

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00510 vom 30. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00510

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00510 du 30 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00510 del 30 aprile 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts

[ATSG]). 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 kom menden 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 betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

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 Zusam menhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 8. Juli 2019 (Urk. 1) Be schwer de und beantragte, die Verfügung vom 7. Juni 2019 sei dahingehend zu ergänzen, dass die Beschwerdegegnerin verpflichtet werde, ihm ab Mai 2012 eine Drei viertelsrente , mindestens eine halbe Rente auszurichten und ab 1. April 2016 eine ganze Rente, mindestens eine Dreiviertelsrente , jeweils zuzüglich Verzugszins von 5 % gemäss Art. 26

ATSG (1.); alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin, die Entschädigung zuzüglich Mehrwertsteuer (2.).

Die IV-Stelle schloss am 11. September 2019 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 12. September 2019 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 7. Juni 2019 (Urk. 2) zur Hauptsache, gemäss dem Verlaufsgutachten sei von einer Verschlechterung der gesundheitlichen Beschwerden ab Gutachtenszeitpunkt auszugehen und somit sei dem Beschwerdeführer ab dem Tag der Untersuchung nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 70 % möglich. Sodann sei davon auszugehen, dass die bis herige Tätigkeit einer angepassten Tätigkeit entspreche und ein Prozentvergleich durchzuführen sei. Es bestehe ab Mai 2012 ein Invaliditätsgrad von 20 % und ab November 2018 (drei Monate nach Verschlechterung) ein Invaliditätsgrad von 30 %. Zusammengefasst könne daher gesagt werden, dass der Beschwerdeführer vom 1. Mai 2011 bis 30. April 2012 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. Danach liege der IV-Grad unter 40 %, weshalb kein Anspruch mehr auf Rentenleistungen bestehe. Es bestehe auch kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (S. 5).

E. 2.2

Dagegen wendet der Beschwerdeführer (Urk. 1) im Wesentlichen ein, der Gutachter habe ihn aufgrund der Zustandsverschlechterung für angepasste Arbeiten als zu 70 % arbeitsfähig erachtet, wobei aufgrund des erhöhten Pausen- und Erholungsbedarfes von einer höheren täglichen Präsenz von 6-7 Stunden auszugehen sei. Diese Auffassung finde in den Akten keine Stütze und sei nicht nachvollziehbar. Daher sei von einer Zustandsverschlechterung und dem Beginn der 70%igen Arbeitsunfähigkeit (richtig: Arbeitsfähigkeit) ab Januar 2016 auszugehen. Im Übrigen sei die Begründung der gutachterlichen Abweichung von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch PD Dr. Z.____ und Dr. A.____ (40-50%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten) dürftig. Daher erscheine zu treffend, von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit, jedenfalls vom Mittel der beiden Einschätzungen, somit von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit ab Januar 2016, auszugehen. Zu ergänzen sei, dass er seit 26. Februar 2019 wieder vollumfänglich arbeitsunfähig sei. An diesem Tag habe er wegen einer Exazerbation wieder hospitalisiert werden müssen. Er

habe anschliessend eine Antibiotika-Kur durchlaufen müssen und sei wiederum bis mindestens August 2019 arbeitsunfähig (S. 7).

Hinsichtlich der Invaliditätsbemessung hält der Beschwerdeführer dafür, für generelle Managementtätigkeiten in anderen Bereichen besitze er keine Berufsausbildung und keine Berufserfahrung, ebenso wenig für administrative Berufe. Eine berufliche Wiedereingliederung in der doch repräsentativen Stellung des Managers eines Fitnesscenters sei infolge seiner nun angeschlagenen Gesundheit nicht aussichtsreich. Eine gleichwertige Anstellung in einem anderen Bereich werde voraussichtlich an seinen mangelnden Fachkenntnissen scheitern. Ohne einschlägige Ausbildung oder Berufserfahrung werde lediglich eine Anstellung in untergeordneter Position realisierbar sein, was aber mit einer deutlichen Einkommensbusse verbunden sei (S. 11 f.). Gestützt auf einen Einkommensvergleich resultiere

ab 1. Mai 2012 ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente , mindestens auf eine halbe Rente. Diese habe zur Folge, dass nach der Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Januar 2016 das Wartejahr nicht erfüllt werden müsse und bereits ab 1. April 2016 ein Anspruch auf eine ganze Rente, mindestens auf eine Dreiviertelsrente bestehe (S. 12 ff.). 3. 3.1

Das hiesige Gericht wies mit Entscheid vom 1. März 2017 (Urk. 7/152) die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit diese die gutachterliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung von 80 % bei der Invaliditätsbemessung übernehme (E. 5.2.4), über einen allfälligen Anspruch des Beschwerdeführers – zumindest befristet – ab 11. März 2011 neu befinde (E. 3.5.2) und ergänzende Abklärungen über die Auswirkung der Veränderung im Januar 2016 veranlasse und hernach über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistung der Invalidenversicherung unter Berücksichtigung des Vorgenannten neu verfüge (E. 5.3). Diesem Entscheid lagen im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen zugrunde: 3.1.1

