

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00437 vom 14. Februar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-02-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00437](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00437)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00437 du 14 février 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00437 del 14 febbraio 2024

## Erwägungen

### E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis

IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1

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. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

28 Abs.

2

IVG). 1. 4

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17

ATSG in Verbindung mit Art. 88a

IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1

IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

### **E. 1.5**

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbstengliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass

entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1, Urteil des Bundesgerichts 8C\_233/2021 vom 7. Juni 2021 E. 2.3 mit Hinweisen).

Die Rechtsprechung, wonach es bei der wiedererwägungs- oder revisions weisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr oder mehr als fünfzehn Jahre dauerndem Rentenbezug grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen gilt, findet auch dann Anwendung, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder Abstufung befunden wird ( BGE 145 V 209 E. 5.4). Denn die rückwirkende Zusprache einer in der Höhe abgestuften und/oder zeitlich befristeten Invaliden rente richtet sich grundsätzlich nach denselben Regeln wie die Revision eines bestehenden Rentenanspruchs nach Art. 17 Abs. 1 ATSG. Auch in dieser Kons tellation sind Versicherte betroffen, die zufolge invalidisierender Beeinträchtigung ihrer Gesundheit (d.h. invaliditätsbedingt) über einen mehr oder weniger langen Zeitraum überhaupt nicht mehr oder nur noch beschränkt eingegliedert waren (E. 5.3).

### **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 Schluss folgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis ; Urteil des Bundesgerichts 9C\_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1 ). 2.

#### 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtenen Verfügungen ( Urk. 2/1-2) damit, dass der Beschwerdeführer seit Juli 2015 in der Ausübung seiner Tätig keit als Bauarbeiter eingeschränkt sei. Damit beginne das gesetzliche Wartejahr. Ab Januar 2016 sei er durch die Eingliederungsberatung der IV-Stelle unterstützt worden. Vom 1 2. September 2016 bis zum Abbruch des Arbeitstrainings am 8. November 2016 habe er IV-Taggelder bezogen , weshalb ein Rentenanspruch ab November 2016 zu prüfen sei . Dem Beschwerdeführer sei im November 201 6 eine angepasste körperlich leichte Arbeit zu 100 % zumutbar , wobei sich ein Invaliditätsgrad von unter 40

% ergebe und kein Anspruch auf eine Invaliden rente bestehe. Ab Januar 2018 habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer ange passten körperlich leichten Arbeit bestanden. Unter Berücksichtigung eines Lei densabzug s von 10 % resultiere ein Invaliditätsgrad von 56 % , weshalb ab 1. Januar 2018 Anspruch auf eine bis zum 31. Januar 2021 befristete halbe Rente bestehe. Im November 2020 sei nochmals eine Verschlechterung des Gesundheits zustands eingetreten und es habe nach der Schulteroperation eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden . Entsprechend habe der Beschwerdeführer ab 1. Februar 2021 Anspruch auf eine ganze Rente. Ab Mai 20 21 (sechs Monate postoperativ) sei ihm eine angepasste körperlich leichte Tätigkeit in einem Pen sum von 50 % wieder zumutbar gewesen und es bestehe unter Berücksichtigung eine s leidensbedingten Abzug s von 10 % ein Invaliditätsgrad von 58 %

respek tive

ab September 2021 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Im August 2022 habe sich eine weitere gesundheitliche Verschlechterung eingestellt, wobei dem Beschwerdeführer eine angepasste körperlich leichte Tätigkeit nur noch in einem Pensum von 30 % zumutbar sei .

Nach Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 10 % resultiere ein Invaliditätsgrad von 75 % und es bestehe ab November 2022 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ( Urk. 2/1 S. 3. f. ).

2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1) , dass in einer angepassten Tätigkeit für die Zeit von November 2016 bis Oktober 2019 ein Invaliditätsgrad von 64 % , von November 2019 bis August 2021 ein solcher von 100 % , von September 2021 bis Oktober 2020 ein solcher von 65 % und ab November 2022 ein solcher von 82 % bestehe (S. 6 Ziff. 2.2, S.

16). Er machte insbesondere geltend, die Gutachter Dres . B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ hätten sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bis Ende 2017 unbesehen auf das Gutachten der Dres . Z.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_

gestützt und hätten die Berichte des Zentrums D.\_\_\_\_ vom 2.

Oktober 2018 und der Radiologie E.\_\_\_\_ vom 23.

Januar und 8.

Oktober 2019 nicht angemessen berücksichtigt . Dies obwohl das hiesige Gericht bereits in seinen früheren Urteilen festgehalten habe, dass sich die Beschwerdegegnerin mit der Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten der Dres . Z.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_ nicht auseinandergesetzt habe und den genannten Berichten des D.\_\_\_\_ und der Radiologie E.\_\_\_\_ im Rahmen der neu durchzuführenden Begutachtung angemessene Rechnung zu tragen sei . Für die Zeit ab November 2016 sei daher unter Berücksichtigung der Berichte der behandelnden Ärzte davon auszugehen, dass er auch in einer angepassten Tätigkeit erheblich eingeschränkt gewesen sei

(S.

7 f f . Ziff. 2.3 und Ziff. 3). Im Weiteren habe

er im Zusammenhang mit dem Schulterdistractionstrauma links nicht erst im Zeitpunkt der entsprechenden Operation unter sehr starken Schulterschmerzen und einer massiv eingeschränkten Bewegungseinschränkung gelitten, vielmehr sei diesbezüglich schon für die Zeit ab August 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen (S. 14 f. Ziff. 5). 3.

