

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00131 vom 2. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00131

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00131 du 2 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00131 del 2 maggio 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1958, war seit November 2000 Bauarbeiter bei der X.____

AG zu einem Pensum von 100 % (Urk. 6/17). Daneben übte er seit November 2000 bei der Y.____ AG eine Nebenbeschäftigung als Unterhaltsreiniger im Umfang

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

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.

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 ausgeglichenem Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

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).

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

E. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die abweisende Verfügung (Urk. 2) damit, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der medizinischen Beurteilung die bisherige Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr zumutbar (S. 1 unten), hingegen er in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig

sei (S. 2 oben). Da er über Jahre neben der vollzeitlichen Tätigkeit als Bauarbeiter eine Nebenbeschäftigung im Reinigungsdienst zu 24 % ausgeübt habe, sei beim Einkommensvergleich sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen von einem Arbeitspensum von 124 % auszugehen. Da keine weiteren qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vorlägen, sei ein höherer Abzug vom Tabellenlohn als 10 % nicht gerechtfertigt (S. 2 Mitte). Wiedereingliederungsmassnahmen seien aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers nicht realisierbar (S. 3).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1), bis zum Verlaufsgutachten vom 4. April 2016 hätten sich seine Beschwerden verschlimmert und von den Gutachtern seien zusätzliche qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit auch in angepassten leichten Tätigkeiten festgestellt worden. Es sei daher nicht nachvollziehbar, dass

ihm die Beschwerdegegnerin in angepasster Tätigkeit ein Pensum von 124 % zumute und lediglich einen Tabellenlohnabzug von 10 % gewähre. Im Übrigen hätten die Gutachter keine Kenntnisse von seiner Nebentätigkeit gehabt, weshalb sie ihm in leidensangepasster Tätigkeit auch keine 124%ige Arbeitsfähigkeit attestiert hätten (Ziff. 6 S. 9). Abgesehen davon sei die gutachterliche Verlaufsbeurteilung nicht schlüssig (Ziff. 7 S. 9 f.). Zudem habe sich seit September 2017 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergeben (Ziff. 8 S. 10).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat .

E. 3

10

Dr. med. R.____ , Facharzt für Neurochirurgie, Klinik S.____ , stellte im Bericht vom 2. Oktober 2015 (Urk. 6/110/1-2 , vgl. auch Urk. 6/110/3-11) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - Lumboischialgie linksseitig, klinisch am ehesten entsprechend L5 links - mit radikuläre m Reiz- und sensomotorische m L5-Syndrom links - bei Status nach mikrochirurgischer Dekompression rezessal / extraforaminal L4/5 links - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - zervikospondylogenes Schmerzsyndrom

Die am 9. Juli durchgeführte Wurzelinfiltration L5 links habe zu einer etwa ein stündigen geringen Verbesserung der Lumboischialgie geführt (S. 1 unten). Kern spintomografisch bestehe der Verdacht auf eine Übergangsanomalie mit einem lumbalisierten S 1. Im zweituntersten Bandscheibenfach linksseitig finde sich eine deutliche Foraminalstenose . Dies könnte also einem L5/6 entsprechen. Die Foramina stenose dort sei teilweise durch Bandscheibenmaterial, teilweise durch eine hypertrophierte Fazette bedingt. Aufgrund des langwierigen Verlaufs sei es schwierig, eine erfolgreiche Therapie zu etablieren. Da die Wurzelinfiltration L5 links kurzfristig wirksam gewesen sei, sei sie zu wiederholen (gegebenenfalls auch mit einem Sakralblock). Bei wiederholt positivem Ansprechen könnte eine Hemilaminektomie L5 links zur kompletten Wurzelfreilegung L5 links durchgeführt werden (S. 2 Mitte).

E. 3.1

1

Am 4. April 2016 erstatteten Dr. med. T.____ , Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. U.____ , Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, sowie Dr. med. V.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Kardiologie , das Folgegutachten des Z.____

(Urk. 6/129). Darin stellten sie die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7): - chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren (F45.41) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (F33.0) - Lumboischialgie links bei Status nach mikrochirurgischer Dekompression L2 bis L5 beidseits ohne objektivierbare radikuläre Ausfälle - Zervicocephalgie links bei Diskusprotrusion C3 bis C7

Der Beschwerdeführer leide nach wie vor an einem chronischen Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates mit Schwerpunkt im Bereich der Lendenwirbelsäule im Sinne einer anhaltenden Lumboischialgie links beziehungsweise einem chronischen lumbospondylogenen und einem zervicospondylogenen Schmerzsyndrom. Auf neurologischem Fachgebiet hätten sich in diesem Kontext im Vergleich zur letzten Begutachtung keine neuen Aspekte ergeben. Nach wie vor seien keine klinisch relevanten, radikulären Ausfälle objektivierbar, so dass unter Würdigung aller Aspekte von einer unveränderten Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit ausgegangen werde. In der ursprünglichen Tätigkeit als Bauarbeiter bestehe hingegen

weiterhin keine Arbeitsfähigkeit (S. 8 oben).