Im MEDAS-Gutachten vom 17. September 2015 (Urk. 7 / 126) wurde folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 22): 1. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne Zeichen von Wurzelreizsymptomatik, Erstbeschwerden 2008 - St. n. instrumentierter interkorporeller rigider Fusion L3 bis L5 und dynamischer Stabilisation L2/3 am 01.11.2011 bei diskogen-degenerativer Schmerzsymptomatik L2 bis L5 - klinisch allseitige deutliche, aber schmerzarme Bewegungseinschränkung der LWS ohne radikuläre Zeichen - konventionell-radiologisch intakter OSM-Sitz, minimale Anschlussdegeneration L1/2 und L5/S1 nicht auszuschliessen, lumbosakrale Übergangsanomalie mit Spina bifida S1/2 und Spondylolyse L5 links (Röntgen 10.06.2015, 10.04.2012, CT 22.04.2008)

Folgenden weiteren Diagnosen massen die Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 7/126 S. 22): 1. Deutliche Valgus-Knick-Senk-Spreizfussdeformität beidseits, minimal symptomatisch im Fersenbereich 2. St. n. Commotio cerebri nach Angefahrenwerden im Verkehr ca. 1988 gemäss Anamnese mit längerem Bewusstseinsverlust, ohne Beschwerdefolgen 3. St. n. Melanom-Entfernung an der Beinhaut anamnestisch (keine Unterlagen)

Weiter gaben die Gutachter an, aus internistischer Sicht liessen sich in der aktuellen Exploration keine die Arbeitsfähigkeit relevant einschränkende Erkrankungen nachweisen. Gemäss dem psychosomatischen Fachgutachten hätten weder Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit noch solche ohne festgestellt werden können (Urk. 7 /126 S. 24).

Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer über seit der Operation gebesserte lumbale Beschwerden mit Ausstrahlung flächig in den Beckenkambereich beidseits, mit Schmerzpunkten tiefthorakal median und im Bereich der Sakrumoberkante median berichtet. Früher in der Mitte der Lendenwirbelsäule verspürte Beschwerden seien nach der Operation verschwunden. Intermittierend bestünden Schmerzausstrahlungen in den rechten Oberschenkel, gelegentlich bis in den Unterschenkel rechts, nicht zunehmend. Die Beckenkambeschwerden seien anhaltend da, aber im Hintergrund. Die anderen lumbalen Schmerzlokalisationen hätten an Intensität wieder zugenommen und seien etwa gleich stark wie sechs Monate vor dem operativen Eingriff. In der aktuellen Quantifizierung machten sie etwa 50 % der unmittelbar präoperativ vorhanden gewesenen Schmerzintensität aus, als sich der Beschwerdeführer aber "nicht mehr bewegen können". Schmerz verschlimmernd wirkten sich Oberkörperklonik und

-rotation aus. Zu dem sei ein Sitzen über mehrere Stunden nicht möglich. Ein tägliches Sich-Hinlegen helfe gegen die Schmerzen (Urk. 7 /125/15-26 S. 10).

Weiter führte der rheumatologische Konsiliararzt aus, insgesamt liege ein deutliches degeneratives Wirbelsäulenleiden vor, mit radiologisch vor Jahren schon festgestellten mehrsegmentalen Bandscheibenprotrusionen, spinalchirurgisch ausgedehnt operiert mit rigider Segmentfixation L3 bis L5 und dynamisch L2/3.

Konventionell-radiologisch liessen sich keine sicheren degenerativen Entwicklungen der Nachbarsegmente nachweisen, was aber entsprechende Überlastungsbeschwerden diskogener oder facettogener Ursache nicht ausschliesse. Grobe radiologische, die Beschwerden erklärende Auffälligkeiten fänden sich aber nicht. Das klinische Motilitätsbild sei recht frei mit Ausnahme einer schmerzhaft eingeschränkten Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule vor allem für die Rotation und die Seitneigung, weniger für die Inklination. Eindrucks-mässig bestünden wenige Motilitätseinschränkungen in der Untersuchungssituation, aber wohl eine Beschwerdeverschlimmerung durch längeres Sitzen. Das Gesamtbild lasse früher attestierte Einschränkungen der spinalen Belastbarkeit nachvollziehen, für biomechanisch angepasste Tätigkeiten jedoch höchstens eine geringe Leistungsmin-derung attestieren. Indem das Profil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in den Unterlagen nicht genügend nachvollziehbar und umfassend dokumentiert sei, könne gutachterlich zur Zumutbarkeit der letztgenannten Erwerbstätigkeit nicht Stellung genommen werden. Es könne nur das Profil einer entsprechend zumutbaren Verweistätigkeit gutachterlich formuliert werden. Es fänden sich keine Anhaltspunkte aus aktueller Perspektive dafür, dass die attestierten Arbeitsunfähigkeiten, wie sie von den behandelnden Ärzten formuliert worden seien, retrospektiv gutachterlich in Frage zu stellen wären. Die Angaben über die Schmerzentwicklung, wie sie vom Exploranden derzeit erhältlich seien, deckten sich mit den Angaben der behandelnden Ärzte. Auch betreffs der entsprechenden Zeiträume fänden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die erfolgten Attestierungen zu hinterfragen wären. Diskrepanzen fänden sich in den Akten betreffs Charakteristik in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, in dem der Explorand für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Fitnessinstructor ein „Hands-on“ mit somit wohl auch muskuloskelettär belastenden Tätigkeitsanteilen schildere, die Akten aber von einer rein Management-artigen Bürotätigkeit ausgingen. Diese Diskrepanz könne gutachterlich nicht aufgelöst werden (Urk. 7 /125/15-26 S. 11).

