

SO_GERICHTE VSBES.2016.274 vom 16. September 2016

SO Obergericht, 2016-09-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.274

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.274 du 16 septembre 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.274 del 16 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 In zeitlicher Hinsicht sind diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts gelten (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 109 E. 1, 127 V 466 E. 1 S. 469; Urteil des Bundesgerichts 8C_35/2017 vom 4. August 2017 E. 3.1). Da die vorliegend angefochtene Verfügung am 16. September 2016 erging, sind die am 16. September 2016 geltenden Bestimmungen massgebend.

E. 2

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen-

und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4, 125 V 256 E. 4 S. 261; Urteil des Bundesgerichts 8C_575/2016 vom 6. Dezember 2016 E. 2).

E. 3

3.1 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

3.2 Zu den Eingliederungsmassnahmen gehört im Rahmen der Massnahmen beruflicher Art auch die Umschulung. Gemäss Art. 17 Abs. 1 IVG besteht ein Anspruch auf eine Umschulung in eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder wesentlich verbessert werden kann. Eine Invalidität im Sinn dieser Bestimmung liegt vor, wenn eine versicherte Person in der bisher ausgeübten Arbeit oder in den ihr ohne zusätzliche berufliche Ausbildung offen stehenden, zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine Erwerbseinbusse von mindestens 20 % erleidet, wobei es sich dabei lediglich um einen Richtwert handelt. Die versicherte Person muss also in den ohne zusätzliche berufliche Ausbildung noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten in diesem Ausmass eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse erleiden (BGE 124 V 108 E. 2b S. 110 f., vgl. auch 130 V 488 E. 4.2 S. 489 f. je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_716/2016 vom 1. Februar 2017 E. 4.1.3).

E. 4

4.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen

Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHJ 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

5. Es ist vorliegend streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 16. September 2016 (A.S. 1 ff.) das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen, insbesondere auf eine Umschulung, zu Recht abgewiesen hat, und ob die dem Beschwerdeführer zugesprochenen befristeten Invalidenrenten korrekt sind.

6. Für die Beurteilung der Leistungsansprüche des Beschwerdeführers sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen relevant:

6.1 Dr. med. D.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, hielt im Bericht vom 10. Mai 2007 (IV-Nr. 4 S. 3 ff.) aufgrund der Untersuchungen vom 23. April und 9. Mai 2007 folgende Diagnosen fest:

Aufgrund all dieser Befunde, der positiven Antinukleären Antikörper, der positiven relativ spezifischen Anti-dS-DNA-Antikörper und den positiven Anti-Cardiolipin-Antikörpern, einer stark erhöhten Senkung bei normalem CRP (C-reaktives Protein), einer Anämie und einer ausgeprägten Polyarthrit, könne die Diagnose eines systemischen Lupus erythematosus gestellt werden. Retrospektiv könnten sogar die Migräne und das passagere Hemisyndrom Ausdruck eines Antiphospholipid-Syndroms sein, welches einerseits als alleinige Erkrankung oder aber in Zusammenhang mit einem systemischen Lupus auftreten könne. Es könne natürlich nicht ausgeschlossen werden, dass das Hemisyndrom mit dem Foramen ovale in Zusammenhang gestanden habe. Für die sichere Diagnose eines Antiphospholipid-Syndroms müssten die Anti-Cardiolipin-Antikörper wiederholt positiv getestet werden.

Selbstverständlich dränge sich hier in Anbetracht der einschränkenden und ausgeprägten Polyarthrit die sofortige Aufnahme einer Basistherapie auf. Entzündliche Usurierungen am Knochen seien glücklicherweise noch nicht nachweisbar. Sie seien beim Lupus auch sehr viel seltener als bei der rheumatoiden Arthritis. Dem Beschwerdeführer sei als erstes die Aufnahme der Behandlung mit Plaquenil in der Initialdosis von 2 x 200 mg verordnet worden sowie zur Überbrückung der Zeitdauer bis zum Ansprechen der Basismedikation Spiricort, zunächst in einer Dosis von 20 mg täglich. Nach einer Woche könne der Beschwerdeführer versuchen auf 10 mg zurückzugehen.

6.2 Mit Schreiben vom 13. Juni 2007 (IV-Nr. 4 S. 2) hielt Dr. med. D. ___ fest, beim Beschwerdeführer sei erst vor circa einem Monat die Diagnose eines Systemischen Lupus erythematosus mit Polyarthrit und Anämie gestellt worden. Es sei eine Basistherapie eingeleitet worden. Zum jetzigen Zeitpunkt sei es viel zu früh, das Ansprechen auf die Therapie und die Prognose bezüglich der weiteren Arbeitsfähigkeit abzuschätzen. Vorläufig sei vereinbart worden, dass dem Beschwerdeführer in seiner Firma eine leichtere Tätigkeit zugewiesen werde, die er ab dem 4. Juni 2007 versuchsweise aufgenommen habe. Möglicherweise könne er diese Tätigkeit mit wechselnder Belastung und der Möglichkeit, zwischendurch zu sitzen, demnächst zu 100 % aufnehmen. Das bleibe aber vorläufig noch abzuwarten.

6.3 Im Verlaufsbericht vom 10. September 2007 (IV-Nr. 17) hielt Dr. med. D. ___ fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verbessert. Es sei keine Änderung der Diagnose eingetreten. Die Entzündungszeichen, die Anämie und die Gelenkschwellungen hätten sich unter der Basistherapie und systemischen Kortikosteroidtherapie weiter zurückgebildet. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Aufgrund der Gelenksbeschwerden, welche auch die unteren Extremitäten betreffen würden, habe der Beschwerdeführer Mühe, bei der bisherigen Arbeit den ganzen Tag zu stehen. Das führe zu verstärkten Schmerzen in den Füßen und zu einer verminderten Leistungsfähigkeit. Ihm sei die bisherige Tätigkeit noch zumutbar, wobei der zeitliche Rahmen in den vergangenen Monaten stark variabel gewesen sei und von 0 - 100 % gereicht habe. Zum jetzigen Zeitpunkt bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit könne am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden. Durch die medizinischen Massnahmen hätten sich die Entzündungszeichen soweit gebessert, dass die Arbeitsfähigkeit in den letzten Wochen wieder habe verbessert werden können, aber wie im ersten Teil erwähnt, sei mit Rückfällen zu rechnen und bei verstärkter körperlicher Belastung auch mit einem Wiederaufflammen der Entzündungszeichen in den Gelenken. Längerfristig sei es deshalb sinnvoll, den Arbeitsplatz entweder so umzugestalten, dass eine wechselbelastende Tätigkeit möglich werde, oder es sei eine Umschulung auf eine körperlich weniger belastende Tätigkeit vorzunehmen. Es sei schwierig im Voraus zu beantworten, wie sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Bei optimalem Verlauf und optimaler Therapie und günstigen Verhältnissen am Arbeitsplatz könne möglicherweise eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erhalten werden. Dem Beschwerdeführer seien andere Tätigkeiten zumutbar. Dabei handle es sich um sämtliche Tätigkeiten mit körperlich wenig belastenden Aufgaben, vor allem sitzende Tätigkeiten, Büroarbeiten, Planungsarbeiten, manuelle Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu sitzen. Diese Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer vollzeitig, d.h. 8 bis 9 Stunden pro Tag zumutbar. In diesem zeitlichen Rahmen bestehe zum jetzigen Zeitpunkt keine verminderte Leistungsfähigkeit.

6.4 Im Schlussbericht vom 12. Februar 2009 (IV-Nr. 77 S. 3 f.) hielt Dr. med. U.____, Facharzt FMH für Pneumologie und Innere Medizin, aufgrund der pneumologischen Abklärung mit Standortbestimmung bei systemischem Lupus erythematosus mit positiven ANAK und Anti DNS-Antikörpern, folgende Diagnose fest:

Ausschluss eines Asthmas bronchiale mit normalem Methacholintest und normalen FeNO, normale bodyplethysmographische Lungenfunktionsprüfung mit grenzwertig erniedrigter Diffusionskapazität (Einatemzugmethode)

Aktuell stehe der Beschwerdeführer unter einer Medikation mit 2 x 200 mg Plaquenil und 15 mg Spiricort. Hämoglobin 16,1 g/dl. Normale Leukozyten- und Thrombozytenzahl 266 G/l. Zum Ausschluss einer asthmatischen Genese bzw. asthmatischen Entzündung sei das FeNO gemessen worden mit einem Ergebnis von 18 ppb, im Normbereich der nicht asthmatischen Entzündung liegend.

Die bodyplethysmographische grosse Lungenfunktionsprüfung ergebe normale statische und dynamische Lungenvolumina, einen abnormalen Tiffeneau-Test, eine normale Blutgasanalyse in Ruhe. Die Diffusionskapazität, gemessen mit der Ein-atemzugmethode, zeige einen grenzwertigen, erniedrigten Wert von 69 %. Der direkt daran angeschlossene unspezifische Broncho-Provokationstest mit Methacholin sei negativ. Es zeige sich keine unspezifische, bronchiale Hyperreagibilität.

Die Anstrengungsintoleranz und Anstrengungsdyspnoe des Beschwerdeführers könnten aufgrund der Befunde durchaus in Zusammenhang mit einer beginnenden pulmonal arteriellen Hypertonie liegen. Aus diesem Grunde werde empfohlen, den Beschwerdeführer echokardiographisch mit dieser Fragestellung untersuchen zu lassen und je nach beabsichtigter weiterer rheumatologischer Therapie als Baseline Untersuchung eine Computertomographie des Thorax ohne Kontrastmittel anfertigen zu lassen, zum Ausschluss einer Lungenparenchym-Beteiligung. Aufgrund der eigenen Lungenfunktionsprüfung sei ein Lungenparenchyembefall durch den Lupus zurzeit aber eher unwahrscheinlich.