3.1

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Assistenzärztin, und Dr. med. G.\_\_\_\_ , leitender Arzt, Rheumatologie und muskuloskeletale Rehabilitation, Kantonsspital H.\_\_\_\_ , nannten in ihrem Bericht vom 13. Juli 2016 (Urk. 6/56/2-4) folgende Diagnose n (S. 1 f.): - cervikospondylogenes Schmerzsyndrom - MRI Halswirbelsäule ( HWS ) 13.07.2015: Diskushernie C3 - 4 mit Einengung des Spinalkanals Höhe C4 mit Kompression des Myelons C4/5, Tangierung C5 beidseits, Kompression C6 links, C6/7 Tangierung C7 links - klinisch-neurologisch keine

Hinweise für motorische Ausfallsymptomatik (22.09.2015) - Periarthropathia

h umero-scapularis

tendinotica rechts - s ubacromiales Impingement mit höhergradiger artikularseitiger Partialruptur, wenn nicht sogar kleiner transmuraler Ruptur der distalen Supra spinatussehne (1 x 0,8 cm), lateral abwärts geneigtes Acromion Typ III und Zeichen einer Bursitis subacromialis - i nterstitielle Partialruptur der Infraspinatussehne und Tendinopathie artikularseitig der Subscapularissehne . Keine Sehnenretraktion. Nur geringfügige Muskelatrophie der Muskeln der Rotatorenmanschette

(MRI ,

Schulterarthrographie 02.02.2016) - Handgelenksarthrose rechts - schwere sekundäre Arthrose radiokarpal sowie interkarpal bei wahrscheinlicher Ruptur des SL-Bandes mit entsprechender scapholunärer Instabilität /DISI-Fehlstellung (Röntgen 28.01.2016) - leicht ausgeprägte Gonarthrose rechts (klinisch und konventionelles Röntgen) - aktuell leichter Reizerguss - im lateralen Meniskus radiärer Riss im Hinterhorn und komplexer Riss im Vorderhorn und in der Pars intermedia mit umgeschlagenem Fragment gegen die laterale Gelenkkapsel - an der hinteren Zirkumferenz des lateralen Femurkondylus fokaler Knorpeldefekt ( Outerbright Grad IV) mit angrenzenden ödemäquivalenten Veränderungen im Femurkondylus - im medialen Kniegelenkskompartiment fokale leichtgradige Knorpelirregularität medial in der mittleren Zirkumferenz (MRI Kniegelenk rechts 12.08.2015) - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom

Die Ärzte empfahlen unter Hinweis auf die multiregionale Schmerzproblematik mit Schmerzausweitung und - verarbeitungsstörung eine Weiterbetreuung in der Schmerzprechstunde. Der Beschwerdeführer sei in einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit (maximales Heben von 5 bis 10 kg) respektive für die Tätigkeit als Magaziner seit dem 4. Januar 2016 zu 50 % arbeitsunfähig. Für die Tätigkeit als Maurer bestehe keine Arbeitsfähigkeit (S. 3). 3.2

Der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers

dipl. Arzt

I. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 28. Juni 2020 (Urk. 6/156) folgende Diagnosen (S. 1): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Schulterdistraktionstrauma links August 2019 - transmurale Rupturen der Supra spinatussehne, der Infraspinatussehne und Subscapularis mit Retraktion und mit einer mässigen fetten Atrophie, zudem mediale Luxation der langen Bicepssehne mit Tendinopathie (MRI Schulter 08.10.2019) - cervikospondylogenes Syndrom mit radikulärer Symptomatik bei - degenerativer Veränderung C3- C3 (gemeint wohl: C3-C 4 ) mit Einengung des Duralsackes, beidseitigen neuronalen Kompressionen durch Foramenstenosen (MRI 07/2015, 01/2017) - Handgelenksarthrose rechts - schwere sekundäre Arthrose radiokarpal sowie interkarpal - leichte Gonarthrose rechts - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Hypercholesterinämie

Der Hausarzt führte aus, der Beschwerdeführer habe sich im August 2019 bei einem Sturz auf die Schulter die genannten Verletzungen zugezogen. Die Schulter sei aktiv extremst eingeschränkt, was im Rahmen der MRI-Befunde (vgl. Urk. 6/138) nicht erstaunlich und durch konservative Behandlung nicht gross beeinflussbar sei. Die Schulter sollte operiert werden, wobei die entsprechende Anmeldung im Februar 2020 gemacht worden sei, die

Operation aber im Zusammenhang mit der COVID-Pandemie

zurückgestellt worden sei (S. 2). Betreffend die angestammte Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter ging der Hausarzt von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit August 2019 aus (S. 1). 3.3

3.3.1

Drs. B. \_\_\_ und C. \_\_\_ stellen in ihrem interdisziplinären Gutachten vom 6. Dezember 2021 (Urk. 6/207/1-13) folgende Diagnosen (S. 7 ff.): - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits (ICD-10 M53.1, M54.2, M54.82) - osteodiskale

Foramenstenosen C4-5 beidseits, C6-7 beidseits mit Kompressionen der Wurzeln C5 beidseits, C6 beidseits, C7 beidseits. Grosse fokale Diskushernien C3-4 median, C4-5 median bis rezessal links, C5-6 median/paramedian beidseits bis rezessal links, mit hochgradiger lokaler Spinalkanalstenose C3-6 und mit hochgradiger Kompression des Duralsackes und mit Kompression des Rückenmarkes (im Verlauf zunehmend 13.07.2015 auf 23.01.2017 MRI HWS) - ohne vermehrte szintigrafische Aktivität (06/2013) - EMG-Beurteilung

(letztmalig 20.07.2020): subakutes Wurzelreizsyndrom (Radikulopathie), Schwerpunkt C5/6/7 links, im Myogramm diskrete Denervierungszeichen in C6-Muskulatur rechts, normales Ulnaris-SEP ohne Hinweise für zervikale Myelopathie mit Impulsleitungsstörung als Ursache der Beschwerden, leichte Veränderung der distalen Medianuslatenz rechts - Periarthropathia

humeroscapularis

tendinosa beidseits (ICD-10 M75) - rechts: interstitielle Partialruptur der Infrapinatussehne und Tendinopathie der artikulärseitigen

interioren

Subscapularissehne. Nur geringfügige Muskelatrophie der Muskeln der Rotatorenmanschette (MR I)