Aus rheumatologischer Sicht seien körperlich leichte Tätigkeiten mit der Möglichkeit zum selbständigen Wechseln der Körperposition, nicht ausschliesslich sitzend, stehend oder gehend, ohne Notwendigkeit zu wiederholten Rotationen des Oberkörpers, ohne Notwendigkeit zum Sich-Bücken-Müssen, ohne Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten mehr als 2-3 kg zumutbar. Für derartige Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, dies ab dem Gutachtenszeitpunkt. Die Reduktion gegenüber einer Vollzeit-tätigkeit berücksichtige einen etwas vermehrten Pausenbedarf und das Einnehmen-Müssen von gelegentlichen Entlastungsstellungen, wie es vom Exploranden auch derzeit im Alltag praktiziert werde. Allenfalls könne dies im zeitlichen Umfang im Rahmen einer Erwerbstätigkeit gegenüber der aktuellen Praxis wohl etwas angepasster und reduzierter gehandhabt werden (Urk. 7 /125/15-26 S. 11).

Die Einschätzung des rheumatologischen Gutachters wurde so im MEDAS- Gutachten vom 17. September 2015 übernommen. Ergänzend führten die Gutachter hinzu, für den gelernten Beruf als Sportlehrer/ Fitnessinstructor im klassischen Sinn mit vor allem

körperlicher Tätigkeit, Instruktion etc. sei auf grund der somatischen Einschränkungen wohl keine Arbeitsfähigkeit anzu nehmen. Sofern in der angestammten Tätigkeit die angegebenen Einschränkungen berücksichtigt und eingehalten werden könnten, d.h. vor allem Bürotätigkeit ausgeübt worden sei, so wäre der Explorand im angestammten Beruf zu 80 % arbeitsfähig (Urk. 7 /126 S. 25).

Aus aktuell gutachterlicher Sicht bestehe für eine angepasste Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit vermutlich schon seit Mai 2012. Der Zeitraum Mai 2012 bis April 2014 scheine einen medizinisch weitgehend stabilen Gesundheitszustand umfasst zu haben, mit zwar signifikanten Restbeschwerden, welche sich aber nicht wesentlich vom aktuellen Zustand unterschieden. Eine bedeutende Zäsur sei für die Zeit nach Mai 2012 aus jetziger Perspektive retrospektiv nicht auszumachen. Der Zeitraum vor Mai 2012 sei als postoperative Rehabilitationsphase nach dem Eingriff vom November 2011 einzu stufen. Der Eingriff vom November 2011 habe nachweislich und dokumentiert zu einer Verbesserung der Beschwerden geführt. Nach dem Mai 2012 sei eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes nicht dokumentiert. Die intermittierend wiederholte 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei gutachterlich retrospektiv nicht näher überprüfbar. Jedoch hätten sich die objektiven Befunde nicht in nachvollziehbarer Weise veränderte beziehungsweise verschlechtert, sondern es zeige sich insgesamt ein in etwa stabiler Verlauf. Es gebe also keinen belegten Grund, ab Mai 2012 nicht von einer grundsätzlichen Arbeitsfähigkeit in entsprechend angepasstem Tätigkeitsbereich wie oben ausgeführt auszugehen (Urk. 7 /126 S. 25 f.). 3.1.2

Dr. med. A. ___ stellte im Bericht vom 13. Mai 2016 (Urk. 7 /135) folgende Diagnosen: - Chronische Lumbalgien mit Anschlussdegeneration L1/2 - Status nach instrumentierter interkorporeller Fusion L3 bis L5 mit PEEK-Cages und Fixateur interne sowie dynamischer Stabilisierung L2/3 am 01.11.2011 bei Diskusdegenerationen L2 bis L5 bei Status nach mehreren lumbalen Diskushernien

Dazu führte er aus, beim Beschwerdeführer sei es Ende Januar zu einer Schmerzexazerbation seiner bekannten Rückenschmerzen gekommen. Die Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 31. März 2016 zeige eine Spondylarthrose L1/2. Die Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule vom 27. März 2016 zeige neu im Vergleich zu den Voraufnahmen eine deutliche Bandscheibendegeneration L1/2. Hier habe sich linksseitig eine Diskushernie gebildet, die recessal Kontakt zur Wurzel L2 habe. Es bestehe eine deutliche Spondylarthrose. Hier sei es offensichtlich im Verlauf zu einer Anschlussdegeneration gekommen. Die klinischen Beschwerden liessen sich zwanglos mit der kernspin tomographisch nachgewiesenen Anschlussdegeneration L1/2 erklären. Klinisch sei es unklar, ob die Schmerzen eher von der Bandscheibe oder den Fazettengelenken herrührten. Da sich aktuell keine radikuläre Symptomatik zeige, und die Rückenbeschwerden gut kontrolliert seien, möchte der Beschwerdeführer keine weiteren invasiveren Abklärungen. 3.1.3