6.5 Dr. med. D.____ hielt im Zwischenbericht vom 16. März 2009 (IV-Nr. 77 S. 1 f.) aufgrund der regelmässigen Behandlung des Beschwerdeführers seit August 2008 folgende Diagnosen fest:

Der Beschwerdeführer habe sich ab August 2008 wieder in die Behandlung begeben, weil ein akuter Schub der Gelenkentzündung aufgetreten sei unter alleiniger Plaquenil - Behandlung. Es sei ihm ein Kortikosteroidstoss verordnet worden und sie hätten versucht, das Medikament langsam zu reduzieren. Das sei leider nicht gelungen, es seien unter Reduktion der Kortikosteroiddosis sofort wieder verstärkt Gelenkschmerzen und Schwellungen aufgetreten, so dass die Dosis bei 20 mg habe beibehalten werden müssen. Dr. med. D.____ habe sich deshalb Mitte Oktober zu einer Basistherapie mit Methotrexat entschlossen und habe dem Beschwerdeführer 10 mg Methotrexat wöchentlich subkutan verordnet. Noch bevor überhaupt ein Effekt dieser zusätzlichen Basistherapie hätte beurteilt werden können, nämlich schon im November, habe der Beschwerdeführer dann über verstärkte Anstrengungsdyspnoe beim Sport und Treppensteigen geklagt, sodass das Medikament aus Furcht vor einer möglichen Methotrexat Pneumonitis wieder abgesetzt worden sei. Das Thoraxröntgenbild habe zwar keine Infiltrate gezeigt, aber es habe keine andere Erklärung für die Dyspnoe bestanden. Inzwischen habe diese Anstrengungsdyspnoe leider nicht aufgehört und der Beschwerdeführer sei deshalb an Dr. med. U.____ zur

Abklärung weitergewiesen worden (vgl. E. II. 6.4 hiervor). Aufgrund dessen Empfehlung, bei dieser Grundkrankheit eine arterielle Hypertonie zu suchen, sei der Beschwerdeführer inzwischen bei Dr. med. V.____ angemeldet.

Unter 15 - 20 mg Spiricort und 2 x 200 mg Plaquenil seien die Gelenksentzündungen einigermaßen unter Kontrolle, aber der Beschwerdeführer sei nicht beschwerdefrei, er klagte auch wieder über eine starke Müdigkeit. Das sei eine unbefriedigende Situation, denn eine längerfristige Spiricortdosierung in dieser Dosis sei nicht von Vorteil.

Der Beschwerdeführer sei zurzeit für körperlich belastende Arbeiten nicht arbeitsfähig. Körperlich leichte Arbeiten wären ihm medizinisch theoretisch zuzumuten, inwiefern er durch die krankheitsbedingte Müdigkeit in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei, sei schwierig zu quantifizieren und hänge wohl von der jeweiligen Tagesform ab.

6.6 Dr. med. V.____, Kardiologie und Innere Medizin FMH, hielt im Bericht vom 17. März 2009 (IV-Nr. 116 S. 5 ff.) betreffend die am 16. März 2009 durchgeführte Kontrollechokardiographie folgende Diagnosen fest:

Ad Pulmonalisdruck: Es finde sich ein vollständig normaler Pulmonalisdruck mit einem maximalen Gradienten über der TK von 20 mmHg, entsprechend einem Pulmonalisdruck von 26 mmHg systolisch. Damit bestehe keine sekundäre Veränderung bei Status nach wahrscheinlich Methotrexat-Pneumonitis oder sogar eine Veränderung des pulmonalen Widerstandes im Rahmen der Kollagenose. Die übrigen echokardiographischen Befunde transthorakal seien ebenfalls vollständig normal.

Ad Foramen ovale: Die aktuelle Untersuchung sei zum Anlass genommen worden, nochmals über das adäquate Procedere bezüglich dem seit 2004 bekannten, offenen Foramen ovale Stellung zu nehmen. 2004 habe die Abklärung im Rahmen eines TIAs zum Nachweis des offenen Foramens mittels einer Kontrastechokardiographie geführt. Fokale ischämische Läsionen seien nicht nachgewiesen worden und es habe entweder eine paradoxe Embolie durch das Foramen ovale angenommen werden müssen oder es bestehe natürlich auch noch ein Zusammenhang mit einer recht klassisch präsentierenden Migräne accompagnée. Ohne weitere Therapie sei der Beschwerdeführer von dieser Seite her beschwerdefrei geblieben, es sei nie mehr zu einem neurologischen Ausfallereignis dieser Art gekommen. Nach wie vor, jedoch seltener, bestünden noch Migräne-Anfälle mit oculären und gelegentlich auch linksseitig sensiblen Symptomen. Echokardiographisch finde sich ein unveränderter Befund zu 2004, insbesondere transthorakal kein Nachweis eines Vorhofaneurysmas. Damit werde empfohlen, bei dem konservativen Therapieprocedere zu bleiben und von einem Verschluss mit einem Schirm abzusehen.

6.7 Dr. med. V.____ hielt im Bericht vom 11. März 2010 (IV-Nr. 116 S. 3 f.) betreffend die am 8. März 2010 durchgeführte Duplexsonographie der Vena subclavia und axillaris rechts folgende Diagnosen fest:

Die aktuelle Duplexsonographie bestätige die Verdachtsdiagnose. Beim Beschwerdeführer bestehe aktuell eine Subclaviathrombose rechts. Die A. axillaris gegen distal und die proximalen Abschnitte der Subclavia gegen den Truncus brachiocephalicus zu seien offen. Es handle sich um eine isolierte Subclaviathrombose ohne begleitende andere pathologische Strukturen in diesem Bereich. Therapeutisch sei eine Antikoagulation zwingend und es werde eine orale Antikoagulation für mindestens drei Monate empfohlen. Vor Absetzen derselben werde geraten, den Beschwerdeführer zusätzlich an einer universitären

Hämatologie bezüglich Gerinnungspathologie abzuklären. Ein ursächlicher Zusammenhang der aktuellen Subclaviathrombose mit dem systemischen Lupus erythematoses scheine wahrscheinlich, der Beschwerdeführer weise aber eine nicht ganz unauffällige Venen- und Thromboseanamnese auf, so berichte er über bereits früher wiederholte oberflächliche Thrombophlebitiden im Bereich des oberflächlichen Venensystems der Unterschenkel.

6.8 Dr. med. W.____, Leitender Arzt, X.____, Institut für Medizinische Diagnostik, hielt betreffend die am 23. August 2010 durchgeführte CT des Handgelenks links fest, es lägen zum Vergleich eine CT vom 29. April 2010 und Röntgen-Bilder vom 20. August 2010 vor (IV-Nr. 150.2 S. 16). Befund und Beurteilung: Weiterhin keine Konsolidation bei unveränderter Weite des Pseudarthrosespalt im mittleren Scaphoiddrittel (das Knocheninterponat sei nicht abgrenzbar); neu diskreter Aufhellungssaum um das distale Gewinde der Herbert-Schraube DD Artefakt, fortgeschrittene Lockerungszeichen fänden sich jedoch nicht; sonst unverändert.

6.9 Dr. med. Y.____, Leitender Arzt, X.____, Orthopädische Klinik, hielt im Bericht vom 1. September 2010 (IV-Nr. 100.8) folgende Diagnosen fest:

Im Oktober 2009 sei der Beschwerdeführer auf die linke Hand gestürzt und habe sich oben genannte Fraktur zugezogen. Die MRI-Untersuchung sei erst Ende 2009 durchgeführt worden. Die Operation mit einer minimalen invasiven Schraubenosteosynthese mit kanulierter Herbertschraube sei am 2. Februar 2010 durchgeführt worden. Wegen fehlender Konsolidation seien die Frakturausräumung und Interposition mit Beckenkamm am 17. Mai 2010 durchgeführt worden (die Herbertschraube sei bei dieser Operation noch mit 2 Umdrehungen reingedreht worden). Trotz konsequenter Ruhigstellung für 12 Wochen keine Heilung nach diesem 2. Eingriff. Die Revaskularisation nach Zaidenberg sei indiziert.

6.10 Prof. Dr. med. Z.____, Facharzt FMH Chirurgie, spez. Handchirurgie, AA.____, Handchirurgie Zentrum, hielt im Austrittsbericht vom 29. September 2010 (IV-Nr. 111.27) die Diagnose einer «nicht heilenden Skaphoidpseud-arthrose links» fest. Der Revaskularisierungsversuch mit Zaidenbergspan sei wie geplant durchgeführt worden, es habe sich aber gezeigt, dass die Pseudarthrose mit einliegender Schraube noch völlig instabil gewesen sei, so dass die Montage des kleinen dorsalen Spanes zur Stabilisierung allein nicht ausreichend gewesen sei. Die von dorsal proximal eingebrachte Herbertschraube sei daher entfernt, die Pseud-arthrose nochmals angefrischt und mit Spongiosa aufgefüllt worden. Zusätzlich zum dorsal montierten Zaidenbergspan sei palmar von distal nach proximal eine Herbertschraube eingebracht worden, wodurch eine stabile Montage erreicht worden sei. Der Verlauf sei im Weiteren ohne Besonderheiten gewesen, mit reizlosen Wunden sei der Beschwerdeführer am 15. September aus stationärer Behandlung entlassen worden. Am 27. September seien die Fäden entfernt und ein Skaphoidgips angelegt worden, welcher für 2 x 5 Wochen vorgesehen sei. Erst dann werde erkennbar, ob die Stabilisierung diesmal gelungen sei.