Auf orthopädischem Fachgebiet werde eine unveränderte Lumboischialgie links bei Status nach mikrochirurgischer Dekompression L2 bis L5 beidseits formuliert. Hieraus bestehe schlussfolgernd nach wie vor eine Aufhebung der Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit, während in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine unveränderte 100%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werde (S. 8 Mitte).

Aus psychiatrischer Sicht sei nunmehr eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode festzustellen. In Komorbidität mit einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren sei im Gegensatz zum ärztlichen Vorgutachten nunmehr mit Diagnosestellung dieser Erkrankung im Rahmen einer psychiatrischen Untersuchung vom 30. Juni 2016 seit diesem Zeitpunkt eine Aufhebung der Arbeitsfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit als Bauarbeiter gegeben. In einer leidensadaptierten Tätigkeit - unter Berücksichtigung des Belastungsprofils - bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 8 unten).

Zusammenfassend attestierten die Gutachter eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in leichten Tätigkeiten im Wechsel von Sitzen, Gehen über nur kurzen Strecken und Stehen, ohne Zwangshaltungen und ohne Heben und Tragen von Lasten über 10

kg und ohne Besteigen von Leitern. Ausgeschlossen seien Tätigkeiten in kniender, gebückter beziehungsweise hockender Position sowie unter ungünstigen Witterungsbedingungen. Überdies sollten die Tätigkeiten ohne besonderen Verantwortungsbereich, ohne Publikumsverkehr und ohne erhöhten Zeitdruck (beispielsweise Akkordbedingungen) und unter Tagesschichtbedingungen auszuführen sein. Die Handlungsrichtlinien sollten klar vorgegeben sein und in Eigenarbeit sukzessive erfüllt werden können (S. 9).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer machte geltend, es seien ihm nur noch Tätigkeiten ohne besonderen Verantwortungsbereich, ohne Publikumsverkehr, ohne erhöhten Zeitdruck, ohne Anforderungen an seine Teamfähigkeit, zu Tagesschichtbedingungen, mit einfachen klar vorgegebenen Handlungsrichtlinien, welche er sukzessive in Eigenarbeit leisten könne, weshalb ein Abzug vom Tabellenlohn von 25 % gerechtfertigt sei.

E. 3.3

Dr. med. E.____, Facharzt für Anästhesiologie, stellte im Bericht vom 10. Oktober 2012 (Urk. 6/37/10-11) folgende Diagnosen (s. 2): - chronic back and leg pain bei Zustand nach Dekompressionsoperation bei multisegmentaler Spinalstenose, foraminaler Enge links und Übergangsstörung - chronische Schmerzerkrankung mit somatischen und psychischen Faktoren

Am 12., 16., 23. und 26. Oktober 2012 führte Dr. E.____ diagnostische Infiltrationen (Urk. 6/37/1-9) durch.

E. 3.4

Dr. med. F.____, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte im Gutachten vom 2. Dezember 2012 zuhanden des Krankentaggeldversicherers (Urk. 6/41/17-27) einen Status nach mikrochirurgischer Dekompression L2/3/4/5 sowie einen Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung (S. 8 Mitte).

Diagnostisch sei von einer Spinalkanalstenose auszugehen mit einer Pathologie bei L4, die jedoch mikrochirurgisch im März mit einer Dekompression von L2 bis L5 behandelt worden sei. Die weiter durchgeführten Untersuchungen hätten keine Hinweise gezeigt, welche die enormen Schmerzen und die mangelnde Behandelbarkeit erklären könnten. Auch die bildgebenden Verfahren liessen keine Irregularitäten erkennen. Die Hinweise in der Elektromyographie (EMG) auf eine Denervation entsprächen einem residuellen Befund nach Schädigung der Wurzel L5 durch die Hernie, hätten aber an sich keinen sehr massiven Krankheitswert oder würden gar die Beschwerden erklären. Auch die zuletzt durchgeführten Massnahmen in der Schmerzlinik (Dr. E. ___; vgl. oben E. 3.3) seien ohne wirklichen Erfolg geblieben (S. 7 unten).