Schulterarthrographie rechts 02.02.2016) - Status nach subakromialem

Impingement bei lateral abwärts geneigtem Acromion Typ III - links: Implantation inverse Prothese am 16.11.2020 bei Cuff Arthropathie mit vollständiger Ruptur des Musculus supraspinatus, subtotale Ruptur des Musculus infraspinatus und Musculus subscapularis - Handgelenksschmerzen rechtsbetont (ICD-10 M19.03) - rechts: Handgelenksarthrose radiokarpal sowie interkarpal bei Ruptur des SL-Bandes mit entsprechender scapholunärer Instabilität/DISI-Fehlstellung (01.02.2016), Impression der proximalen Gelenkfläche um 1 mm des OS lunatum (Osteonekrose), degenerative Veränderungen, osteophytäre Ausziehung des Radius palmarseitig und deutlich palmarseitige Gelenkspaltverschmälerung (27.01.2017, MR-Arthrographie Handgelenk rechts), ligamentäre Verkalkungen radiokarpal und palmarseitig im Bereich der Handgelenkskapsel. Randsklerosiertes, 5 mm messendes, ossäres Fragment. Chondrom palmar des Processus

Styloideus

ulnae (CT 17.03.2017) - leichtes Karpaltunnelsyndrom rechts (ED 09/2015) mit - links: Weichteildefekt über dem PIP palmar, ansonsten unauffällig (R x

Dig V links Hand 17.02.2014) - intermittierende Knieschmerzen rechts bei beginnender Gonarthrose (ICD-10 M17.1) - [im] laterale n Meniskus radiärer Riss im Hinterhorn und komplexer Riss im Vorderhorn und in der Pars intermedia mit um geschlagene m Fragment gegen die laterale geschlängelte Gelenkscapsel. An der ( Zirkumferenz des lateralen Femurcondylus fokaler Knorpeldefekt ( Outerbright Grad IV) mit angrenzenden, ödemäquivalenten Veränderungen im Femurcondylus . Im medialen Kniegelenkskompartiment fokale, leicht gradige Knorpelirregularität medial in der mittleren Zirkumferenz (MRI Kniegelenk rechts 12.08.2014) - Patella bipartita links - symptomlos - chronisches lumbospondylogenes Syndrom (ICD-10 M54.4) mit/bei - kleiner rezessal linksbetonter Diskushernie L4/5 mit leichter Kompression der Nervenwurzel L5 rezessal links. Geringgradige, nicht aktivierte anteriore Spondylolysen lumbal. Verdacht auf nicht d i slozierte S p on dylolyse L5 links mit nur diskreter linksseitiger Anteriolisthese . Keine Neurokompression (23.01.2019 MRI Lendenwirbelsäule [ LWS ] ). - EMG-Beurteilung 29.07.2020: subakutes Wurzelreizsyndrom (Radikulopathie), Schwerpunkt L4/5 links > rechts - myostatische Dysbalance bei Dekonditionierung - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - rezidivierende Hüftschmerzen bei symptomloser Prädisposition für ein femoro-acetabuläres

### Impingement

bei kurzem Hals und knöchernem Bump am Kopf-Hals-Übergang des proximalen Femurs (27.09.2012 MRI Becken/Hüfte axial beidseits) - kongenitaler Beckenhochstand links 0.7 cm - Adipositas Grad I (BMI 32.3 kg/m<sup>2</sup>) - Lebersteatose (ED 05/2014) - Hyperferritinämie - Hypercholesterinämie - arterielle Hypertonie (behandlungsbedürftig)

Die Gutachter führten aus, es seien keine psychiatrischen Diagnosen zu stellen . Aus rheumatologischer Sicht zeigten sich funktionelle Einschränkungen multi lokulär im Bewegungsapparat. Hauptsächlich betroffen seien die HWS, die linke Schulter und das rechte Handgelenk. Weniger im Fokus ständen die LWS, die rechte Schulter sowie die Kniegelenke. Insgesamt bestehe eine eingeschränkte Belastbarkeit, insbesondere für mittelschwere und schwere Tätigkeiten, da

bei gleichzeitig auch eingetretener muskulärer Dekonditionierung eine Haltungs- und Bewegungskontrolldysfunktion vorliege. Ebenso seien die koordinativen und propriozeptiven Fähigkeiten im Bewegungsapparat degeneriert. Damit seien die qualitativen Implementierungen massgebend. Im Bereich der HWS und der Schulter bestehe zudem eine quantitative Limitierung der Belastbarkeit für eine körperlich schwere Tätigkeit. Dies aufgrund des erhöhten Pausen- und Erholungsbedarfs in diesen Gelenkregionen und bei deutlich verminderter Restfunktionalität. Ausreichend funktional sei der Beschwerdeführer im Alltag und in der Selbstversorgung, welche als leichte und intermittierend mittelschwere Tätigkeit gewertet werden könne (S. 9).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter als auch in einer angepassten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht aktuell und anamnestisch seit der letzten Begutachtung im August 2017 zu 100 % arbeitsfähig sei. Dies zeige sich auch im aktuell durchgeführten Mini-ICF-APP-Rating - Bogen, wo aus psychiatrischer Sicht keinerlei Beeinträchtigungen hätten gefunden werden können. In rheumatologischer Hinsicht könne die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden und es bestehe diesbezüglich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Betreffend die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei der

Verlauf bei fortschreitend degenerativen Veränderungen unter rheumatologischen Gesichtspunkten schwer zu beurteilen, da diese sehr individualisiert verlaufen würden und retrospektiv schwer beurteilbar seien. In der aktuellen Konstitution des Beschwerdeführers bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte und selten mittel schwere Tätigkeit in Wechselbelastung mit der Möglichkeit der freien Positionswahl. Insbesondere durch die Implantation der Schulterprothese links im Jahr 2021 [richtig: 2020] sowie durch die zunehmenden degenerativen Veränderungen der HWS sei ab dem Jahr 2018 eine reduzierte Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit im Bewegungsapparat festzustellen. Die ideal angepasste Arbeitstätigkeit betrage ab diesem Zeitpunkt 2 x 2 Stunden pro Tag, wodurch der körperlichen Belastbarkeit des Beschwerdeführers Rechnung getragen werde. Gesamtemedizinisch sei somit von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2018 auszugehen (S.