In einem undatierten wohl Anfang August verfassten (vgl. Urk. 7 /146 S. 4) – Bericht (Urk. 7 /143) wiederholte Dr. A. ___ die bereits im Mai 2016 (E. 3.1.2 hievore) gestellten Diagnosen. Ergänzend gab er an, die deutliche Bandscheibendegeneration L1/2 sei im Vergleich zu den Voraufnahmen mit einer linksseitigen Diskushernie neu. Die langjährigen lumbalgieformen Beschwerden mit rezidivierenden ischialgieformen Ausstrahlungen würden sicherlich persistieren. Die vorübergehende linksseitige Schmerzausstrahlung sei durch die Bandscheibenprotrusion L1/2 durchaus erklärbar. Aufgrund der Rücken erkrankung

kung bestünden Einschränkungen hinsichtlich der körperlichen Leistungsfähigkeit bei längerem Stehen, Heben und Tragen von Lasten über 3 kg, sowie bei Arbeiten in Zwangspositionen oder Bücken, Heben und über Kopf Tätigkeiten. In einer angepassten Tätigkeit sollte zumindest eine halbschichtige oder knapp unter halbschichtige Arbeitsfähigkeit gegeben sein. Gegen eine leichte körperliche Tätigkeit mit der Möglichkeit zum selbständigen Wechseln der Körperposition ohne häufige Rotationsbewegungen des Oberkörpers so wie ohne Bücken, Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 3 kg ohne Zeitdruck und flexible Arbeitseinteilung spreche nichts. Die Beschwerden des Patienten liessen sich mit dem Aktivitätsniveau beim Spazierengehen und leichten häuslichen Tätigkeiten problemlos vereinbaren. Schliesslich handle es sich hierbei um leichteste Tätigkeiten, die zudem mit einer deutlichen Linderung der Symptomatik (Laufen) einhergingen, ohne jeglichen Zeitdruck und jederzeitlicher Möglichkeit der Pausen und Unterstützung durch die Familie. 3.2

Der für das rheumatologische Verlaufsgutachten der Y.____ vom 10. Oktober 2018 (Urk. 7/183) verantwortlich zeichnende Experte stellte im Vergleich zum vorgenannten ME DAS-Gutachten (E. 3.1.1 hier vor) neu folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13): - bildgebend segmentale Anschlussdegeneration L1/2 mit bilateraler Bandscheibenprotrusion

mit Wurzelkontakt L2 links, tieflumbale Spondylarthrosen, regelrechter Osteosynthesematerial-Sitz, Serom im Bereich der Pedikelschraube LWK3 rechts, mässige Einengung der Wurzel L5 beidseits, lumbosakrale Übergangsomalie mit Spina bifida S1/2 und stabile Spondylolyse L5 links

Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er (S. 13): 1. Status nach OSG-Distorsion links 2014, verheilt 2. Status nach Planatarfaszien-Insertionstendinopathie links 2015, verheilt 3. Valgus-Knick-Senkfussdeformität beidseits, zurzeit nicht symptomatisch

Und als weitere Diagnosen nannte er (S. 13 f.): 1. Status nach Urolithiasis links mit Steinabgang am 18. September 2015, rezidiv frei 2. Status nach Otitis externa rechts 2015 und 2017 3. Status nach Commotio cerebri circa 1988, keine Residuen 4. Status nach Melanom-Entfernung an der Beinhaut vor Jahren, keine Unterlagen

Der Gutachter gelangte zur Ansicht, der Operateur erkenne noch vor dem Gutachten 2015 eine leichte Segmentdegeneration im Anschlusssegment L1/2, die dann radiomorphologisch 2016 als prägradient imponiere und als ursächliche radioanatomische Veränderung für die jetzt wieder zunehmenden und im Verlauf eher hochlumbal lokalisierten Beschwerden angesehen werde, auch von der Neurochirurgie Kantonspital

