_ -Gutachten zugrundeliegenden Untersuchungen fanden am 20. und 26. September 2017 statt, also rund 3 Monate nach der letzten Facettengelenksinfiltration vom 20. Juni 2017 (vgl. vorstehend E. 3.6).

Gemäss Einwand des Beschwerdeführers hätten die Facettengelenksinfiltrationen - wenn überhaupt spürbar - massgeblich nur wenige Wochen Wirkung entfaltet (Urk. 1 Ziff. 34). Dabei hätten die ersten drei keinen massgeblichen Effekt gehabt, während die letzte vom 20. Juni 2017 zu einer vorübergehenden, etwa 80%igen Verbesserung geführt habe, dies aber nur für eineinhalb Monate mit anschliessend wieder zunehmenden Beschwerden (Urk. 1 Ziff. 39). Soweit der Beschwerdeführer also geltend macht, es könne nicht auf das Y.\_\_\_\_ -Gutachten abgestellt werden, da er unter der Wirkung der Facettengelenksinfiltration gestanden habe, widerspricht dies seiner Aussage, dass die Facettengelenksinfiltration vom Juni 2017 nur für eineinhalb Monate Wirkung gezeigt habe. Auch Dr. H.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom Mai 2018 aus

(vorstehend E. 3.10), dass insgesamt 3 Facettengelenksinfiltrationen durchgeführt worden seien, welche jeweils nur bis zu zweieinhalb Monate Beschwerdelinderung gebracht hätten (Urk. 3/4 S. 1). Der Einwand des Beschwerdeführers vermag nach dem Gesagten nicht zu überzeugen. 4.4

Weiter wandte der Beschwerdeführer ein, dass die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im Y.\_\_\_\_ -Gutachten, welche eine Arbeitsfähigkeit von 60% in angepasster Tätigkeit vorsehe, auf der falschen Annahme gründe, es sei nach den Facettengelenksinfiltrationen, insbesondere jener im März 2017,

ein verbesserter Gesundheitszustand eingetreten (Urk. 1 Ziff. 41).

Zur rechtsgenügenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts sei ein Gerichtsgutachten inklusive EFL unter Berücksichtigung der schwankenden Beschwerdeausprägung nach einer Facettengelenksinfiltration einzuholen (Urk. 1 Ziff. 42). Dem ist entgegenzuhalten, dass das Y.\_\_\_\_ -Gutachten in Kenntnis und Würdigung der Vorakten erging, insbesondere unter Berücksichtigung der Infiltrationen und deren Wirkung. So berichtete Dr. Z.\_\_\_\_ bereits im Juli 2017 (vorstehend E. 3.6), dass am 20. Juni 2017 eine weitere Infiltration erfolgt sei, da vorausgehend die Schmerzen mit der Infiltration vom März 2017 gut

behandelt werden konnten. Des Weiteren erscheinen die Angaben des Beschwerdeführers bezüglich der Wirkung

der Infiltrationen widersprüchlich. Er machte einerseits geltend, er habe im Zeitpunkt der Begutachtung unter dem positiven Effekt der Infiltration gestanden, andererseits vertrat er den Standpunkt, dass die Infiltrationen kaum Wirkung gezeigt hätten, weshalb dar auf nicht abgestellt werden könne.

Auch die Ausführungen von Dr. Z.\_\_\_\_

im zusätzlich eingereichten Bericht (vorstehend E. 3.11) stehen nicht im Widerspruch zu der fachärztlichen Beurteilung im Y.\_\_\_\_-Gutachten. Gemäss Dr. Z.\_\_\_\_

zeige die Erfahrung, dass bei symptomatischen Spondyloarthrosen der Halswirbelsäule mit Blockaden der Gelenke mit einem kristalloiden Steroid und mit einem Lokalanästhetikum vorübergehend (im Durchschnitt einige Wochen bis etwa drei Monate) eine Linderung, bestenfalls eine fast vollständige Schmerzabnahme erzielt werden könne. Häufig sei die Wiederholung dieser Prozeduren erforderlich, was der Einschätzung im Y.\_\_\_\_-Gutachten nicht entgegensteht. Im orthopädischen Teilgutachten wurde nachvollziehbar dargelegt, dass sich bei der Begutachtung im Dezember 2016 (vorstehend E. 3.4) im Vergleich zu r Y.\_\_\_\_-Begutachtung vom September 2017 eine deutlich stärkere Funktionseinschränkung und Schmerzsymptomatik der Halswirbelsäule gezeigt habe. Die positive Veränderung sei aus Sicht des Gutachters auf das positive Ansprechen der Facettengelenksinfiltration vom März 2017 zurückzuführen. Es wurde explizit darauf aufmerksam gemacht, dass der weitere Verlauf abzuwarten bleibe und erfahrungsgemäss ein Progress der degenerativen Veränderungen zu erwarten sei, weshalb mittel- bis langfristig wahrscheinlich eine operative Stabilisierung/Versteifung im Bereich der Halswirbelsäule notwendig sein werde. Ein operativer Eingriff als mittel- bis langfristige Option wurde denn auch von den behandelnden Ärzten und Dr. D.\_\_\_\_ empfohlen (vorstehend E. 3.10, E. 3.11 und E. 3.4). Nach dem Gesagten kann festgehalten werden, dass die aus orthopädischer Sicht festgestellten körperlichen Einschränkungen im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und in Kenntnis der Wirkung der Infiltrationen vollumfänglich berücksichtigt wurden. Dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden umfassend dargelegt und schlüssig begründet. Auf die Beurteilung des Y.\_\_\_\_-Gutachten kann abgestellt werden kann, weshalb keine weitere Begutachtung notwendig ist. 4.5