11 f.).

Die teilweise ausgesprochene 100%ige Arbeitsunfähigkeit könne retrospektiv aus gutachterlich-rheumatologischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Die 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit sei nach der Schultergelenkprothese-Operation links im Jahre 2021 [richtig: 2020] sowie bei fortschreitenden degenerativen Veränderungen in den letzten vier Jahren seit der gutachterlichen Untersuchung durch Dr. A.\_\_\_\_ nicht mehr zu attestieren. Hingegen sei eine Arbeitsbelastung mit qualitativer und quantitativer Minderung zumutbar. Als Vergleich herangezogen werden könne die erfolgreiche selbstständige Führung des eigenen Haushalts sowie die Selbstversorgung und das Gestalten des Alltags. Dies könne als ausreichende Ressource gewertet werden, um eine leichte körperliche Tätigkeit in einem Teilzeitpensum ausführen zu können. Es sei nur eine begrenzte Notwendigkeit für längere Erholungsphasen vorhanden (S. 12, vgl. auch Urk. 6/81-121 S. 41). 3.3.2

Dr. B.\_\_\_\_ führte in seinem rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 6/207/81-121)

aus, aktuell bestünden keine Hinweise für ein radikuläres Reiz-/Ausfallsyndrom oder eine Myelopathie. Die fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen qualifizierten sich indes für eine spondylogene Reizsymptomatik mit muskulären Verkrampfungen im Schultergürtel sowie an der HWS. Diese seien als mässiggradig einzustufen und nähmen im nicht körperlich belasteten Alltag des Beschwerdeführers keine Signifikanzgrad ein. Es bestehe indes eine Belastungslimitierung für körperlich schwere Tätigkeiten, da die regulären Kompensationsmechanismen zur Gelenkstabilisierung sowie die Haltungs- und Bewegungskontrollfunktion gestört seien. Somit könne es bei körperlich schwerer Tätigkeit sowie unphysiologischen Bewegungen anhand der veränderten Biomechanik zu Überbelastungen und Reizerscheinungen kommen. Insgesamt bestעה

im HWS-Bereich eine qualitative

und quantitative Einschränkung der Belastbarkeit (S. 33).

Auf der rechten Seite zeige sich aktuell eine funktionell ausreichende Schulterfunktion für die Bewältigung des Alltags. Es liege eine qualitative, jedoch keine quantitative Einschränkung vor. Im Bereich der linken Schulter bestünden sowohl eine qualitative wie auch quantitative Limitierung der Belastbarkeit, wobei es sich beim linken Arm nicht um den dominanten Arm handle (S. 33 f.).

Rechts bestehe eine Einschränkung der Handgelenkbeweglichkeit in allen Quadranten, ohne Zeichen einer schmerzhaften Funktionsstörung. Dadurch könnten die Pro- und Supinationsbewegungen tangiert sein, ebenso die Haltefunktionen bei nicht axialer Belastung im Handgelenk. Die Restfunktion der rechten Hand könne im Alltag ausreichend eingesetzt werden und die Limitierungen bestünden insbesondere in qualitativer Hinsicht (S. 34).

Die chronischen unteren Rückenschmerzen seien nur gering und indirekt auf die degenerativen Veränderungen zurückzuführen, welche als mässig zu interpretieren seien. Es zeige sich keine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik und der Alltag des Beschwerdeführers sei durch die Rückenbeschwerden kaum tangiert, was sich auch in der aktuellen Untersuchung und den Bewegungsabläufen gezeigt habe. Einzig körperlich schwere Tätigkeiten seien zu vermeiden, da diese muskulär nicht ausgeglichen respektive nicht koordinativ adäquat kontrolliert werden könnten (S. 34).

Insgesamt handle es sich um ein chronifiziertes Beschwerdebild bei multilokulär degenerativen Veränderungen im Bewegungsapparat. Diese hätten bei der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter wesentliche Auswirkungen. In den letzten Jahren der verminderten Arbeitstätigkeit habe bei im Arbeitsversuch im Jahre 2016 sowie auch später aufgezeigt werden können, dass eine leichtere Tätigkeit in Wechselbelastung und adaptiert an die biomechanischen Verhältnisse des Beschwerdeführers eine ausreichende Funktionalität ermögliche, insbesondere auch

um den Alltag zu bewältigen (S. 34).

Dr. B. \_\_\_

hielt weiter fest, die Arbeitsunfähigkeit habe mit dem Unfall im Jahre 2015 begonnen. Die bisherige Tätigkeit als Bauarbeiter könne nicht mehr ausgeführt werden und es bestehe diesbezüglich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei der Verlauf bei fortschreitend degenerativen Veränderungen schwer zu beurteilen, da diese sehr individualisiert verlaufen würden und retrospektiv schwer beurteilbar seien. In der aktuellen Konstitution des Beschwerdeführers bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte und selten mittelschwere Tätigkeit in Wechselbelastung mit der Möglichkeit der freien Positionswahl. Insbesondere durch die Implantation der inversen Schulterprothese links im Jahr 2021 [richtig: 2020] sowie die zunehmend degenerativen HWS-Veränderungen sei ab dem Jahr 2018 eine ausgewiesene reduzierte Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit im Bewegungsapparat zu attestieren. Die angepasste Arbeitstätigkeit erfolge ab diesem Zeitpunkt mit 2 x 2 Stunden pro Tag, wo mit der körperlichen Belastbarkeit des Beschwerdeführers Rechnung getragen werde (S. 37). 3. 3. 3