B.____ (Dr. A.____). Die Beschwerden wären «zwanglos» mit diesen segmentalen anschlussdegenerativen Veränderungen zu erklären. Eine Facetten gelenksinfiltration, schon erniedrigt appliziert (Dr. C.____, D.____), habe allerdings nicht zu einer Beschwerdeverbesserung geführt. Die derart organläsionell zugeordneten zunehmenden Rückenschmerzen des Beschwerdeführers seien auch in der aktuellen rheumatologischen Exploration aufgrund ihrer hochlumbalen Lokalisation, der Belastungs- und Positionsabhängigkeit und aufgrund der dort neuen, allerdings nicht nur auf ein bis zwei Segmente beschränkten Klopf- und Rütteldolenz durchaus zumindest teilweise diesem neu degenerierten hochlumbalen Anschlusssegment L1/2 zuzuordnen. Daneben dürften tieflumbale Schmerzanteile, wie sie der Beschwerdeführer als seit Langem bestehend und

nicht neu schildere, mit zur Schmerzempfindlichkeit beitragen, allenfalls ursächlich aufgrund von Muskelverspannungen, wie sie befundlich klinisch auch jetzt festzustellen seien. Eine sonstige radiomorphologisch erkennbare Besonderheit liege am Rücken nicht vor. Das caudal liegende lumbosakrale Anschlusssegment zeige keine neuen Auffälligkeiten und es seien im operierten Gebiet der LWS weder Pseudoarthrosen noch Osteosynthesematerial-Auffälligkeiten noch Rezidivhernierungen oder neue Stenosen bildgebend darstellbar, so dass die einzig neue Veränderung im Anschlusssegment L1/2 tatsächlich das Gros der jetzt neu beklagten und hochlumbalen Beschwerden verantworten dürfte. Grundsätzlich sei ja im Rückenbereich die Zuordnung von Schmerzen zu radioanatomischen Auffälligkeiten und degenerativen Veränderungen oft sehr schwierig und wenig zuverlässig. Es könne in toto somit von einer Verschlechterung des muskuloskelettären Gesundheitszustandes im Bereich des unteren Achsenskeletts ausgegangen werden, mit einer vermehrten Vulnerabilität des Achsenskeletts gegenüber Belastungen und mit intensiveren Schmerzepisoden als früher, mit aber klinisch-befundlich zum gutachterlichen Befund 2015 zwar neuen palpatorischen

Dolenz, bezüglich Motilitätsbild und klinischem muskuloskelettärem Erscheinungsbild aber weitgehend identischen Verhältnissen (S. 17 f.).

Hinsichtlich funktionellen Auswirkungen führte der Experte aus, der Schweregrad des Leidens sei muskuloskelettär als etwas höher zu gewichten als noch gutachterlich 2015 eingeschätzt, dies aufgrund der radiomorphologisch nachweisbaren Progression der degenerativen Veränderungen am Achsenskelett mit grundsätzlich wohl dem Risiko einer zusätzlichen weiteren auch funktionellen Verschlechterung in den kommenden Jahren. Die muskuloskelettäre Belastbarkeit sei deutlich reduziert, insbesondere für achsenskelettär belastende Tätigkeiten, Sitz- und Stehdauer seien glaubhaft vermindert. Gewisse Auswirkungen des Leidens seien auch für den Alltag plausibel, zum Teil wohl auch für eine reine « hausmännische » Tätigkeit.

Er kam zum Schluss, wie schon 2015 rheumatologisch attestiert seien für den Beschwerdeführer möglich leichte Tätigkeiten mit Hantieren von Lasten max. 2-3 kg, ohne gehäuftes Sich-Bücken-Müssen, ohne Überkopftätigkeitsanteile, ohne Rotieren des Oberkörpers, ohne ausschliessliches Sitzen, Stehen oder Gehen und mit der Möglichkeit zum Wechseln der Körperposition nach 30 Minuten, ohne kniende oder kauende Tätigkeitsanteile (S. 19). Für derartige Tätigkeiten sei von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen, wegen erhöhten Pausenbedarfs, während der Arbeit allenfalls in etwas höherer täglicher Präsenz von 6-7 Stunden. Die gegenüber 2015 noch etwas stärkere Reduktion der Restarbeitsfähigkeit sei mit einer gewissen Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu begründen und einem gegenüber 2015 noch weiter erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf. Eine deutlich geringere Leistungsfähigkeit in derart angepassten Tätigkeiten scheine aufgrund der Befunde und des doch weitgehend uneingeschränkten Motilitätsbildes nicht plausibel (S. 20). 3.3

Infolge plötzlich einschliessender Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein entlang dem Dermatome L5 beim Absitzen auf die Couch war der Beschwerdeführer vom 26. Februar bis 1. März 2019 im Spital E.____ hospitalisiert. Im provisorischen Austrittsbericht vom 1. März 2019 (Urk. 3/4) berichteten die unterzeichnenden Ärzte, auf der Notfallstation werde ein schmerzgeplagter Beschwerdeführer gesehen. Es sei eine stationäre Aufnahme zur Analgesie erfolgt und in Rücksprache mit Dr. F.____, Chefarzt