6.11 Dr. med. AB.____, [...], hielt aufgrund der Multislice-CT Scaphoid vom 17. März 2011 im Bericht vom 17. März 2011 (IV-Nr. 111.4) folgende Beurteilung fest: Scaphoidfraktur / Pseudoarthrose weiterhin nicht durchgebaut. Zusätzliche Kleinfragmentarium-Querschraube im proximalen Scaphoidpol mit direktem Kontakt der Spitze zum Os lunatum hin und überstehendem Schraubenköpfchen radialseitig.

6.12 Prof. Dr. med. AC.____, Leitender Arzt, und Dr. med. AD.____, Assistenzarzt, AE.____, Medizinische Poliklinik und Nephrologie / Rheumatologie / Allergologie, führten im

Bericht vom 30. März 2011 aufgrund der Immunologiesprechstunde vom 22. März 2011 (IV-Nr. 114 S. 4 ff.) folgende Diagnosen auf:

DD Transitorisch ischämische Attacke bei Offenem Foramen ovale

Klinisch, anamnestisch und aufgrund von ergänzenden Laboranalysen bestehe ein stabiler Verlauf des systemischen Lupus erythematoses ohne Hinweise für eine erhöhte entzündliche Aktivität. Die Therapie mit Plaquenil in der Dosierung von 400 mg pro Tag werde gut vertragen und sollte fortgeführt werden. Die leichten restlichen Arthralgien würden mit NSAR gut kontrolliert. In einer ergänzenden Gerinnungsabklärung habe sich ein positives Lupus Antikoagulans, bei sonst negativen Anti-Phospholipidantikörpern, gezeigt. Nach Diskussion der Befunde mit einem Arzt der Hämostaseologie müsse die Bestimmung des Lupus Antikoagulans wegen häufig falsch-positiver Befunde nach einem Intervall von 10 - 12 Wochen wiederholt werden, ohne dass eine Antikoagulation zwischenzeitlich stattgefunden haben dürfe. Bestätige sich das positive Lupus Antikoagulans, so müsste in Anbetracht der stattgehabten Thrombosen dann die Diagnose eines Antiphospholipid-Syndroms gestellt und der Beschwerdeführer bis zum Verschwinden der Antikörper koaguliert werden. Sollten unabhängig davon die dann auch zu bestimmenden D-Dimere über einen Wert von 0,7 ug/ml erhöht sein, so spräche dies für eine dann noch nicht suffizient abgeheilte / rekanalisierte V. subclavia-Thrombose, welche per se einen Grund für eine Antikoagulation darstellen würde.

Im Telefonat vom 27. April 2011 mit dem Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. AF.____, sei die Indikation zur Thrombozytenaggregationshemmung bei Status nach sensibler Hemisymptomatik 2004 besprochen worden. Nach der Aktenlage habe man sich damals in Übereinkunft mit dem behandelnden Kardiologen für eine Migraine accompagnée als wahrscheinliche Ursache der neurologischen Symptomatik und gegen eine gekreuzte Embolie bei offenem Foramen ovale entschieden, bei damals gänzlich unauffälligem MRI des Kopfes. Deshalb sei auf eine prophylaktische Gabe eines Thrombozytenaggregationshemmers verzichtet worden. Sollte sich ein Antiphospholipid-Syndrom bestätigen, so würde letztere durch eine dann indizierte orale Antikoagulation ohnehin hinfällig. Zwischenzeitlich würde eine Gabe von ASS 100 mg einmal täglich die Diagnostik hinsichtlich Lupus antikoagulans nicht beeinflussen und werde zumindest bis zur diesbezüglichen Klärung empfohlen.

6.13 Im Ärztlichen Zwischenbericht vom 26. Juli 2011 (IV-Nr. 113.2) hielt Prof. Dr. med. Z.____ die Diagnose einer «zweimal voroperierten Skaphoidpseudarthrose links» fest. Am 13. September 2010 habe eine erneute Stabilisierung und Revaskularisierung mit Zaidembergspan stattgefunden. Anschliessend Beförderung des Durchbaus mit Magnetodyne. Die Behandlung dauere über vier Wochen. Die letzte Kontrolle habe am 11. Juli 2011 stattgefunden, nachdem der Beschwerdeführer am 6. Juli 2011 auf der Treppe gestürzt und auf die linke Hand gefallen sei und wieder Beschwerden gehabt habe. Die Röntgendurchleuchtung zeige aber eine unverändert stabile Situation des Skaphoids mit weiteren Anzeichen fortschreitenden Durchbaus. Die Arbeit habe der Beschwerdeführer ab 1. Juni 2011 zu 100 % wieder aufgenommen.

6.14 Im Notfallbericht vom 31. Oktober 2011 (IV-Nr. 123 S. 12 f.) hielten Prof. AC.____ und Dr. med. AG.____, Assistenzarzt, X.____, Medizinische Klinik, Interdisziplinäre Notfallstation, folgende Hauptdiagnosen fest:

Die wegen wiederholter Arthralgien angesetzte Prednison-Medikation sei nicht ausreichend effektiv gewesen, um die Arthralgien zu unterdrücken und sei vom Beschwerdeführer wegen unreiner Haut auch schlecht akzeptiert worden. Es werde deshalb ein Versuch mit Mycophenolate Mofetil (CellCept) in niedriger Dosierung (1 g / Tag) unternommen. Im Verlauf müsse der Erfolg der Medikation evaluiert werden. Bei gutem Ansprechen könne versucht werden, die Dosierung auf 500 mg / Tag zu reduzieren. Bei leicht erniedrigtem MCV sollte der Ferritin-Spiegel bei der nächsten Blutentnahme kontrolliert werden, möglicherweise liege ein beginnender Eisenmangel vor.

6.15 Der RAD-Arzt Dr. med. M.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, führte in seiner Stellungnahme vom 5. März 2012 (IV-Nr. 115 S. 2 ff.) aus, der Beschwerdeführer leide an den Folgen eines Unfalls und an einer schweren, chronischen rheumatischen Grundkrankheit. Bezüglich der Krankheit sei die Zeit vom Februar 2009 bis März 2011 schlecht dokumentiert. Die schwere, unheilbare Erkrankung (Lupus erythematodes) habe mit Sicherheit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt und möglicherweise noch immer. Aus diesem Grund sei ja von der IV-Stelle des Kantons [...] auch eine Umschulung auf einen körperlich leichteren Beruf eingeleitet worden. Am 31. Oktober 2009 habe sich während der Ausbildung ein Sportunfall ereignet. Laut Unfallversicherung J.____ sei der Beschwerdeführer jedoch ab 1. Juni 2011 wieder 100 % arbeitsfähig (vgl. IV-Nr. 113.5). Nach den Unterlagen der Unfallversicherung J.____ habe in der Zeit von Februar 2010 bis Mai 2011 eine Arbeitsunfähigkeit wegen des Unfalls bestanden. Über den Gesundheitszustand bezüglich Lupus und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wisse man aber leider nichts. Die Frage, ab wann und in welchem Ausmass eine Arbeitsunfähigkeit in der neu angestammten Tätigkeit als Techniker HF medizinisch ausgewiesen sei, lasse sich mit den vorhandenen medizinischen Unterlagen nicht beantworten. Es sei ein Arztbericht bei der medizinischen Poliklinik [...] mit der Frage nach der Arbeitsfähigkeit wegen des Lupus (ohne Berücksichtigung der Unfallfolgen an der linken Hand) in der Beobachtungszeit seit Februar 2011 bis heute, mit der Bitte um Beilage der vorliegenden Berichte seit September 2011 (Dezember 2011, evtl. noch später?) einzuholen. Es seien auch die vorliegenden ärztlichen Berichte bei Dr. med. V.____ von 2009 sowie ein Arztbericht bei Dr. med. D.____ mit der Bitte um Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit in der Zeit seit Behandlungsbeginn bei ihr (Juni 2007?) einzuholen.