Dr. C. \_\_\_ führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 26. November 2021 (Urk. 6/207/122-137) aus, es sei keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren, da bei der Entstehung der Schmerzen im Jahre 2014 keine psychosozialen Belastungsfaktoren bestanden hätten. Ebenso wenig liege eine depressive Episode vor, weil keine Anhedonie, keine Antriebsreduktion und keine erhöhte Ermüdbarkeit zu beobachten seien. In der Hamilton - Scale - Testung sei zwar knapp ein Resultat für eine leichtgradige depressive Episode erreicht worden, welche indes aufgrund der psychopathologischen Befunde nicht zu diagnostizieren sei. Im Weiteren lägen auch keine Persönlichkeitsstörung

oder eine andere Störung der komplexen Ich-Funktionen vor, da der Beschwerdeführer immer soziale Kontakte zu Freunden und Familien unterhalten habe und während vieler Jahre an Arbeitsstellen habe arbeiten können (S. 14).

In der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter sei der Beschwerdeführer aus psychi atrischer Sicht aktuell und aktenanamnestisch zu 100 % arbeitsfähig (S.

16) . 3. 4

Dr. med. J.\_\_\_\_ , Belegarzt Orthopädie am S pital K.\_\_\_\_ , stellte am 19.

August 2022 folgende Diagnosen (Urk. 6/243/5-7): - HWS: - dreisegmentale zervikale Spinalkanalstenose und neuroforaminale Steno sen (zunehmend; MRI 08/2022) - mässige zervikale Spinalstenose C3/4 - hochgradige Spinalstenose C4/5 - mässige Spinalstenose C5/6 - Schulter links: - Status nach inverser Schulterprothese links bei Cuff -Arthropathie, 2020 - beginnende Gonar throse rechts (CR 0 8 /2022)

Der Arzt führte aus, dass sich im Vergleich zu den Aufnahmen vom 6. August 2020 Folgendes zeige: Streckhaltung; C3/4 konstante mediane Bandscheiben protrusion mit mässiger Spinalkanalstenose; C4/5 zunehmende mediane bis links paramediane Bandscheibenprotrusion mit hochgradiger Spinalkanalstenose und Deformität des Myelons und bilaterale rechtsbetonte neuroforaminale Einengung ; C6/7 leichtes Disc Bulging mit leichter Spinalkanalstenose ohne sicheren Hinweis auf eine Myelopathie ; Hyperlordose der LWS sowie auf Höhe L5/S1 deutlich epi durale Lipomatose mit mässiggradiger Spinalkanalstenose ohne Neuroforami nalstenosen . Aufgrund der Zunahme der Beschwerden sowie der Stenose in der Bildgebung sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer von einem chirur gischen Vorgehen in Form einer mikrochirurgischen Dekompression und einer ACDF (anteriore zervikale Diskektomie und Fusion) C3/4, C4/5 und C5/6 profitie ren könne (S. 2). 3. 5

Am 2 8. Dezember 2022 (Urk. 6/247/9) äusserte sich der Arzt des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) , Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädi sche Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , insbesondere zu den Berichten des S pitals K.\_\_\_\_ vom 19.

August und 12. Oktober 2022 (vgl. E. 3.3, Urk. 6/243/8-9) . Dabei wurde auf die in den genannten Berichten erwähnten degenerativen HWS-Veränderungen verwiesen, wobei letztere im Vergleich zum Vorbefund vom August 2020 deutlich progredient seien, insbesondere die zervi kale Spinalstenose. Entsprechend sei eine Versteifungs-OP der drei mittleren HWS-Segmente (C3 - 6) empfohlen worden , wobei es sich hierbei um einen nicht gerade kleinen operativen Eingriff mit durchaus ernsthaften Komplika tionsmög lichkeiten handle, weshalb der Beschwerdeführer noch zuwarten wolle .

Aus versicherungsmedizinisch-orthopädischer Sicht liege zumindest ab August 2022 eine Verschlechterung vor. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab diesem Zeitpunkt sei plausibel , zumindest bis zur nächsten ärztlichen Kontrolle im Februar 202 3. Im Weiteren wurde festgehalten, dass d er Beschwerdeführer im März 2023 60

Jahre alt werde . Selbst bei optimalem Verlauf mit oder ohne Ope ration sei medizintheoretisch überwiegend wahrscheinlich, dass selbst in einer ideal angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit von

über 25 bis 30 % erlangt werden könne (Urk. 6/247). 4.

#### 4.1

Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass dem Beschwerdeführer seit 2015 die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter

nicht mehr zumutbar ist. Strittig ist demgegenüber das Ausmass der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ab November 2016 ( Ende Taggeldanspruch [ Urk. 6/49], Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 2.2 , Urk. 2/1 S. 2 f. ) . Die Beschwerdegegnerin postulierte in einer entsprechenden Tätigkeit

in der Zeit von November 2016 bis Dezember 2017 eine

Arbeitsfähigkeit von 100 %, von Januar 2018 bis Oktober 2020 eine solche von 50 %, von November 2020 bis April 2021 eine solche von 0 %, von Mai 2021 bis Juli 2022

eine solche von 50 % und ab August 2022 eine solche von 30 % ( Urk. 2/1 S. 3 f.). Der Beschwerdeführer ging indes für die Periode von November 2016 bis Oktober 2019 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 %, von November 2019 bis August 2021 von einer solchen von 0 %, von September 2021 bis Oktober 2022 von einer solchen von 50 % und ab November 2022 von einer solchen von 25 % aus (Urk. 1 S.