Anästhesie Spital E.____, sei die analgetische Therapie mit Brufen, Novalgin,

Pregabalin sowie Targin ausgebaut worden, sowie Physiotherapie. Darunter habe eine deutliche Verbesserung der Schmerzsituation erreicht werden können. Bei Eintritt sei noch ein MRI der LWS durchgeführt worden, welche im Vergleich mit den Vorbildern ein unverändertes extraspinales Serom im Bereich der rechten Pedikelschraube des 3. LWK zeige. Angrenzend ebenfalls stationäre ödematöse Imbibierung der autochthonen Rückenmuskulatur, ein low grade Infekt sollte ausgeschlossen werden. Unveränderte kraniale Anschlusspathologie im Segment L1/L2 mit medianer bis nach links mediolateral und rezessal reichender Hernie mit konsekutivem Kontakt zur Nervenwurzel L2 links. Gesamthaft keine foraminale Stenose, keine eindeutige Wurzelkompression und keine spinale Stenose. Bei deutlicher Besserung der Schmerzen sowie des Allgemeinzustandes habe der Beschwerdeführer am 1. Februar (richtig: März) 2019 in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden können (S. 2). 3.4

Vom 9. Bis 18. April 2019 wurde der Beschwerdeführer erneut Stationär behandelt, diesmal in der Klinik G.____, zur Entfernung des Fixateurs und Entnahme von Biopsien zur mikrobiologischen Untersuchung (Bericht vom 9. April 2019; Urk. 3/17). Die Indikation war bei anhaltenden Lumboischalgien und erhöhten Entzündungsparametern sowie im PET-CT nachge wie sener Schraubenlockerung gestellt worden. Die mikrobiologische Untersuchung ergab denn auch den Nachweis von Cutibacterium (Propionibacterium) acnes. Es folgte eine 10-tägige Antibiose, welche auf eine orale Medikation bis 4. Juni 2019 umgestellt wurde. Neue lokal-neurologische Defizite traten nicht auf, die Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung erfolgte zeitgerecht, die vorbestehende Schmerzsymptomatik war schon postoperativ gebessert und das Laufen problemlos möglich. Als Procedere werden körperliche Schonung und keine endgradigen

Bewegungen der LWS festgehalten und dass längeres Stehen und Sitzen in den ersten Wochen ebenso wie das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg noch vermieden werden sollten (S. 2).

4. 4.1

Vorwegzuschicken ist, dass das Y.____-Gutachten vom 10. Oktober 2018 (E. 3.2 hievon) auf den notwendigen rheumatologischen Untersuchungen beruht und sich somit für die streitigen Belange als umfassend erweist. Der rheumatologische Gutachter setzt er sich detailliert mit

den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinander (S. 7), erstellte seine Beurteilung in Kenntnis der wesentlichen Vorakten (S. 24-39) und die daraus unter Nennung der medizinischen Zusammenhänge gezogenen Schlussfolgerungen leuchten ein. Namentlich zeigte er anhand der objektivierbaren Befunde auf, dass sich radiomorphologisch als einzige Veränderung das neu degenerierte hochlumbale Anschlusssegment L1/2 – was seit 2016 als progredient imponiert – zeigt. In diesem Sinne ist ebenso ohne Weiteres nachvollziehbar, dass dieses das Gros der neu beklagten Beschwerden verantworten dürfte und eine

weitere Verschlechterung des muskulöskelettären Gesundheitszustandes im Bereich des unteren Achsenskeletts und somit der muskulöskelettären Belastbarkeit, insbesondere für achsenskelettär belastenden Tätigkeiten, Sitz- und Stehdauer,

zur Folge hat.

Ebenso, dass daraus ob des erhöhten Pausenbedarfs nunmehr eine verbleibende Leistungsfähigkeit in einem Pensum im Umfang von noch 70 % für leichte Tätigkeiten mit Hantieren von Lasten max. 2-3 kg, ohne gehäuftes Sich-Bücken-Müssen, ohne Überkopftätigkeitsanteile, ohne Rotieren des Oberkörpers, ohne

ausschliessliches Sitzen, Stehen oder Gehen und mit der Möglichkeit zum Wechseln der Körperposition nach 30 Minuten, ohne kniende oder kauende Tätigkeitsanteile resultiert. Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (E. 1.3

hievor). 4.2

Soweit sich der Beschwerdeführer ab Januar 2016 auf die Arbeitsfähigkeits schätzung von Dr. A.____ (50 %; E. 3.1.3)

beruft, ist darauf hinzuweisen, dass es in der Natur der Sache liegt, dass Arbeitsunfähigkeitsschätzungen ein Ermessensspielraum inhärent ist. Die Festlegung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter auf 70 % beruht auf der Berücksichtigung der erhobenen Befunde und der damit verbundenen Einschränkungen bei der Ausübung einer administrativen oder sonstigen körperlich leichten Tätigkeit in zeitlicher Hinsicht, hält er doch eine Präsenz an einem Arbeitsplatz nur im Ausmass von höchstens 70 % für zumutbar.