6.16 Dr. med. D.____ hielt im Verlaufsbericht vom 10. April 2012 (IV-Nr. 117) fest, der Gesundheitszustand sei stationär. Unter dem Titel «Änderungen der Diagnose» wurden Folgendes aufgeführt:

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe in erster Linie die Scaphoid-Fraktur und während gewissen Perioden sei die Arbeitsfähigkeit auch durch den Lupus eingeschränkt gewesen. Kurz vor und bei Diagnosestellung im April 2007 sei der Beschwerdeführer 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ab Juni 2007 sei dann noch eine 50%ige und ab dem 23. Juli 2007 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit geblieben. In der zweiten Hälfte 2007 sei eine medizinisch-theoretisch Arbeitsfähigkeit von 100 % für leichte körperlich wenig belastende Tätigkeiten vorhanden gewesen. Dies mit leichten Einschränkungen je nach Krankheitsaktivität, die damals recht gut unter Kontrolle gewesen sei. 2008 sei wegen verstärkten Gelenkentzündungen eine Intensivierung der Therapie nötig gewesen, eine Umschulung sei aber möglich gewesen und medizinisch-theoretisch sei die Arbeitsfähigkeit bis zum Dezember 2009 erhalten geblieben. Zwischen August und März 2009 erneut vermehrte Aktivität von Seiten der Polyarthrites im Rahmen des systemischen Lupus

erythematosus. Damals sei der Beschwerdeführer für körperlich belastende Arbeiten nicht einsatzfähig gewesen, aber körperlich leichte Arbeiten seien ihm zu 100 % zumutbar gewesen. Im Januar 2010 seien dann zunehmend Schmerzen im Handgelenk aufgetreten, wegen der invertierten Scaphoid-Fraktur habe ab 2. Februar 2010 (erstes Operationsdatum) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis mindestens Ende 2010 bestanden, anlässlich der letzten Konsultation im Februar 2011. Für körperlich belastende Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer höchstens 50 % arbeitsfähig. Zum Zeitpunkt der letzten Konsultation im Dezember 2010 und am 16. Februar 2011 sei der Beschwerdeführer von Seiten des SLE medizinisch-theoretisch für leichte Tätigkeiten einsetzbar, für körperlich belastende Tätigkeiten jedoch nicht arbeitsfähig. Seither hätten keine Konsultationen mehr stattgefunden. Der Beschwerdeführer habe die Überweisung ans AE.____ gewünscht (s. Berichte vom 20. September 2011 und vom 18. Januar 2012, IV-Nrn. 114 S. 2 f., 123 S. 14 f.).

6.17 Im Arztbericht vom 30. April 2012 (IV-Nr. 118) hielten Prof. Dr. med. AC.____ und Dr. med. AH.____, Assistenzärztin, AE.____, Klinik Innere Medizin, fest, es gebe keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Folgende Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Lupus Erythematosus, Erstdiagnose 2007, seit März 2011 in Betreuung

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Die gesundheitliche Störung sollte sich aktuell nicht auf die bisherige Tätigkeit auswirken. Diese sei dem Beschwerdeführer ohne verminderte Leistungsfähigkeit zu 8 Stunden pro Tag zumutbar. Auch andere Tätigkeiten seien ihm zu 8 Stunden pro Tag zumutbar. Aufgrund des Lupus seien dabei keine besonderen Dinge zu beachten.

6.18 Im Arztbericht vom 19. Juli 2012 hielten Dr. med. AI.____, Oberarzt, und Dr. med. AJ.____, Assistenzarzt, AE.____, Klinische Immunologie, folgende Diagnose fest (IV-Nr. 120 S. 3 ff.):

Mittelgradige depressive Störung (Erstdiagnose 18. Juli 2012)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit vom 18. Juli 2012 bis 28. Juli 2012 zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd. Eine Beurteilung der aktuellen Situation sei zurzeit nicht möglich. Eine Evaluation der Arbeitsunfähigkeit wegen der mittelgradigen depressiven Störung werde dem Kollegen der Psychiatrie überlassen. Aus immunologischer Sicht bestehe wegen des Lupus aktuell bei leichten Arthralgien sowie normalisierten Laborparametern keine somatische Einschränkung. Die vom Beschwerdeführer beschriebene Fatigue lasse sich nicht eindeutig dem akuten psychiatrischen Geschehen oder der Lupus-Erkrankung zuordnen.

6.19 Dr. med. M.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 23. Juli 2012 (IV-Nr. 119 S. 2 f.) fest, die Angaben über die Arbeitsfähigkeit im Arztbericht von Dr. med. D.____ vom 10. April 2012 (vgl. E. II. 6.16 hiervor) könnten übernommen werden; allerdings habe nach Angaben der Unfallversicherung J.____ die Arbeitsfähigkeit wegen der durch den Unfall bedingten Scaphoidfraktur links erst ab 2. Mai 2011 50 % und ab 1. Juni 2011 100 % betragen (vgl. IV-Nrn. 111.2, 115.3). Angaben zur Arbeitsfähigkeit aus Gründen der Krankheit (Lupus) in der Zeit von Juli 2011 bis März 2012 fehlten leider. Ab März 2012

bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in der neu angestammten Tätigkeit als Techniker HF.

Es bestünden neben den Folgen der Verletzung der linken Hand zusätzliche Krankheiten (Lupus erythematodes und Antiphospholipid-Syndrom) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei deshalb als Polymechniker seit April 2007 nicht mehr arbeitsfähig. Als Automatiktechniker HF würden die oben zusammengefassten Angaben gelten, wobei eine Dokumentationslücke für die Zeit von Juni 2011 bis März 2012 bestehe. In einer Verweistätigkeit wäre die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch nicht besser. Es werde empfohlen, bei der medizinischen Poliklinik [...] wegen der Arbeitsfähigkeit in der Zeit von Beginn der Behandlung Februar 2011 bis März 2012 und der Bitte um Beilage der ausgestellten Berichte nach September 2011 nachzufragen.

6.20 Im ambulanten Bericht vom 24. September 2012 (IV-Nr. 123 S. 20 ff.) hielten Prof. Dr. med. AC.____ und Dr. med. AJ.____, AE.____, Medizinische Poliklinik, aufgrund der Behandlung vom 27. März 2012 folgende Diagnosen fest:

Der Beschwerdeführer habe sich am 19. Juli 2012 bei akuter psychischer Belastung in unserer Sprechstunde vorgestellt. Damals sei als Grundsymptomatik zunehmende Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Schlafstörung, Antriebslosigkeit sowie Reizbarkeit angegeben worden. Diese Symptomatik habe in den letzten Monaten deutlich zugenommen. Grund dafür sei eine angespannte Situation mit der Leitung an seinem Arbeitsplatz. Ansonsten habe der Beschwerdeführer über transitorische diffus migrante Gelenkschmerzen geklagt. Im Frühjahr habe er selbständig CellCept gegen diese Symptomatik gestoppt.

Der Beschwerdeführer habe Nachtschweiss, Gewichtsverlust und Aphten stets verneint und nur einen leichten Haarverlust angegeben. Ebenfalls weder Hautveränderungen noch Kopfschmerzen. Klinisch seien keine klaren arthritischen Veränderungen im Status aufgefallen. Allerdings habe sich eine M4-Parese der linken unteren Extremität gezeigt.

Laborchemisch hätten sich keine Hinweise auf eine Lupus-Aktivität, ebenfalls keine Nierenbeteiligung gezeigt. Auch habe sich auffälligerweise eine M4-Plus-Schwäche des linken Beins gezeigt und radiologisch im MRI kein Korrelat für die objektivierte Schwäche im linken Bein gefunden. Neurologisch sei eine Beurteilung erfolgt. Zum Zeitpunkt des neurologischen Konsils sei keine Parese mehr zu sehen gewesen, weswegen aktuell keine weitere neurologische Abklärung durchgeführt worden sei. Es sei ebenfalls eine psychiatrische Beurteilung erfolgt, welche eine mittelgradige depressive Störung ergeben habe.

Eine Indikation nach medikamentöser Therapie habe es nicht gegeben, weswegen der Beschwerdeführer ambulant psychiatrisch durch die AK.____ betreut worden sei. Darunter habe sich im Verlauf ein etwas verbesserter Allgemeinzustand gezeigt. Der Beschwerdeführer habe deutlich von den Arbeitsunterbrüchen profitiert. Leider sei es im Verlauf wegen Krankschreibung zur Kündigung gekommen.

Im Labor sei ebenfalls eine mikrozytäre, hyperchrome Anämie mit grenzwertig tiefen hypochromen Retikulozyten aufgefallen. Es seien eine Gastroskopie sowie eine Koloskopie erfolgt, welche aktuell keine Blutungsquellen zeigten. In der Gastroskopie habe sich allerdings eine leichtgradige Rötung der Mukosa gezeigt, am ehesten durch die Indometacin-Therapie der Arthralgien zu erklären. Es sei eine PPI-Therapie mit Pantoprazol verabreicht worden. In Anbetracht des bereits im Frühjahr erniedrigten Eisenstatus sowie der im Verlauf normalisierten Hämoglobinwerte bei anamnestisch erfolgreicher peroraler

Substitution in der Vergangenheit sei eine Therapie mit oraler Eisensubstitution begonnen worden.

6.21 Aufgrund der MRT des linken Oberschenkels vom 5. Dezember 2012 hielt Dr. med. AL.____, AM.____, folgende Beurteilung fest (IV-Nr. 150.2 S. 15): Untersuchungsbefund vereinbar mit mittelvolumigen Hämatom im Bereich von Musculus vastus intermedius links. Hämorrhagische Myositis von Musculus vastus intermedius und vastus lateralis links. Posttraumatische Enthesiopathie und / oder Teilruptur im Bereich der proximalen Insertionsloge von Musculus vastus intermedius und lateralis links ohne Sehnenretraktion. Nebenbefundlich unspezifischer, klein- bis mittelvolumiger Erguss im Bereich des linken Kniegelenks.

6.22 Im Arztbericht vom 6. Januar 2013 (IV-Nr. 123 S. 1 ff.) stellte Dr. med. AF.____, FMH Innere Medizin, folgende Diagnosen, wobei nicht genau ersichtlich ist, welchen dieser Diagnosen er eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimisst:

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Die letzte Untersuchung habe am 31. Dezember 2012 stattgefunden. Die gesundheitliche Störung wirke sich in der bisherigen Tätigkeit durch rasche Ermüdung und Gelenkschmerzen aus. Dem Beschwerdeführer sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, die tagesabhängig sei und im Schnitt 50 % betrage. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Dem Beschwerdeführer seien andere Tätigkeiten zumutbar, bei denen es sich um Arbeiten in wechselnder Körperstellung und mit genügenden Erholungsphasen handeln müsse.