Insgesamt sind die internistischen, psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Teilgutachten sowie die polydisziplinäre Würdigung nachvollziehbar und plausibel begründet, in ihren Schlussfolgerungen überzeugend und erfüllen die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.6 und E. 4.1). Der medizinische Sachverhalt ist dahingehend erstellt, dass für die Tätigkeit als Triebfahrzeugführer/Kondukteur seit Juni 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und für eine näher umschriebene adaptierte Tätigkeit seit März 2017 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist. 5. 5.1

Der Beschwerdeführer machte geltend, es sei ihm ein leistungsbedingter Abzug vom Tabellenlohn von 20 % zu gewähren (Urk. 1 Ziff. 43 ff.). 5.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls 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). 5.3

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Gegenstand des Abzugs vom Tabellenlohn bildende Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_366/2015 vom 22. September 2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_826/2015 vom 13. April 2016 E. 3.2.1). Bei Versicherten, die aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ist unter dem Titel «Beschäftigungsgrad» ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wenn Teilzeitarbeit nach der im konkreten Fall anwendbaren Tabelle vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (Urteil 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 mit Hinweisen). Dagegen rechtfertigt der Umstand, dass die versicherte Person zwar ganztags arbeitsfähig, hierbei aber nur reduziert leistungsfähig ist, grundsätzlich keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C\_581/2016 vom 24. Januar 2017 E. 3 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_421/2017 vom 19. September 2017 E. 2.1.1).

Laut der gestützt auf die LSE 2012 erstellten Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen rechtfertigt ein Beschäftigungsgrad von 50-74 % bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) keinen zusätzlichen Tabellenlohnabzug (Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014, Anhang; vgl. dazu BGE 142 V 178 E. 2.5.1 mit Hinweis). Denn auf dieser Ebene besteht bei Männern zwischen dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 50-74 % proportional bezogen auf ein 100 %-Pensum (Fr. 6'080.--) und dem Durchschnittslohn bei einem Vollzeitpensum (Fr. 6'085.--) eine vernachlässigbare Differenz (von Fr. 5.--) und somit kein wesentlicher Unterschied. Bei Berücksichtigung der für das Jahr 2014 aktualisierten Tabelle besteht zwar bei den angegebenen Werten (Fr. 5'714.-- [Teilzeitpensum] und Fr. 6'069.--[Vollzeitpensum]) eine Differenz von Fr. 355.-- oder 5.85 %. Daraus ergibt sich jedoch keine überproportionale Lohneinbusse (Urteile des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 und 8C\_12/2017 vom 28. Februar 2017 E. 5.5.2 mit Hinweisen). 5.4

Der Einwand des Beschwerdeführers, es sei ihm ein leidensbedingter Abzug zu gewähren, da er nur noch in einem Teilzeitpensum tätig sein könne, vermag nicht zu überzeugen. Gemäss der Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen für das Jahr 2016 besteht zwischen dem von Männern erzielten Durchschnittslohn ohne Kaderfunktion in einem Vollzeitpensum (Fr. 6'121.--) und dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 50-74 % proportional bezogen auf ein 100 % Pensum (Fr. 5'875.--) eine Differenz von Fr. 246.--, mithin von rund 4 %. Daraus ergibt sich keine überproportionale Lohneinbusse, die einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würde (vorstehend E. 5.3). 5.5

Aus orthopädischer Sicht sind die folgenden Tätigkeiten zu vermeiden: Heben und Tragen von Gewichten über 7 kg, Arbeitszwangshaltungen mit vermehrter Belastung der Hals- und Brustwirbelsäule, höhenexponierte Arbeiten (zum Beispiel auf Leitern oder Gerüsten), Arbeiten mit Arm-Vorhalteposition, Grobarbeiten mit den Armen beidseits, das berufliche Lenken eines Kraftfahrzeugs. Zu empfehlen sind ausschliesslich leichte Arbeiten mit vermehrten Ruhepausen, eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit Möglichkeit zum regelmässigen Wechsel der Arbeitsposition und Möglichkeit zur Entlastung der Halswirbelsäule (zum Beispiel angepasste Nackenlehne an einem Bürostuhl). Bei der bisherigen Tätigkeit als Callcenter-Mitarbeiter handelt es sich um eine den körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit.

Das Erfordernis der vermehrten Ruhepausen alleine rechtfertigt keinen leidensbedingten Abzug. Das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil schränkt den Beschwerdeführer nicht zusätzlich derart ein, dass das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten weiter eingegrenzt wird. Es bestehen entsprechende Verweistätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt, die dem Anforderungs- und Belastungsprofil des Beschwerdeführers entsprechen. Des Weiteren ist nicht ersichtlich, dass sich der Beschwerdeführer bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen und der durch den erhöhten Pausenbedarf bedingten Leistungsminderung überwiegend wahrscheinlich (vgl. zum im Sozialversicherungsrecht massgeblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit etwa BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; Urteil 8C\_756/2017 vom 7. März 2018 E. 2) mit einem geringeren Lohn zu begnügen hätte als voll leistungsfähige und entsprechend einsetzbare Arbeitnehmer (Urteil des Bundesgerichts

9C\_833/2017 vom 20. April 2018 E. 5.1) . 5.5

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen haben sich sowohl im eingeschränkten Tätigkeitsprofil als auch in der sich daraus ergebenden Arbeitsunfähigkeit vollumfänglich niedergeschlagen, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin keinen leitensbedingten Abzug gewährte. 6.

**E. 10**

/57 S. 1), was vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wurde.

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