#### 16). 4.2

Die psychiatrische Expertise von Dr. C.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.3) wurde vom Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 5. September 2023 (Urk. 1) nicht explizit in Frage gestellt und es drängen sich weder aufgrund der übrigen medizinischen Akten noch im Lichte der bundesgerichtlichen Anforderungen an einen beweiswertigen ärztlichen Bericht (vgl. E. 1. 6 ) Zweifel an den Schlussfolgerungen von Dr. C.\_\_\_\_ auf.

Entsprechend ist unter psychiatrischen Gesichtspunkten für den relevanten Zeitraum von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. 4.3

#### 4.3.1

Das rheumatologische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ (vgl. E. 3.3.2) entspricht den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Frage nach dem Gesundheitszustand und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es beruht sodann auf den rheumatologischen Untersuchungen. Der Gutachter berücksichtigte detailliert die geklagten Beschwerden und setzte sich damit auseinander ( Urk. 6/207/81-121 S. 12 ff., S. 19 f., S. 32 ff. ). Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, wobei sich der Gutachter zur Krankheitsentwicklung äusserte und Bezug auf die medizinischen Vorakten nahm (S. 7 ff., S. 25 ff., S. 32 ff., vgl. auch Urk. 6/207/14-80 ). Schliesslich leuchtet die Expertise in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen im Gutachten sind begründet.

In diesem Sinne ging Dr. B.\_\_\_\_ im Wesentlichen nachvollziehbar von einem chronischen zervicospindylogenen Schmerzsyndrom, einer

Periarthropathia

humeroscapularis

tendinotica links und rechts, eine r Handgelenksarthrose respektive schwere n sekundäre n Arthrose rechts , eine r leicht ausgeprägte n Gon arthrose am rechten Knie

sowie einem chronischen lumbospondylogenen Syn drom aus (S. 30 f. ), wobei in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter ab 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und in einer angepassten Tätigkeit ab 2018 eine

solche von 50 %

bestand (S. 37). Die Expertise erfüllt demnach die praxis gemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gut achtens (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung grundsätzlich darauf abzustellen ist. 4.3.2

Nicht explizit Stellung nahm der rheumatologische Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ zum Umfang der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit für die Zeit vor 2018 , sondern beschränkte sich auf den Hinweis, dass der Verlauf der Arbeitsfä higkeit bei fortschreitend degenerativen Veränderungen schwer zu beurteilen sei (Urk. 6/207/81-121 S. 37).

Entsprechend sind zur Beurteilung der Arbeitsfähig keit vor 2018 die übrigen medizinischen Unterlagen näher zu beleuchten , wobei gemäss dem Bericht der Dres . F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ vom 13. Juli 2016 (Urk.

6/56/2-4) von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leichten wechselbe lastenden Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten von 5 bis 10

kg auszugehen ist (vgl. E. 3.1) . Dr. med. M.\_\_\_\_ , Innere Medizin und Rheumatologie FMH, statu ierte

am 25. und 27. Juli 2016 ebenfalls eine aktuelle 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten wechselbelastenden Arbeit mit Heben und Tragen von Lasten von 5 bis 10 kg (Urk. 6/42/4-5). Der Beschwerdeführer war zudem zwischen dem 12. September und 8. November 2016 mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % im Rahmen eines Arbeitstrainings tätig ( Urk. 6/43, Urk. 6/53 ).

Die beruflichen Massnahmen wurden zwar aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen (Urk. 6/49), die damals von Dr.

M.\_\_\_\_ zum Trainingsabbruch

führende attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit beruhte indes mehrheitlich auf invaliditätsfremden Gründen ( der Beschwerdeführer sei von seiner Familie fallen gelassen worden ; er sei durch junge Verwandte begleitet worden , die als Übersetzer überfordert gewesen seien ; die Jungen hätten

d en Beschwerdeführer zur Beendigung des Arbeitsprozesses aufgefordert, ohne das Gesamtbild zu erkennen ; der Beschwer deführer habe keine berufliche Perspektive gesehen;

Urk. 6/50/6). I m Bericht vom 25. Januar 2017 (Urk. 6/56/1) – welcher nach Abbruch des Arbeitstrainings ver fasst wurde – verwies Dr. M.\_\_\_\_

auf die von Dres . F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ am 13. Juli 201 6 vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 6/56/2-4) und wiederholte insbesondere nicht die von ihm zuvor postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Nichts anderes folgt aus dem Bericht des D.\_\_\_\_ vom 2.

Oktober 2018 (Urk. 6/117), gemäss welchem der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht seit dem Jahre 2014 in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 7 f.). Eine volle Arbeitsunfähigkeit ist gestützt auf die vom D.\_\_\_\_ diagnostizierte rezidivierende Störung respektive mittelgradige depressive Episode nicht plausibel, da insbesondere nicht dargelegt wurde, weshalb der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zumindest nicht in einem reduzierten Pensum tätig sein kann. Im Übrigen wurde er in einer Verweistätigkeit aus chirurgischer Sicht als partiell arbeitsfähig (S. 8) respektive in anästhesiologischer Hinsicht ein Pensum von 35 % als möglich erachtet (S. 7). Des Weiteren ist auch

die von Dr.

A.\_\_\_\_ in ihrem rheumatologischen Gutachten vom 23. August 2017 (Urk. 6/84/2-81) in einer angepassten Tätigkeit

attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 70, S. 81)

nicht vollends nachvollziehbar.

Dr. A.\_\_\_\_ setzte sich weder mit den abweichenden Beurteilungen der Dres. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ vom 13. Juli 2016 (Urk. 6/56/2-4) und Dr. M.\_\_\_\_ vom 25. Juli 2016 (Urk. 6/42/4-5; vgl.