6.23 Der den Beschwerdeführer vom August bis im Dezember 2012 behandelnde Dr. phil. AN.____, Psychologe, Universitäre Psychiatrische Kliniken, AK.____, hielt im Arztbericht vom 13. April 2013 fest (IV-Nr. 127) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest:

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.10), seit August 2012

Der Beschwerdeführer sei seit August 2012 in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % eingeschränkt. Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen sowie ergänzende medizinische Abklärungen angezeigt. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit durch massive Tagesschwankungen und Perspektivlosigkeit aus. Die Leistungsfähigkeit sei stark befindlichkeitsabhängig. Es sei unklar, ob der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mit zumutbaren Massnahmen verbessern könne. Ihm seien andere Tätigkeiten mit variablen Arbeitszeiten zumutbar, wobei unklar sei, in welchem zeitlichen Rahmen ihm diese Tätigkeiten zumutbar seien. Vorgeschlagen würden: Umschulung / neue Qualifikation (Herausforderung).

6.24 Dr. med. M.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 29. April 2013 (IV-Nr. 126 S. 2 ff.) folgende Überlegungen fest (S. 3): Die neu eingetroffenen Akten gäben wenig konkrete Auskünfte über die Arbeitsfähigkeit in der Zeit von März 2011 bis März 2012. Im Bericht von Dr. med. D.____ vom 18. Februar 2011 (IV-Nr. 114 S. 13) sei festgehalten

worden, dass der Beschwerdeführer bezüglich der Lupus-Erkrankung beschwerdefrei sei. Zudem sei anzumerken, dass der Beschwerdeführer am 31. Oktober 2011 einen Unfall beim Handballspielen gehabt habe, was gegen eine wesentliche Beeinträchtigung bei einer angepassten beruflichen Tätigkeit spreche. Sicher sei, dass ab spätestens April 2012 aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Es fehlten aber Hinweise, dass aus Gründen der rheumatischen Erkrankung eine wesentliche Beeinträchtigung in der Zeit von Februar 2011 (beschwerdefrei!) bis März 2012 bestanden habe. Die teilweise Arbeitsunfähigkeit bis Mai 2011 sei somit allein durch die Unfallfolgen bedingt gewesen.

Die Angaben des Hausarztes seien widersprüchlich. Im Dezember 2012 werde angegeben, es sei schon längere Zeit keine Krankschreibung mehr erfolgt, im Januar 2013 werde von einer vollen Arbeitsunfähigkeit gesprochen, im Beiblatt eine Verweistätigkeit aber als voll zumutbar deklariert. Unter diesen Voraussetzungen könne der RAD die widersprüchlichen Angaben im Arztbericht vom 6. Januar 2013 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) nicht nachvollziehen. Wie oben dargelegt gebe es keine spezialärztlichen Berichte, welche eine Beeinträchtigung aus rheumatologischer Sicht nach Februar 2011 belegten. Im Arztbericht der Immunologie vom 19. Juli 2012 (vgl. E. II. 6.19 hiervor) werde dann eine neue Diagnose eingeführt: Der Beschwerdeführer sei wegen einer mittelschweren Depression ab 18. Juli 2012 voll arbeitsunfähig. Weitere Auskünfte sollten bei den behandelnden Psychiatern eingeholt werden. Eine somatisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde ausdrücklich ausgeschlossen. Die Behandlung wegen einer mittelschweren Depression sei durch die AK. ___ in der Zeit von August 2012 bis Dezember 2012 erfolgt (Arztbericht vom 13. April 2013, vgl. E. II. 6.23 hiervor). Dem Protokolleintrag vom 20. März 2013 sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer ab 14. Januar 2013 wieder voll arbeitsfähig gewesen sei. Eine Arbeitsunfähigkeit sei deshalb vom 18. Juli 2012 bis 13. Januar 2013 ausgewiesen.

Es sei eine invalidisierende Diagnose vorhanden, die den Beschwerdeführer bei seiner Tätigkeit als gelernter Polymechaniker bzw. als Techniker HF (Umschulung abgebrochen) einschränke. Der Sport-Unfall vom 31. Oktober 2009 habe während der Ausbildung stattgefunden. Laut der Unfallversicherung J. ___ sei der Beschwerdeführer jedoch ab 1. Juni 2011 wieder 100 % arbeitsfähig (vgl. IV-Nr. 113.5). Der Beschwerdeführer habe die Prüfung als Techniker HF nicht bestanden (Abschlussbericht vom 20. April 2011, IV-Nr. 110). Der RAD nehme deshalb zur Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit Stellung. Wegen des oben erwähnten Unfalls (Skaphoidfraktur) habe eine Arbeitsunfähigkeit in der Zeit von 29. Januar 2010 bis 30. Mai 2011 bestanden. Die genauen Daten könnten dem Bericht des RAD vom 5. März 2012 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) entnommen werden. Eine Arbeitsunfähigkeit aus Gründen der rheumatischen Erkrankung sei nach Februar 2011 nicht mehr nachgewiesen. Eine weitere Arbeitsunfähigkeit in der Zeit vom 18. Juli 2012 bis 13. Januar 2013 sei wegen eines psychiatrischen Leidens ausgewiesen.

6.25 Dr. med. AO. ___, FMH Radiologie / diagnostische Neuroradiologie, AM. ___, hielt aufgrund der am 22. August 2013 durchgeführten MRT des rechten Kniegelenkes folgende Beurteilung fest (IV-Nr. 150.2 S. 14): Partialruptur bzw. ausgeprägte Zerrung des vorderen Kreuzbandes, respektive des anterior-medialen Bündels des vorderen Kreuzbandes; Mukoide Degeneration im Hinterhorn des medialen Meniskus, nicht beweisend für einen Einriss; Mässiger Kniegelenkserguss; Kein grösserer umschriebener Knorpelschaden; Kein Knochenmarködem, keine Fraktur.

6.26 Im Schreiben vom 10. Juni 2014 (IV-Nr. 139) an die Beschwerdegegnerin hielten Prof. Dr. med. AP.____, Chefarzt, und die Assistenzärztin AQ.____, AE.____, Medizinische Poliklinik, fest, sie hätten den Beschwerdeführer im Rahmen einer Verlaufskontrolle des Lupus erythematodes am 10. Juni 2014 gesehen. Seitens der Krankheit bestünden unter der aktuellen Therapie noch Zeichen der Aktivität (Gelenkschmerzen und Müdigkeit). Darüber hinaus habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er weiterhin arbeitslos sei und dass er die durch die Beschwerdegegnerin finanzierte Ausbildung als Polymechniker [recte: Automatiklechniker] noch nicht habe abschliessen können. Aus diesem Grund seien seine bisherigen Bewerbungen nicht erfolgreich gewesen. Zusätzlich habe er berichtet, dass der Abschluss der Ausbildung an eine Arbeitsstelle bedingt sei. Er habe sich im heutigen Gespräch motiviert gezeigt, um sich auf dem Arbeitsmarkt zu integrieren. Jegliche Anstrengung in diese Richtung sei als sehr wichtig und sinnvoll zu sehen. In diesem Sinne hätten sie den Beschwerdeführer mit seinem Einverständnis bei Verdacht auf eine depressive Störung den Kollegen der [...] in [...] zugewiesen.

6.27 Der den Beschwerdeführer seit 30. Juni 2014 behandelnde Dr. med. AR.____, Oberarzt, [...], hielt im Arztbericht vom 18. August 2014 (IV-Nr. 141) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest:

Es gebe keine Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Polymechniker und in der umgeschulten Tätigkeit als Techniker (Automatiktechnik HF) ohne Abschluss sei bisher vom AS.____ keine Arbeitsdispensation ausgestellt worden. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien auch berufliche Massnahmen angezeigt.

Der Beschwerdeführer habe eine Lehre als Polymechniker und anschliessend ein Umschulungsprogramm via Beschwerdegegnerin zum Automatiklechniker HF absolviert, die Schule habe er mit sehr guten Noten abgeschlossen, jedoch die Diplomarbeit noch nicht absolviert. Zurzeit beschreibe der Beschwerdeführer Symptome wie Motivations- und Freudverlust, Ein- und Durchschlafstörungen mit Früherwachen und folglich Notwendigkeit von Tagesnaps. Das Konzentrations- und Durchhaltevermögen sei stark beeinträchtigt, er habe keinen Antrieb, um die körperliche Rehabilitation zu forcieren und damit auch die Möglichkeit zum Wiederbeginn mit Sport. Aufgrund der beschriebenen Symptome sei der Beschwerdeführer im handwerklichen Bereich, aber auch in der Bewältigung von kognitiven Tätigkeiten zurzeit eingeschränkt. Allerdings sei hinzuzufügen, dass bisher noch keine Therapie etabliert worden sei, da sich der Beschwerdeführer für das notwendige Prozedere eines Tagesklinikaufenthalts bisher noch nicht habe entscheiden können.

Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer noch zumutbar. Es werde ein Wiederbeginn mit vier Stunden täglich empfohlen (Bezug: gelernter Beruf als Polymechniker, beurteilt nach psychiatrischen Kriterien, bezüglich Somatik werde um Kontaktaufnahme mit den entsprechenden Fachkollegen gebeten). Dabei sei aufgrund des Antriebsverlustes und der Konzentrationsstörungen bei Schlafstörungen mit einer verminderten Leistungsfähigkeit zu rechnen. Diese könne im Ausmass jedoch nicht beziffert werden und müsse über einen Längsverlauf mit Tagesklinik-Aufenthalt festgelegt werden. Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich könne verbessert werden. Es werde ein Tagesklinik-Aufenthalt zwecks diagnostischer Evaluation, Festlegung der bestehenden Ressourcen und damit auch Ermittlung der Arbeitsfähigkeit empfohlen. In

einem zweiten Schritt sollte durch aktivitätsfördernde Massnahmen die psychische Symptomatik gelindert und damit die Arbeitsfähigkeit gebessert werden. Es sei davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit durch die genannten Massnahmen verbessere. Dem Beschwerdeführer seien auch andere Tätigkeiten zumutbar. Zwecks Klärung der Art dieser Tätigkeiten werde ein Tagesklinik-Aufenthalt mit anschliessender nochmaliger Evaluation der Fertigkeiten und Defizite empfohlen. Andere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer zu Beginn zwei bis vier Stunden täglich, je nachdem ob Belastbarkeits- oder Aufbautraining erfolge, zumutbar.

6.28 Im Bericht vom 13. Februar 2015 (IV-Nr. 150.2 S. 1 ff.) hielten Prof. Dr. med. AC.____ und Dr. med. AT.____, Assistenzärztin, AE.____, Medizinische Poliklinik, anlässlich der Behandlung vom 4. Februar 2015 folgende Diagnosen fest:

Therapie:

Der Beschwerdeführer leide an einem systemischen Lupus erythematodes mit tiefer Krankheitsaktivität, aber störenden rezidivierenden Arthralgien und persistierender Morgensteifigkeit multipler Gelenke. Diese Beschwerden hätten ihn in seiner Lebensqualität stark beeinträchtigt und nur ungenügend auf frühere Therapien mit Methotrexat oder Azathioprin angesprochen. Aus diesem Grund sei im September 2014 eine Therapie mit Belimumab begonnen worden, worunter es zu einer deutlichen subjektiven Verbesserung der Beschwerden gekommen sei. Auch serologisch habe sich eine Abnahme der Krankheitsaktivität bei reduzierten Anti-ds-DNA und Anti-C1q Antikörpertitern gezeigt. Fünf Monate nach Beginn der Belimumab-Therapie bewertet sei daher von einem sehr guten Therapieansprechen zu sprechen, weshalb eine Fortführung der Therapie geplant sei.

Im Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung und eines damit verbundenen, ausgeprägten Fatiguesyndroms sei im Dezember 2014 parallel zur Belimumab-Therapie ein Versuch mit Remeron gestartet worden. Darunter sei es erfreulicherweise zu einer deutlichen Reduktion der Müdigkeit mit besserem Schlaf und positiverer Stimmungslage, aber leider auch zu einer starken Gewichtszunahme gekommen. Daher sei die Dosierung von Remeron von 30 mg auf 7,5 mg / Tag reduziert worden.

Beim Beschwerdeführer sei wiederholt mit dem Streifentest eine Proteinurie nachgewiesen worden, bei gleichzeitig negativem Albuminnachweis im Urin. Eine mikroskopische Sediment-Untersuchung habe eine grössere Menge von Schleim gezeigt (a.e. Prostatasekret), so dass der Proteinnachweis im Streifentest als falsch positiv gewertet werden könne.

6.29 Im bidisziplinären Gutachten von Dr. med. O.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Innere Medizin spez. Rheumaerkrankungen, vom 11. April 2015 (IV-Nr. 150.1) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 18):

Systemischer Lupus erythematodes (Erstdiagnose 2007)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen:

Aus psychiatrischer Sicht müsse am ehesten davon ausgegangen werden, dass der Explorand im Rahmen der verschiedenen Belastungen Anpassungsstörungen entwickelt habe, die auch aktuell noch in eher geringem Ausmass persistieren würden. Er empfinde sich als Opfer von gewissen Umständen, habe Mühe mit der ganzen Situation

zurechtzukommen und reagiere mit teilweiser latenter Aggressivität. Dennoch gelinge es ihm, soziale Kontakte beizubehalten und auch Aktivitäten nachzugehen, wobei er sich allgemein eher passiv verhalte. Es falle ein etwas auffallendes Verhalten auf, weswegen u.a. auch aufgrund der Anamnese und den bisherigen Erfahrungen mögliche persönlichkeitspezifische Faktoren vermutet werden müssten, welche die Rückzugstendenz zusätzlich erklären könnten. Grundsätzlich könne allerdings keine dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des psychischen Zustandes begründet werden. Der Explorand führe auch keine psychologische oder psychiatrische Therapie durch und sei in der Vergangenheit nur 2012 während einiger Monate in einer ambulanten Therapie gewesen.

Aus rheumatologischer Sicht könne ein systemischer Lupus erythematodes bestätigt werden, wodurch sich eine verminderte körperliche Belastbarkeit begründen lasse. Die weiteren körperlichen Diagnosen wirkten sich bezüglich einer körperlich adaptierten Tätigkeit nicht wesentlich aus (S. 19).

Aus psychiatrischer Sicht könne keine dauernde Arbeitsunfähigkeit begründet werden, auch die in der Vergangenheit gestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Jahre 2012 durch die [...] lasse sich nicht ohne Weiteres nachvollziehen, insbesondere auch weil der Bericht sehr knapp und nicht aussagekräftig sei. Im Vordergrund stehe die körperliche Beeinträchtigung, wodurch dem Exploranden keine körperlich belastenden Tätigkeiten mehr möglich seien. Eine leichte Tätigkeit, mit Vorteil durchgeführt in Wechselbelastung ohne repetitive Überlastung des linken Handgelenkes, sei in vollem Ausmass möglich. In der Vergangenheit seien dem Exploranden jeweils Einschränkungen oder Arbeitsunfähigkeiten im Rahmen der Schübe durch den systemischen Lupus erythematodes oder im Rahmen der verschiedenen Operationen ausgestellt worden, ohne dadurch eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit annehmen zu können.

Hilfreich wären gesprächstherapeutische Massnahmen, die allerdings vom Exploranden bisher nie längerfristig durchgeführt worden seien und worum er sich auch nicht bemüht habe, weswegen eine mögliche psychische Beeinträchtigung als nicht relevant eingestuft werden müsse. Mit gesprächstherapeutischen Massnahmen könnte der Explorand allerdings sein Verhalten besser kontrollieren und sich im Rahmen der jetzigen schwierigen Situation adäquater verhalten lernen.

Indiziert seien rheumatologische Verlaufskontrollen mit entsprechenden therapeutischen Massnahmen, während bezüglich der Handgelenksbeschwerden die Therapiemassnahmen mittlerweile ausgeschöpft seien. Es könne einzig noch empfohlen werden, die Epicondylopathia rechts mit physiotherapeutischen wie auch physikalischen Massnahmen zu behandeln. Berufliche Massnahmen seien bereits durchgeführt worden, weitere Massnahmen könnten unter den gegebenen Umständen nicht empfohlen werden, einzig allenfalls Hilfe bei der Suche einer geeigneten Tätigkeit.

6.30 Dr. med. R. ____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 1. Juli 2015 (IV-Nr. 159 S. 2) fest, das rheumatologische Gutachten sei ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar. Das psychiatrische Gutachten erfülle die Anforderungen nicht. Dem Gutachter gelinge es nicht, ein klares Bild des Beschwerdeführers und seines psychischen Zustandes zu vermitteln. Die Beurteilung sei nicht ausreichend begründet und der Gutachter setze sich auch unzureichend mit der Vorgeschichte und den Vorbefunden auseinander. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne aus somatischer Sicht auf das Gutachten von Dr.

med. N.____ abgestellt werden. Für die Abklärung der psychiatrischen Problematik sei eine erneute Begutachtung notwendig. Die Mängel im Gutachten von Dr. med. O.____ seien durch eine Nachfrage nicht behebbar, eine Nachuntersuchung durch Dr. med. O.____ sei nicht sinnvoll, da der Beschwerdeführer kaum noch Vertrauen in den Gutachter haben werde.

6.31 PD Dr. med. T.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Gutachten vom 30. Oktober 2015 (IV-Nr. 169) folgende Diagnosen mit aktueller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 23):

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), DD: organisch depressive Störung (ICD-10 F06.32)

Es gebe keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit.

Zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt könne die durch die leichte depressive Symptomatik hervorgerufene Arbeitsunfähigkeit auf circa 10 - 15 % geschätzt werden. Diese Einschränkung werde durch ein leicht vermindertes Durchhaltevermögen und eine leicht verminderte Konzentrationsfähigkeit bei längerer Belastung bedingt. Zusätzlich zur depressiven Symptomatik bestehe zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt nach wie vor eine leichte Fatigue-Symptomatik. Auch diese wirke sich aus psychiatrischer Sicht im Wesentlichen auf das Durchhaltevermögen und die Konzentrationsfähigkeit aus. Insofern bestehe eine gegenseitige Verstärkung der depressiven Symptomatik und der Fatigue-Symptomatik bezüglich ihres negativen Einflusses auf die gleichen Fähigkeiten. Daher könne die aktuelle Arbeitsunfähigkeit bezüglich einer monotonen, mehrheitlich stehenden Tätigkeit auf 20 - 30 %, bei einer wechselnden nicht monotonen Tätigkeit auf 15 - 20 % (bedingt durch die unterschiedlichen Auswirkungen der Fatigue-Symptomatik) geschätzt werden. Hierbei seien jedoch zentral mehrere wichtige medizinisch-psychiatrische Faktoren zu beachten. Wie bereits im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. N.____ beschrieben, könnten auch in Zukunft neue akute Schübe des SLE auftreten, welche bezüglich des Zeitpunkts und ihrer Dauer sowie ihrem Schweregrad nicht vorhersagbar seien. Entsprechend solcher SLE- Schübe könne auch die Fatigue-Symptomatik stark schwanken. Die Fatigue-Symptomatik könne aber sehr wohl auch unabhängig von akuten Schüben des SLE schwanken. So könnten sowohl ein akuter SLE- Schub selbst oder eine plötzlich unvorhersehbare Schwankung der Fatigue-Symptomatik erneut eine hochprozentige oder sogar vollständige Arbeitsunfähigkeit von unvorhersehbarer Dauer auslösen. Ähnliches wie für die Fatigue-Symptomatik gelte auch für den Verlauf der depressiven Symptome, welche somit einen zusätzlichen erheblichen Risikofaktor für zukünftige Arbeitsunfähigkeiten darstellten. Bei weiterem chronischen Verlauf des SLE könnten durchaus weitere neuropsychiatrische Symptome zusätzlich zur depressiven Symptomatik auftreten. So fänden sich bei Patienten mit SLE auch gehäuft kognitive Beeinträchtigungen bis hin zu schweren kognitiven Störungen und psychotische Symptome. Bisher seien beide Komplikationen beim Beschwerdeführer soweit feststellbar nicht aufgetreten, könnten aber beide erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit darstellen. Insofern sollte bei der Gesamtbeurteilung des Falles berücksichtigt werden, dass bei einem SLE sehr häufig neuropsychiatrische Komplikationen auftraten, welche für sich erheblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nehmen könnten. Für die Langzeitprognose sei deshalb der Gesamtverlauf des SLE von entscheidender Bedeutung, welcher jedoch rheumatologisch beurteilt werden müsse, weshalb hierfür auf das bestehende rheumatologische Gutachten von Dr. med. N.____

verwiesen werde (S. 24).

Zur Minderung der depressiven Symptomatik und zum Teil auch der Fatigue-Symptomatik wäre eine psychiatrische Therapie grundsätzlich ratsam. Wichtig hierbei wäre, dass dies in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit den behandelnden Rheumatologen geschehe, da beide Krankheitsbilder eng miteinander verbunden seien und auch die für den SLE indizierte Medikation zum Teil erhebliche psychiatrische Nebenwirkungen haben könne. Die regelmässige Einnahme des Antidepressivums Remeron habe beim Beschwerdeführer bereits eine Minderung der psychiatrischen Symptomatik bewirkt. Allerdings sei dieses Medikament aufgrund von Nebenwirkungen (Gewichtszunahme) wieder reduziert worden. Es stünden jedoch diverse andere antidepressive Medikamente zur Verfügung, welche bisher noch nicht zum Einsatz gekommen seien. Zusätzlich zur Etablierung einer verträglichen und wirksamen antidepressiven Medikation wäre auch eine psychotherapeutische Behandlung der depressiven Symptomatik und des Copings mit der schweren chronischen körperlichen Erkrankung (SLE) empfehlenswert. Bezüglich der Psychotherapie sei jedoch darauf zu achten, dass eine solche Therapie nur dann wirksam sein könne, wenn dies der Beschwerdeführer selbst wünsche. Ein Zwang zu einer psychotherapeutischen Behandlung sei aus psychiatrischer Sicht nicht sinnvoll, da dies die Wirksamkeit der Psychotherapie aufheben oder erheblich mindern würde (S. 25).

Da es auch zukünftig mit hoher Wahrscheinlichkeit krankheitsbedingt wieder zu Arbeitsunfähigkeiten kommen könne, sei die Integration des Beschwerdeführers auf dem allgemeinen freien Arbeitsmarkt erheblich erschwert. Hierdurch erhalte der Beschwerdeführer immer wieder Absagen bezüglich neuer Arbeitsplätze, trotz veritabler und auf dem Arbeitsmarkt auch gesuchter Qualifikation. Hierdurch bekomme der Beschwerdeführer ein Gefühl der Hilflosigkeit und Machtlosigkeit, welches sekundär die depressive Symptomatik deutlich negativ beeinflusse. Aus psychiatrischer Sicht wäre es daher für die weitere Rehabilitation des Beschwerdeführers wichtig, den stark episodisch schwankenden Verlauf sowohl des SLE wie auch der neuropsychiatrischen Problematik (Fatigue und Depression) zu beachten, auch wenn die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt, wie oben dargelegt, nur gering sei (S. 25).

Im vorliegenden Fall sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in den bisherigen Tätigkeiten einerseits durch den SLE selbst, aber zusätzlich durch neuropsychiatrische Zusatzsymptome beeinträchtigt. Für die Arbeitsunfähigkeit, die direkt durch den SLE ausgelöst werde, werde auf die Stellungnahme des rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. N. ___ verwiesen. Zusätzlich hätten im Jahr 2005, 2010, 2012, 2014 mittelschwere depressive Episoden bestanden, durch welche die Arbeitsfähigkeit hochgradig beeinträchtigt oder sogar aufgehoben gewesen sei. Zwischen diesen Episoden sei die Arbeitsfähigkeit durch depressive Symptome, soweit dies aufgrund der wenigen ärztlichen Unterlagen und der Aussagen des Beschwerdeführers selbst beurteilbar sei, nur geringfügig oder gar nicht eingeschränkt. Zusätzlich zu den Einschränkungen durch die depressiven Symptome bestehe auch noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die mit dem SLE verbundene Fatigue-Symptomatik, welche sich bezüglich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mit der bestehenden depressiven Symptomatik gegenseitig verstärke (S. 25 f.).

Die Frage, seit wann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe, sei nur im Gesamtkontext aufgrund des Zusammenhangs zwischen SLE, Fatigue-Symptomatik und der depressiven Erkrankung insgesamt zu

beantworten. Wie bereits der rheumatologische Gutachter Dr. med. N.____ ausgeführt habe, seien in diesem Rahmen alle bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten in der Vergangenheit gerechtfertigt. Bezüglich der neuropsychiatrischen Zusatzproblematik und insbesondere der depressiven Symptome müsse jedoch von einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, welche über die bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten hinausgehe. Da hierzu jedoch nur äusserst wenig Informationen in den Akten vorhanden seien, könne die durch die psychiatrische Symptomatik zusätzlich verursachte Arbeitsunfähigkeit insbesondere für die Episode in den Jahren 2005 und 2010 nicht exakt quantifiziert werden. Dagegen sei für die Episode in den Jahren 2012 und 2014 aufgrund der vorliegenden Unterlagen hierzu von einer längeren Aufhebung der Arbeitsfähigkeit allein durch die depressive Symptomatik zu rechnen. Diese Einschränkungen seien für die ursprüngliche Tätigkeit wie auch für eine angepasste Verweistätigkeit gültig. Wie lange genau diese Einschränkungen mit mehr als 20 % bestanden hätten, könne rückwirkend jedoch aufgrund der nur sehr geringen Informationen hierzu nicht genau festgelegt werden (S. 26).

Bei einer den Leiden angepassten Tätigkeit sei, wie bereits der rheumatologische Gutachter geschrieben habe, eine körperlich abwechselnde und nicht monotone Tätigkeit bezüglich der Fatigue-Symptomatik zu empfehlen. Da trotzdem jedoch aufgrund der leichten depressiven und Fatigue- Symptome noch leichte Einschränkungen bestünden, sollte der Arbeitsplatz das leicht reduzierte Durchhaltevermögen und bei längerer Arbeit reduzierte Konzentrationsvermögen berücksichtigen.

6.32 In der Stellungnahme vom 14. Januar 2016 (IV-Nr. 175) hielt Dr. med. R.____, RAD, fest, das Gutachten von PD Dr. med. T.____ sei umfassend und ausführlich. Gestützt auf eine ausführliche Anamneseerhebung und psychopathologische Befund-erhebung zeichne der Gutachter ein nachvollziehbares Bild des Beschwerdeführers und seines psychischen Zustandes. Er stelle die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), differentialdiagnostisch organische depressive Störung (ICD-10 F06.32). Die Depression stelle eine der häufigsten neuropsychiatrischen Begleiterkrankungen bei SLE dar. In der versicherungspsychiatrischen Beurteilung sei neben der rezidivierenden depressiven Störung aber auch die Fatigue-Symptomatik zu berücksichtigen. Eine Fatigue-Symptomatik finde sich häufig bei Patienten mit systemischem Lupus erythematodes (SLE) und sei ätiologisch vermutlich auf immunologische und psychische Faktoren zurückzuführen. PD Dr. med. T.____ nehme sehr differenziert Stellung zur Arbeitsfähigkeit im aktuellen Zeitpunkt. Er führe auch aus, dass es in der Natur der Grunderkrankung liege, dass es in Zukunft im Zusammenhang mit Erkrankungsschüben mit hoher Wahrscheinlichkeit immer wieder zu vollständigen (vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeiten kommen und die berufliche Integration des Beschwerdeführers darum erschwert sein werde. Zum Zeitpunkt der Begutachtung, wo die depressive Symptomatik und die Fatigue-Symptomatik als leicht beurteilt würden, sei die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit in einer monotonen, mehrheitlich stehenden Tätigkeit um 20 - 30 %, in einer abwechslungsreichen, wechselbelastenden Tätigkeit um 15 - 20 % eingeschränkt. Durch die depressiven Episoden 2012 und 2014 sei der Beschwerdeführer, nach Meinung von PD Dr. med. T.____, während «längerer» Zeit in der angestammten und in Verweistätigkeiten arbeitsunfähig gewesen. Wie lange diese Einschränkungen von mehr als 20 % bestanden hätten, könne rückwirkend aber nicht mehr genau festgelegt werden. In Annäherung könne aufgrund der Akten eine mindestens mittelgradige depressive Episode

mit jeweils deutlicher Fatigue von August 2012 bis Ende Jahr 2012 sowie von Juli 2014 bis Februar 2015 abgegrenzt werden. Im Rahmen des systemischen Lupus erythematodes sei die körperliche Belastbarkeit insgesamt vermindert. Mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar, in körperlich leicht belastenden Tätigkeiten, vorzugsweise in Wechselhaltung und ohne repetitive Überlastung des linken Handgelenkes sei aus rheumatologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt.