Inwiefern diese Schätzung nicht verständlich und ausreichend erklärt worden sein soll, lässt sich nicht erkennen, zumal diese in ausdrücklicher Kenntnis und Nachachtung des Berichts von Dr. A.____ erging. Sodann unter scheidet sich auch die gutachterlichen Tätigkeitsprofile nur unwesentlich. Namentlich hielt der MEDAS-Gutachter 2015 (E. 3.1.1 hievor) körperlich leichte Tätigkeiten mit der Möglichkeit zum selbständigen Wechseln der Körperposition, nicht ausschliesslich sitzend, stehend oder gehend, ohne Notwendigkeit zu wiederholten Rotationen des Oberkörpers, ohne Notwendigkeit zum Sich-Bücken-Müssen, ohne Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten mehr als 2-3 kg für zumutbar, wogegen der Y.____ -Gutachter (E. 3.2 hievor) zusätzlich auf die Möglichkeit zum Wechseln der Körperposition nach 30 Minuten und die Vermeidung von knienden und kauenden Tätigkeitsanteilen hinwies. Da diese zusätzlichen Einschränkungen – wenn überhaupt – wenig Einfluss auf die Ausübung einer administrativen Tätigkeit zeitigen, sich hingegen das Motilitätsbild unverändert darstellt und ferner bloss Muskelverspannungen als zumindest teilursächlich in Betracht fallen, er scheint die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung plausibel. 4.3

Was den genauen Zeitpunkt der Zustandsverschlechterung und damit die Reduktion einer Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 80 % auf 70 % betrifft, so kann dieser, wie nachfolgende Erwägungen zeigen, vorliegend offen bleiben. Daran vermag auch die Hospitalisation am 26. Februar 2019 zufolge einer Exazerbation des chronisch lumbalvertebralen Schmerzsyndroms nichts zu ändern (E. 3.3 hievor). Demnach stellten die behandelnden Ärzte eine unveränderte Pathologie fest, wobei der Beschwerdeführer am vierten Tag bei deutlicher Besserung der Schmerzen entlassen werden konnte. Auch die erneute Hospitalisation zur Entfernung des Fixateurs und die anschliessende Behandlung der bakteriellen Infektion haben zwar zweifelsohne zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustands geführt (E. 3.4 hievor). Eine bleibende oder zumindest über längere Zeit dauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche auf eine weitere Reduktion der Leistungsfähigkeit schliessen liesse, ist aber auch da mit nicht erstellt, dies umso weniger, als das Anforderungsprofil in den ersten Wochen nach

dem Eingriff demjenigen des Gutachtens entspricht (vgl. E. 3.2 und 4.2).

4.4 4. 4 .1

Der Beschwerdeführer (Urk. 1) bemängelt primär die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung und macht geltend, letztere habe zu Unrecht auf einen Einkommensvergleich verzichtet. Der Beschwerdeführer verfüge über keinerlei Ausbildung oder Erfahrung in betriebswirtschaftlicher Richtung oder in administrativen Tätigkeiten. Er habe vor Eintritt des Gesundheitsschadens nur in einer leitenden Funktion im Fitnessbereich tätig sein können, weil er als einer der wenigen Fitnessinstruktoren über eine solide (universitäre) Ausbildung als Sportlehrer verfüge und lange Zeit in allen Funktionen und überdies in einem Club in Amsterdam von H.____ tätig gewesen sei, auch als Fitnessinstruktor, und den Betrieb von Grund auf gekannt habe. Die Kündigung sei erst nach Eintritt des Gesundheitsschadens erfolgt und sie sei nicht auf die angebliche Unterschlagung zurückzuführen gewesen. Schliesslich sei nicht ersichtlich, welche Arbeiten der Beschwerdeführer noch ausführen könne. Aus diesem Grund sei ein Leidensabzug von bis zu 20 % zu gewähren. Es sei daher ab Mai 2012 von einem Valideneinkommen von Fr. 147'417.00, eventualiter Fr. 125'894.00 sowie von einem Invalideneinkommen von Fr. 52'992.00 für 80 %, Fr. 46'368.00 für 70 % beziehungsweise Fr. 39'744.00 für 60 % auszugehen (S. 8 ff.). 4. 4 .2

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).

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;

Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a).

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil

des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 8C_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen).

Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1) . 4 . 4 . 3

Betreffend das

Valideneinkommen

ist im Sinne der Erwägungen des hiesigen Gerichts im Urteil vom 12. Juni 2013 (Prozess Nr. IV.2012.0995; E. 5) und unter Berücksichtigung des Arbeitszeugnisses vom 10. Juni 2009 (Urk. 7/7/3 f.), des Stellenbeschreibs (Urk. 7/26/6 f.) sowie der Angaben im Arbeitgeberfragebogen vom 26. November 2010 (Urk. 7/26/1-6 S. 5) von einer angestammten Tätigkeit hauptsächlich administrativer Form auszugehen (so explizit E. 5.2 am Ende) . In Anbetracht dessen ist eine Kündigung aus gesundheitlichen Gründen nicht überwiegend wahrscheinlich, zumal der Beschwerdeführer gerade keine rückenbelastenden Aufgaben zu erledigen gehabt hätte. Weitere Erörterungen zum Grund der fristlosen Entlassung erübrigen sich somit. Demnach kann auch im Gesundheitsfall keine Weiterbeschäftigung bei der ehemaligen Arbeitgeberin angenommen werden, was – wie im Urteil vom 12. Juni 2013 erwogen (E. 5.3) – mit einer Anstellung in einer untergeordneten Position und somit mit einer deutlichen Einkommensbusse verbunden gewesen wäre. Eine Bezifferung dieses mutmasslichen Einkommens kann indes insofern unterbleiben, als eine administrative Tätigkeit dem gutachterlich beschriebenen Tätigkeitsprofil (E. 3.2) nicht widerspricht. Vor diesem Hintergrund sind sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen anhand der identischen Tabellenwerte zu bestimmen . Der Invaliditätsgrad entspricht damit dem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 20 % beziehungsweise 30 % . 4 . 4 . 4