Die Situation sei von neurologischer Seite her nicht erklärbar, es sei davon auszugehen, dass andere, psychogene Momente eine Rolle spielten. Psychogene Momente dürften auch eine Rolle bei der Untersuchung gespielt haben, bei welcher der Beschwerdeführer nicht richtig untersucht werden können, da jegliche Berührung an den unteren Extremitäten zu einer Abwehrreaktion und Angst geführt hätten (S. 8 Mitte).

E. 3.5

Dr. med. G. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Gutachten vom 30. Januar 2013 zuhanden des Krankentaggeldversicherers (Urk. 6/41 /2-17)

als Diagnose den Verdacht auf eine sich an somatische, bisher jedoch nie als arbeitsfähigkeitseinschränkend in Erscheinung getretene Kreuzbeschwerden anschliessende und diese seit der «Erkrankung» Ende 2011 auch ausweitende anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4; S. 13 unten).

Die Störung sei sozusagen aus dem Nichts Ende 2011 nach vorgängig als völlig unauffällig berichteter Arbeitsbiographie klinisch manifest dargestellt und insbesondere in Sachen Schmerzen den zahllosen diagnostischen und therapeutischen Interventionen zum Trotz als völlig unbeeinflussbar oder gar im Sinne einer permanenten Verschlechterung präsentiert worden. Sowohl in seiner Untersuchung als auch durch fremdanamnestic Angaben sei klar geworden, dass der Beschwerdeführer eine Einflussnahme diagnostischer oder therapeutischer Art zur Linderung seiner Schmerzen entschieden abblockte, wobei das anlässlich der Exploration an den Tag gelegte, grotesk anmutende, verbale Schmerzdarstellungsverhalten auch den Verdacht auf bewusstes Zutun respektive Aggravation aufkommen lasse (S. 13 unten ff.).

Medizinisch-theoretisch komme dieser (verdachtsweise

in Erwägung gezogene) psychoreaktiven Störung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu (S. 24 oben).

E. 3.6

Am 20. September 2013 erstatteten Dr. med. H. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. I. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. J. ___, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das polydisziplinäre Gutachten des

Z. ___ (Urk. 6/64). Darin stellten sie folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20): - persistierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - Status nach mikroinvasiver mehrsegmentaler Dekompression von kon genitalen

Spinalkanalstenosen L2/3/4/5 - im Verlaufs-MRI vom 20. August 2013 unter anderem als regrediente mehrsegmentale lumbale Spinalkanaleinengungen dokumentiert sowie - ebenfalls im Verlaufs-MRI beschriebene r vorbestehende r

extraforaminaler

Diskusprotrusion L4/5 mit Kontakt zur L4 extraforaminal - ohne assoziierte neuro-orthopädische Klinik - lumbovertebraler Befund im Sinne des Verdachtes auf ein Postnukleotomiesyndrom leichter Ausprägung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 20): - panvertebrales Schmerzsyndrom ohne über die vorbeschriebenen lumbovertebralen beeinträchtigenden Befunde und Diagnosen hinausgehende zusätzliche objektivierbare Pathologie als Teilaspekt einer psychiatrisch diagnostizierten autonomen somatoformen Schmerzstörung (F45.4) - radiologisch kongenitale lumbosacrale Assimilationsstörung ohne klinisch funktionellen Krankheitswert

Die vom Beschwerdeführer vorgetragene und insbesondere vorgeführten körperlichen Beschwerden hätten überwiegend weder organpathologisch noch psychiatrisch nachvollziehbar, sondern grotesk und im Sinne eines bewussten Schmerzdarstellungsverhaltens

/

einer Aggravation angemutet. Entsprechend habe sich Dr. G. ___ (vgl. oben E. 3.5) in seinen Ausführungen geäußert (S. 21 oben).

Die beim Beschwerdeführer umfangreich durchgeführten operativen und weiteren invasiven sowie konservativen physiotherapeutischen und medikamentösen Behandlungsmassnahmen inklusive einer stationären Rehabilitationsmassnahme hätten zu keinem therapeutischen Ergebnis geführt. Eine die Beschwerden erklärende orthopädische Pathologie im Bereich des Bewegungsapparates und ebenso wenig eine neurologische Pathologie und auch eine erklärende Psychopathologie habe nicht festgestellt werden können (S. 21 Mitte).