Urk. 6/84/2-81 S. 72) auseinander noch äusserte sie sich zum Arbeitstraining des Beschwerdeführers. Sie ging zudem von im Wesentlichen unverändert gebliebenen Befunden in der Bildgebung vom Januar 2017 und Juli 2015 aus (S. 67), während die behandelnden Ärzte am 31. Januar 2017 auf eine eindeutig progrediente Spinalkanaleinengung verwiesen (Urk. 6/65/5-7 S. 2). Eine Begründung für diese abweichende Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ fehlt im Gutachten. Schliesslich kann auch aufgrund der von ihr

erwähnten deutlichen Gebrauchsspuren an den Händen respektive Schwielen an den Knien (Urk. 6/84/2-81 S. 68) des Beschwerdeführers – welche weder vom Experten Dr.

Z.\_\_\_\_

noch von den behandelnden Ärzten bestätigt wurden – nicht auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit geschlossen werden (vgl. hierzu auch Urk. 6/100). Schliesslich geht auch der Beschwerdeführer für die Zeit von November 2016 bis Oktober 2019 in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % aus (Urk. 1 S. 16 Ziff. 6.2).

Zusammenfassend ist demnach in einer angepassten Tätigkeit für die Zeit ab November 2016 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. 4.3.3

Die Parteien sind sich einig, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aufgrund

der

Beschwerden an der linken Schulter nach Juli 2019 verschlechterte. Strittig ist indes der Zeitpunkt des Eintritts dieser Veränderung. Während die Beschwerdegegnerin ab der Operation der linken Schulter am 16. November 2020 in einer angepassten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging (Urk. 2/1 S. 3 f.), ist eine Verschlechterung gemäss Beschwerdeführer bereits ab dem Eintritt des Schulterdistraktionstraumas im

August 2019 eingetreten, wobei er diesbezüglich auf den Bericht seines damaligen Hausarztes dipl. Arzt

I.\_\_\_\_ vom 28. Juni 2020 (Urk. 6/156) verwies (Urk. 1 S. 14 f. Ziff. 5).

Gestützt auf den genannten Bericht (Urk. 6/156) kann in einer angepassten Tätigkeit nicht auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab August 2019 geschlossen werden. Dipl. Arzt I.\_\_\_\_ attestierte lediglich für die angestammte Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit (S. 1 lit. B) und äusserte sich nicht zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit. Des Weiteren folgt auch aus dem pauschalen Hinweis des Hausarztes im Juni 2020 auf eine extrem eingeschränkte Beweglichkeit der Schulter (S. 2 lit. D Ziff. 5) nicht automatisch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit ab August 2019. Ebenso wenig lässt die Beurteilung der Radiologie E.\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2019 (Urk. 6/138) Rückschlüsse auf den Umfang der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass der vom Hausarzt erwähnte Sturz auf die [linke] Schulter im August 2019 (S. 2 lit. D Ziff. 3) seitens des Beschwerdeführers im Rahmen der hier relevanten Begutachtung nicht erwähnt wurde und Dr. B.\_\_\_\_ zudem unter Bezugnahme auf den Bericht der Radiologie E.\_\_\_\_ vom 8.

Oktober 2019 (Urk. 6/138) von einer älteren Läsion der Rotatorenmanschette ausging (Urk. 6/207/81-121 S. 11), was auf eine vor August 2019 eingetretene Verletzung hindeutet.

Nach dem Gesagten ist in einer angepassten Tätigkeit ab November 2020 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. 4.3.4

Gemäss der Beschwerdegegnerin ist sechs Monate nach der Schulteroperation im November 2020 eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten, weshalb sie in einer angepassten Tätigkeit ab Mai 2021 wieder von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausging und die Rente per September 2021 herabsetzte (Urk. 2/1 S. 4).

Der 1963 geborene Beschwerdeführer war im Zeitpunkt der Rentenherabsetzung (per September 2021) über 55 Jahre alt, wobei er ab Februar 2021 unbestritten

Anspruch auf eine ganze Rente hatte (Urk. 2/1 S. 2). Entsprechend fällt er unter den besonders geschützten Personenkreis und es ist ihm die Selbsteingliederung nach der Rechtsprechung grundsätzlich nicht mehr zumutbar (vgl. E. 1.5). Aus den Akten ergeben sich sodann keine Hinweise darauf, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer im Zusammenhang mit der in Frage stehenden Rentenherabsetzung Eingliederungsmassnahmen angeboten hat.

Anhaltspunkte für eine Ausnahme von der grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung (vgl. E.

1.5) sind vorliegend nicht offenkundig, da den Akten insbesondere keine Hinweise dafür zu entnehmen sind, dass es sich beim Beschwerdeführer um eine gut ausgebildete Person mit breiter Berufserfahrung handelt oder er derart agil und gewandt erscheint, dass einer Selbsteingliederung nichts entgegensteht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_235/2019 vom 20. Januar 2020 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Damit ist die Rentenherabsetzung per September 2021 so lange nicht gerechtfertigt, als die Beschwerdegegnerin die Wiedereingliederung nicht aktiv gefördert und den Beschwerdeführer nicht hinreichend auf die berufliche Eingliederung in einer Verweistätigkeit vorbereitet hat. Dies führt in der Regel zur Aufhebung der Rentenherabsetzung und Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen. Von einer Rückweisung ist vorliegend indes abzusehen, nachdem sich der Zustand des Beschwerdeführers zwischenzeitlich verschlechtert hat und der RAD-Arzt ab August 2022 angesichts der neuerlich deutlich progredienten Befunde im HWS-Bereich und der Indikation für eine schwerwiegende Operation nachvollziehbar auch in einer angepassten Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging (vgl. Urk. 6/247/9).

Nach dem Gesagten ist deshalb in einer leidensangepassten Tätigkeit im Ergebnis seit November 2020 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. 4.3.5

Im Lichte der obigen Erwägungen ist in einer angepassten Tätigkeit von November 2016 bis Oktober 2020 von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab November 2020 von einer solchen von 0 % auszugehen. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 5.2

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 ausgleichender 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, 128 V 29 E. 1). 5. 3

### 5.3.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen 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 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1). 5.3.2

Die Beschwerdegegnerin ging für das Jahr 2016 von einem Valideneinkommen von Fr. 69'290.-- aus, wobei sie sich auf die Arbeitgeberbestätigung der Y. \_\_\_ AG vom 6. Januar 2016 (Urk. 6/13/1-4) abstützte (vgl. Urk. 6/246 S.