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 ausgeglichenem 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). 4. 4 .5

Der Beschwerdeführer, der über eine Diplom-Ausbildung im Fach „Travel & Tourism“ am College

I.____

(Urk. 7/7/2) verfügt, den Bachelor of Science in Sport and Exercise Science

an der University J.____

(Urk. 7/7/1) erwarb, sich darüber hinaus im Managementbereich beziehungsweise in funktionsunterstützenden Bereichen fortbildete (Urk. 7/16/1, Urk. 7/16/7-15) und fremdsprachlich versiert ist (Urk. 7/12 S. 2), war bis Ende 2002 als Manager im Fitnessclub H.____ in Amsterdam tätig. Am 1. Januar 2003 trat er eine Stelle als Manager im Fitnessclub H.____ in Zürich an und wurde laut dem Arbeitszeugnis vom 10. Juni 2009 per 1. November 2006 zum Senior Club Manager befördert. In diesen sämtlichen Funktionen standen jeweils die administrative Tätigkeit beziehungsweise Führungsaufgaben im Vordergrund (Urk. 7/7/3 f., Urk. 7/13, Urk. 7/26/1-7). Demzufolge verfügt der Beschwerdeführer über jahrelange Erfahrung mit administrativen Arbeiten, auch hier in der Schweiz. Da die gesundheitlich bedingten Einschränkungen bereits mit der Reduktion auf ein 70 %-Pensum berücksichtigt wurden und sich bei Berücksichtigung des ausgeglichenen Arbeitsmarktes (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_464/2019 vom 28. November 2019 E. 5.4) ein weiterer gesundheitsbedingter Abzug nicht rechtfertigt, wäre somit einzig ein Abzug wegen des lediglich noch zumutbaren Teilzeitpensums zu diskutieren. Männer des unteren wie auch des untersten

K aders

verdienten - dokumentiert durch die vorliegend anwendbare LSE 2014 - bei einem Beschäftigungsgrad von 50-74 % knapp 7 % weniger als Männer mit einem Beschäftigungsgrad von 90 % oder mehr; bei Männern ohne Kader funktion betrug der Unterschied 5.9 % (LSE 2014 T18) . Da sich vorliegend

ein

nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung noch vertretbar erscheinender Abzug für Männer des unteren Kaders in der Höhe zwischen 5 % und 10 % (vgl. etwa Urteil 8C_805/2016 vom 22. März

2017 E.

3.2) ohnehin rechnerisch nicht relevant auswirkt – so resultiert bei Gewährung eines Abzuges in der Höhe von 10 % ein maximaler Invaliditätsgrad von 37 % – ist vom Ermessen der Beschwerdegegnerin nicht abzuweichen und kein Abzug vorzunehmen. 4. 5

Schliesslich sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer basierend auf dem MEDAS-Gutachten vom 17. September 2015 (Urk. 7/126) eine vom 1. Mai

2011 bis 30. April 2012 befristete ganze Invalidenrente zu. Dies blieb unwidersprochen und gibt auch zu keinen weiteren Bemerkungen Anlass. 5.

Eventualiter beantragt der Beschwerdeführer (Urk. 1) eine Umschulung, damit er ein Einkommen in einer gewissen Höhe überhaupt erzielen könne (S. 14). Wie dargelegt, erfolgte jedoch weder die Kündigung (überwiegend wahrscheinlich) aus gesundheitlichen Gründen noch unterscheidet sich eine Tätigkeit – wenn überhaupt – wesentlich von der angestammten Tätigkeit. In diesem Sinne ist ein Anspruch auf eine Umschulung (Art. 17 IVG) nicht gegeben, da die aus rheumatologischer Sicht attestierte 20 -

beziehungsweise 30%ige Arbeitsunfähigkeit so wohl die angestammte wie auch jede andere (angepasste) Tätigkeit beschlagen würde . Sonstige Umstände, die eine Selbsteingliederung zu verhindern oder erschweren vermöchten, sind nicht ersichtlich. 6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass basierend auf dem beweiskräftigen Y.____ -Gutachten vom 10. Oktober 2018 (E. 3.2 hievore) – ebenfalls und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % – ein rentenausschlies sen der Invaliditätsgrad r esultiert. Da die aus rheumatologischer Sicht attestierte 20 -

beziehungsweise 30%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl die angestammte wie auch jede andere (angepasste Tätigkeit) beschlagen würde , ist auch ein Anspruch auf eine Umschulung abzulehnen.

Damit ist die Beschwerde abzuweisen. 7.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend sind die Kosten des Verfahrens auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

00 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Elisabeth Glättli - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubFrischknecht

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