Rein aufgrund der Anamnese und der durchgeführten operativen Behandlungsmassnahmen resultiere die Schlussfolgerung, dass der Beschwerdeführer die zweifellos rückenbelastende frühere Tätigkeit als Bauarbeiter seit 16. März 2012 nicht mehr aufnehmen

/

fortführen könne. Leichte rückenadaptierte Tätigkeiten seien ihm, unter Vermeidung von rückenbelastenden Zwangshaltungen wie vorn über gebeugtes Stehen, Knien, Hocken sowie Kauern und von repetitiven Bewegungsanforderungen an den Rumpf sowie Heben, Tragen und Bewegen von Lasten über 20 kg, ab dem 1. September 2012 zu 100% zumutbar (S. 21 unten f.).

E. 3.7

Dr. med. K. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 24. Juli 2014 (Urk. 6/85) eine reaktive Depression aufgrund der angegebenen Rückenschmerzen und psychosozialer Belastungssituation sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei allseits orientiert, jammernd, da ihm niemand glaube, dass er wegen der starken Schmerzen nicht arbeiten

könne, und nervös. Der Gedankengang sei fixiert auf seine Schmerzen und seine Situation. Es gebe keine Anhaltspunkte für wahnhafte Ideen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Psychomotorisch sei er leicht unruhig aber nicht suizidal (Ziff. 1.4).

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit betreffend verwies Dr. K. ___ auf die Vertrauensärztin der Beschwerdeführerin (vgl. Ziff. 1.6, Ziff.

1.9).

E. 3.8

Dr. med. L. ___ , stellvertretende Chefarztin Rheumatologie, Universitätsklinik M. ___ , berichtete am 28. Oktober 2014 (Urk. 7/176), entsprechen dem bereits vorliegenden Befund könne eine akute oder chronische Denervation der L4 - / L5 - Wurzel links sowie eine relevante Spinalkanalstenose ausgeschlossen werden. Daher sei in Zusammenschau aller Befunde ein interdisziplinäres ambulantes Management mit hausärztlichen Kontrollen von Zeit zu Zeit, psychiatrischer Behandlung sowie supervisorischer Physiotherapie indiziert (S. unten f.) .

E. 3.12

Dr. med. W. ___ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, attestierte im Bericht vom 6. Januar 2018 (Urk. 6/167) bei den bekannten Diagnosen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

E. 3.13

Prof. Dr. med. AA. ___ , Ärztlicher Direktor, und Dr. med. AB. ___ , Assistenzarzt Orthopädie, Uniklinik M. ___ , stellten im Bericht vom 26. Januar 2018 (Urk. 6/170) folgende Diagnosen (S. 1) : - immobilisierende Lumbalgie und schmerzhafte L5-Radikulopathie links seitig bei - Facettengelenkszyste links L3/4 - breitbasige Discusprotrusionen L4/5 und L5/S1 linksbetont - neuroforaminale Enge L5/S1 links - Status nach mikrochirurgischer Dekompression L2-5 von links - lumbosakraler Übergangsanomalie - Depression

Die immobilisierenden Lumbalgien mit Ausstrahlung ins linke Bein könnten die Arbeit als Bauarbeiter stark einschränken. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer während 8 Stunden pro Tag zumutbar (S. 3 Ziff. 4.2).

E. 3.14

AC. ___ , Assistenzarzt, und Dr. O. ___ (vgl. E. 3.9) stellten im Bericht vom 19. März 2018 (Urk. 6/180) fest, Aufmerksamkeit und Konzentration seien schwer eingeschränkt. Ausserdem bestehe eine deutliche Einschränkung der Belastbarkeit und des Durchhaltevermögens und ein deutlich verminderter Antrieb. Es bestehe eine um 100 % verminderte Leistungsfähigkeit (Ziff. 1.7) .

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin stütze sich bei ihrer Entscheidung auf die beiden Gutachten des Z. ___ vom 20. September 2013 (E. 3.6) und 4. April 2016 (E. 3.11). Vorab ist festzustellen, dass die Gutachten in jeder Hinsicht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entsprechen. Sie basieren auf den notwendigen internistischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen des Beschwerdeführers. Den Gutachtern standen die Akten der Beschwerdeführerin zur Verfügung, worin namentlich die relevanten medizinischen Berichte enthalten waren. Die

Gutachter berücksichtigten sodann die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Beide Gutachten leuchten in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind auch die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann.