1). Dies ist nicht zu beanstanden und wird im Übrigen auch vom Beschwerdeführer nicht

in Frage gestellt (Urk. 1 S. 16 Ziff. 6.3). 5. 4

#### 5.4.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) periodisch heraus gegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1 ). 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). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BG E 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). 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. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen geschamft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen ( vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -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 ( BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

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 Bundesgericht s 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 ). 5.4.2

Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ab November 2016 jeweils auf die Tabelle TA1 ( monatlicher Bruttolohn [Zentral wert] nach Wirtschafts

zweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), Kompetenzniveau 1, Männer, Total, der LSE 2016, 2018 und 2020 ab (Urk. 6/246). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden, weshalb für die Zeit von November 2016 bis Oktober 2020 der Invalidenlohn gestützt auf die LSE 2016 und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen (BFS, Tabelle T03.02.01.03.01) für das dem Beschwerdeführer zumutbare Arbeitspensum von 50 % Fr. 33'401.70 beträgt.

Unter Berücksichtigung des erheblich eingeschränkten Anforderungs- und Belastungsprofils des zuvor als Bauarbeiter körperlich schwer tätigen Beschwerdeführers mit wesentlichen Beeinträchtigungen beim Heben und Tragen, beim Hantieren von Werkzeugen und bei der Haltung/Beweglichkeit sowie insbesondere des Umstandes, dass der Arbeitseinsatz über 2 x 2 Stunden pro Tag verteilt werden muss (Urk. 6/207/81-121 S. 37 ff.), rechtfertigt sich im Lichte aller Umstände in Abweichung der Auffassung der Beschwerdegegnerin – welche von einem Tabellenabzug von nur 10 % ausging (Urk. 2/1 S. 3) – ein Leidensabzug von 20 % (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_294/2012 vom 7. Mai 2012 E).

3.3.2.1: Bestätigung eines 15%igen Abzuges bei einem Versicherten, der bei 50%iger Restarbeitsfähigkeit auch nur noch 2 Stunden pro Halbtage mit langer Pause arbeiten konnte, bei welchem indes die schweizerische Staatsbürgerschaft als lohn erhöhend mitberücksichtigt wurde).

Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist zu bejahen (vgl. Urk. 1 S. 14 Ziff. 4), nachdem dem Beschwerdeführer trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen ein vergleichsweise breites Spektrum möglicher Hilfstätigkeiten (bei spielsweise Tätigkeiten, welche die Kontrolle von Waren in der maschinellen Herstellung oder die Überwachung von voll- oder halbautomatischen Maschinen oder Abfüllanlagen oder sonstige Überwachungsarbeiten umfassen) offensteht. Solche Hilfsarbeiten sind auf dem hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt in genügender Anzahl vorhanden und werden grundsätzlich altersunabhängig und auch in Teilzeit nachgefragt (zur Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit vgl. statt vieler BGE 138 V 457 E. 3). 5. 5

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 69'290.-- (E. 5.3.2) und einem Invalideneinkommen von Fr. 33'401.70 beziehungsweise mit 20 %-Abzug von Fr. 26'721.40 (E. 5.4.2) resultiert ein Invaliditätsgrad von abgerundet 61 %

(BGE 130 V 121). Dies ergibt für die Zeit von November 2016 bis Januar 2021 (Art. 88a Abs. 2 IVV)

einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Ab Februar 2021 besteht bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ein Anspruch auf eine ganze Rente (vgl. E. 1.2 und E. 4.3 f.). Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren entgegen Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzulegen. Die Kosten sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin ein Anspruch auf eine Prozessentschädigung in der Höhe von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWS T) zu. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt, IV-Stelle, vom

6. Juli und 25. August 2023 aufgehoben und es wird fest gestellt, dass der Beschwerdeführer vom 1. November 2016 bis 31. Januar 2021 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und ab 1. Februar 2021 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 GräubSchleiffer Marais

## **E. 6**

/

## **E. 8**

). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, veranlasste Massnahmen zur beruflichen Eingliederung (Urk. 6/27, Urk. 6/40), welche sie am 10. November 2016 zufolge Arbeitsunfähigkeit des Versicherten beendete (Urk. 6/4

## **E. 9**

). Nach durchlaufenem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/68), in dessen Verlauf sie eine interdisziplinäre Begutachtung veranlasst hatte (Gutachten von Prof. Dr. med. Z.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH sowie Neurologie FMH, und Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH A.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH spez. Rheumakerkrankungen, vom 14./23. August 2017, Urk. 6/83-85), verneinte sie mit Verfügung vom 31. Oktober 2017 (Urk. 6/

## **E. 10**

7 /3-13) mit Urteil vom 28. März 2018 (Urk. 6/

**E. 11**

2 , Verfahren IV.2017.01318 ) in dem Sinne gut, als dass es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache an die IV-Stelle zurückwies, damit letztere in einem rechts genügenden Verwaltungsverfahren über den Leistungsanspruch des Versicherten neu entscheide (Ziff. 3.4).

**E. 12**

5 ) erhob. Am 20. August 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch des Versicherten mit Verweis auf einen Invaliditätsgrad von 13 %

verfügungsweise ab (Urk. 6/128 ) . Die am 17. September 2019 erhobene Beschwerde (Urk. 6/13 1 /3-14) hiess das hiesige Gericht am 13. März 2020 insofern gut, als dass es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache zwecks Durchführung eines rechtsgenügenden Verwaltungsverfahrens und weiterer Abklärungen

sowie anschliessender neuer Beurteilung an die IV-Stelle zurückwies ( Urk. 6/143

Ziff. 3.3, Verfahren IV.2019.00655 ) .

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