E. 4.2

Aufgrund der Darlegungen in den Z.____ -Gutachten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht seit 2012 an eine r

Lumboischialgie links bei Status nach mikrochirurgischer Dekompression L2 bis L5 beidseits im März 2012 ohne objektivierbare radikuläre Ausfälle leidet. Im Gutachten vom 4. April 2016 wurden zusätzlich eine

Zervicocephalgie links bei Diskusprotrusion C3 bis C7 diagnostiziert , welche im Gutachten von September 2013 noch nicht genannt wurde.

Ein zervikospondylogenes Schmerzsyndrom wurde erstmals von Dr. R.____ (E. 3.10) im März 2015 festgestellt, wobei dieser hinsichtlich der Halswirbelsäule (HWS) damals keine motorischen Defizite hatte feststellen können. Da die Beschwerden damals im Hintergrund standen, wandte er sich zunächst der Lendenwirbelsäule zu (Urk. 6/110/9-10 S. 2 unten). Im weiteren Behandlungsverlauf wurde die HWS nur noch einmal erwähnt, als Dr. R.____ im Bericht vom 4. Mai 2015 (Urk. 6/110/7-8) anmerkte, die HWS-Beweglichkeit sei besser, die Rotation gelinge gut. Auch anlässlich der orthopädischen Untersuchung in Z.____ war die Beweglichkeit der HWS nur endgradig eingeschränkt (Urk. 6/129 S. 34). Allerdings war die Beweglichkeit der HWS bereits anlässlich der Begutachtung im September 2013 endphasig schmerzhaft, wobei kein messbares Defizit vorhanden war (Urk. 6/64 S. 13). Allein aus dem Umstand, dass im Gutachten von April 2016 eine Zervicocephalgie links bei Diskusprotrusion C3 bis C7 diagnostiziert wurde, kann damit nicht geschlossen werden, dass im Zeitraum zwischen den beiden Gutachten in somatischer Hinsicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist .

Aber auch aufgrund des nach dem Gutachten von April 2016 erstatteten Berichtes von Prof. AA.____ und Dr. AB.____ (E. 3.13) , worin im Übrigen keine Zervicocephalgie erwähnt wurde, kann nicht geschlossen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert haben soll. Als Funktionseinschränkungen beschrieben sie übereinstimmend mit den Gutachtern im mobilisierende Lumbalgien mit Ausstrahlung ins linke Bein, welche die Arbeit als Bauarbeiter stark einschränken könnten. Aus dem Umstand, dass sie eine dem Leiden angepasste Tätigkeit während 8 Stunden pro Tag als zumutbar erachteten, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sie mit dieser Angabe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestierten , geht man doch gemeinhin davon aus, dass ein normales Vollpensum in etwa 40 Stunden pro Woche beträgt.

E. 4.3

Was den psychischen Gesundheitsschaden betrifft, gingen die Gutachter im Gutachten von April 2016 von einer Verschlechterung seit September 2013 dahingehend aus, dass nunmehr zur die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigenden somatoformen Schmerzstörung eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (F33.0) , hinzukam. Allerdings gingen die Gutachter davon aus, dass sich diese in einer angepassten Tätigkeit in der Arbeitsfähigkeit nicht niederschlägt.

An dieser Einschätzung vermögen die Berichte der P.____

unter Federführung von Dr. O.____ (E. 3.9 und E. 3.14) nichts zu ändern. Darin wurde rückwirkend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 31. Januar 2012 attestiert, mithin ab dem Zeitpunkt, in welchem dem Beschwerdeführer aufgrund der Lumboschialgie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde und noch keine psychiatrische Diagnose aktenkundig war.

Insoweit der Beschwerdeführer sich auf den Standpunkt stellte, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb sich die depressive Störung nicht auch in einer angepassten Tätigkeit auswirken soll, ist ihm nicht zu folgen, beschrieben die Gutachter doch, dass eine angepasste Tätigkeit ohne besonderen Verantwortungsbereich, ohne Publikumsverkehr und ohne erhöhten Zeitdruck (z.B. Akkordbedingungen) aus gestaltet sein sollte. Diese Arbeitsplatzanforderung bietet eine Tätigkeit auf dem Bau, wo oft Akkordbedingungen herrschen, Teamarbeit unerlässlich ist und unter den Kollegen ein zuweilen rauhes Klima herrscht, eben gerade nicht.

E. 4.4

Dem Beschwerdeführer ist darin beizupflichten, dass sich die Gutachter nicht ausdrücklich dazu äusserten, ob sich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf ein normales Vollzeitpensum bezieht oder auf die vom Beschwerdeführer ausgeübten Tätigkeit in im Umfang von 124 % eines Normalpensums. Aus den Akten war den Gutachtern jedoch bekannt, dass der Beschwerdeführer ein Nebenberuf nachging (vgl. Urk. 6/64 S. 2 und S. 7). Unter diesen Umständen kann die Aussage, es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, nicht so verstanden werden, dass dem Beschwerdeführer nur ein Normalpensum von etwa 40 Wochenstunden zumutbar wäre. Lag das frühere Arbeitspensum über diesem Umfang, beschlägt die Feststellung einer fehlenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vermutungsweise auch die Frage nach dem noch zumutbaren Pensum (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_ 88 3/2007 vom 18. Februar 2008 E. 2.4) . Wie aber im Folgenden zu zeigen sein wird, spielt die Beantwortung dieser Frage für den Ausgang des Verfahrens keine Rolle (vgl. unten E.

E. 4.5

Da der Beschwerdeführer bereits aus somatischen Gründen nur noch in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist und aus psychiatrischen Gründen in einer solchen Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, kann vorliegend auf das strukturierte Beweisverfahren verzichtet werden (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

E. 4.6

Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist.

E. 5

).

E. 5.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde

tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung an 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).

Gemäss IK-Auszug vom 28. September 2015 (Urk. 6/109) erzielte der Beschwerdeführer im Jahr 2011 bei der X. AG ein Einkommen von Fr. 76'441.-- und bei der Y. AG ein solches von Fr. 10'278.-- und somit bei einem Arbeitspensum von zirka 124 % insgesamt Fr. 86'719.--. Unter Berücksichtigung des Nominallohnindex für Männer von 2'171 Punkten im Jahr 2011 und 2'204 Punkten im Jahr 2013 (BSF, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, T 39) ergibt dies ein Valideneinkommen von rund Fr. 88'037.--.

E. 5.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (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). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens auf Grund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Das durchschnittliche Einkommen für Männer im untersten Kompetenzniveau betrug im Jahr 2012 Fr. 5'210.-- (LSE 2012, TA1). Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (BSF, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) sowie der Entwicklung der Nominallöhne der Männer von 2'188 Punkten im Jahr 2012 und von 2'204 im Jahr 2013

(BFS, a.a.O.) ergibt dies bei einem Arbeitspensum von 100 % ein hypothetisches Einkommen von rund Fr. 65'654.--.

E. 5.3.1

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 ein geschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesund heitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbeding ten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichts punkts führen dürfen (Urteil 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. 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 abwei chende 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) .

E. 5.3.3

Wenn von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätig keiten auszugehen ist, können unter dem Titel des leidensbedingten Abzuges grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgegli chenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundes gerichtes 9C_366/2015 vom 2 2. September 2015 E. 4.3.1). Aus diesem Grund wurde die Notwendigkeit einer psychisch bedingt verstärkten Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen in der Gerichtspraxis nicht als eigen ständiger Abzugsgrund anerkannt (Urteil e

des Bundesgerichts 9C_366/2015 vom 2 2. September 2015 E. 4.3.1 mit Hinweis auf SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87, 9C_708/2009 E. 2.3.2; Urteile 8C_283/2011 vom 2 6. Mai 2011 E. 4 und 9C_474/2010 vom 1 1. April 2011 E. 3.4). Gleiches hat hinsichtlich de r

geltend gemachten zusätzlichen qualitativen Einschränkungen zu gelten. Abgesehen davon, dass der Einschränkung des Beschwerdeführers bereits in der Annahme, dass er nur noch ein Pensum von 100 % und nicht mehr von 124 % zu leisten vermag, Rechnung getragen wurde (vgl. oben E. 5.2), ist angesichts des von den Z.____ -Gutachtern formulierten Zumutbarkeitsprofils (vgl. oben E. 3.11) im Falle de s Beschwerdegegner s von einem breiten Spektrum an zumutbaren Verwei sungstätigkeiten auszugehen . Ein höhere r Abzug als de n von der Beschwerde gegnerin gewährte n von 10 % rechtfertigt sich daher nicht. Dass diese im Vorbe scheid vom 6. März 2014 noch von einem Abzug von 15 % ausgegangen ist, ändert daran nichts, entfaltet doch ein Vorbescheid keinerlei rechtlichen Wirkun gen.

Bei einem Tabellenlohnabzug von 10 % beträgt das Invalideneinkommen Fr. 59'08

E. 8

00 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Mosimann Tiefenbacher

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