Betreffend die Arbeitsunfähigkeit von 2010 bis April 2013 in der neu angestammten Tätigkeit als Techniker HF werde auf die RAD Stellungnahme von Dr. med. M.____ vom 29. April 2013 (vgl. E. II. 6.24 hiervor) verwiesen. Episoden mit hochgradiger oder vollständiger Arbeitsunfähigkeit seien mit grosser Wahrscheinlichkeit auch von August 2012 bis Dezember 2012 und von Juli 2014 bis Februar 2015 vorgelegen. Unabhängig von diesen Episoden mit höherer Arbeitsunfähigkeit sei die Arbeitsfähigkeit in einer abwechslungsreichen, wechselbelastenden, körperlich leichten Tätigkeit mit 80 - 85 % und in eher monotonen, mehrheitlich stehenden Tätigkeiten mit 70 - 80 % zu beziffern. Bezogen auf eine 40 Stunden Woche seien dem Beschwerdeführer andere leichte Arbeiten während mindestens 32 Stunden zumutbar.

6.33 Dr. med. AV.____, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie, AW.____, hielt in der Patientenakte des Beschwerdeführers betreffend den 8. April 2016 (Beschwerdebeilage Nr. 3) folgende Diagnosen fest:

Nebendiagnose

Zum «Befund» wurde Folgendes festgehalten: Varische Beinachse mit Interkondylenabstand 4QF. Beinlängendifferenz links +4 mm im Oberschenkel, Knie beidseits: kein Erguss. Meniskuszeichen jeweils negativ. Links Lachman negativ. Pivot shift negativ, rechts Lachman + mit festem Anschlag, Pivot shift negativ. Kollateralbandapparat stabil. Patella verschieblich. US beidseits: Massiver Druckschmerz mediale Tibiakante vom mittleren Drittel nach distal reichend. Jeweils verhärtete Muskulatur medial paratibial.

Mit Eintragung vom 1. September 2016 wurde zudem festgehalten, dass die Physio-therapie nach zwei Verordnungen abgeschlossen worden sei. Diese habe nur mässig geholfen. Der Schmerz sei zwar nicht mehr so häufig aufgetreten, und wenn er komme, dann verschwinde er auch wieder schneller. Die Qualität und Intensität hätten nicht beeinflusst werden können. Der Beschwerdeführer habe ein Heimprogramm zur Stabilisierung der USG / OSG / Kg sowie ein Detonisierungsprogramm mittels Blackroll, Tennisball und Dehnübungen erhalten. Der Beschwerdeführer spiele immer noch Handball und könne die Schmerzen mittels Kühlung vor und nach den Trainings ertragen.

7. Aus den vorliegenden medizinischen Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer seit 2007 (Erstdiagnose) unter einem systemischen Lupus erythematosus (SLE) leidet. Dies ist eine entzündliche Erkrankung, bei welcher das Immunsystem Gewebe des eigenen Körpers angreift. Man spricht daher von einer Autoimmunerkrankung (einer Immunerkrankung, die sich gegen den eigenen Körper richtet). Beim SLE können praktisch alle Organe befallen werden, da diese aus Zellen mit Zellkernen bestehen. Der Einbezug verschiedener Organsysteme ins Krankheitsgeschehen variiert aber von Patient zu Patient (vgl. https://www.rheumaliga.ch/assets/doc/ZH_Dokumente/Broschueren-Merkblaetter/Krankheitsbilder/Lupus.pdf, zuletzt besucht am 11. April 2018). Ebenfalls unbestritten ist, dass sich der Beschwerdeführer im Oktober 2009 beim Handballspielen eine Scaphoidfraktur am

linken Handgelenk zuzog, die in der Folge aufgrund des schwierigen Heilungsverlaufs am 2. Februar 2010, 17. Mai 2010 und am 13. September 2010 jeweils operativ versorgt werden musste. Weiter ist in den Akten eine psychiatrische gesundheitliche Beeinträchtigung zu entnehmen, wobei die Erstdiagnose der mittelgradigen depressiven Episode am 18. Juli 2012 gestellt wurde. Die ebenfalls dokumentierten Verletzungen am linken Knie des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 6.21 und 6.26 hiervor) führten am 5. November 2013 zu einer Kreuzbandrekonstruktion (vgl. E. II. 6.28 hiervor und Protokolleintrag vom 24. September 2013). Diese heilte im weiteren Verlauf indes vollständig ab (vgl. E. II. 6.29 hiervor).

8. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 16. September 2016 im Wesentlichen auf die beiden Gutachten von Dr. med. N.____ vom 19. Januar 2015 und Dr. med. T.____ vom 30. Oktober 2015 (vgl. E. II. 6.29, 6.31 hiervor) abstellt, ist zunächst zu prüfen, ob diesen voller Beweiswert zukommt:

8.1 Die von Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Innere Medizin spez. Rheumaerkrankungen, und Dr. med. T.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, verfassten Gutachten werden den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.2 hiervor) in allen Punkten gerecht. So beruhen die Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem der Beschwerdeführer durch die beiden Gutachter je einer umfassenden Exploration unterzogen wurde (IV-Nrn. 150.1 S. 3 ff., 169 S. 9 ff.), womit auch seine subjektiv geklagten Beschwerden in die Beurteilungen mit eingeflossen sind. Zudem fanden am 19. Januar 2015 eine Laboruntersuchung sowie eine radiologische Untersuchung der linken Hand statt (IV-Nr. 150.1 S. 6, 7 unten) und am 8. Oktober 2015 wurden verschiedene psychiatrische Testuntersuchungen durchgeführt (IV-Nr. 169 S. 18). Zusätzlich führten beide Gutachter je eine klinische Untersuchung durch (IV-Nrn. 150 S. 5 f., 169 S. 16 f.). Durch das Zusammentragen der wichtigsten rheumatologischen Akten, der radiologischen Untersuchungen und des Aktenauszugs aus den psychiatrisch relevanten Akten je in chronologischer Reihenfolge (IV-Nrn. 150.1 S. 1 f. und 7, 169 S. 5 ff.) wurden die Gutachten zudem in Kenntnis der relevanten Vorakten (Anamnese) abgegeben. Zudem gingen die Gutachter auf die ihren Diagnosen entgegenstehenden Befunde in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise ein, wodurch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten: So führte Dr. med. N.____ aus, im Rahmen der aktuellen rheumatologischen Begutachtung könne sowohl aufgrund der subjektiven Angaben als auch aufgrund der klinischen Befunde und den aktuell durchgeführten Laboranalysen mit hoch normalen humoralen Entzündungsparametern bezüglich systemischem Lupus erythematodes von einem Zustand in Remission ausgegangen werden (IV-Nr. 150.1 S. 10). Diese Einschätzung überzeugt aufgrund der bei der Laboruntersuchung vom 19. Januar 2015 (IV-Nr. 150.1 S. 6) festgestellten normalen Werte (BSR [Blutkörperchensenkungsreaktion] 7 mm / h, CRP [C-reaktives Protein] < 5 mg/l, Blutbild mit Leukozyten 6,0 G / l, Hb 15,6 g / dl, Thrombozyten 266 G / l. CK [Creatinkinase], alkalische Phosphatase, Serumharnsäure und Serumkreatinin allesamt im Normbereich und TSH basal 1,86 mU / l [0,1 - 4,0 mU / l] sowie aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach seit der Behandlung mit Benlysta (750 mg intravenös alle vier Wochen) seit September 2014, unterstützt mit Imurek und Plaquenil, ein erfreulicher Verlauf mit deutlicher Abnahme der primär im Vordergrund stehenden Fatigue-Symptomatik sowie deutlicher Regredienz der Gelenksbeschwerden, insbesondere

im Bereich der Fingergelenke, mit nur noch geringgradiger Morgensteifigkeit sowie auch deutlicher Regredienz der Schmerzen ausgehend von den Arthralgien in den Füßen bestehe (IV-Nr. 150.1 S. 10). Letzteres ermögliche ihm eine verbesserte Belastbarkeit v.a. auch für stehende Tätigkeiten. Zudem gab er verminderte Kopfschmerzen und eine Verbesserung der psychischen Situation an. In Bezug auf die früher im Vordergrund gestandenen Handbeschwerden links führte der rheumatologische Gutachter in nachvollziehbarer Weise aus, diese stünden für den Beschwerdeführer derzeit im Hintergrund (IV-Nr. 150.1 S. 10). So sei klinisch lediglich noch ein Nachweis einer Druckdolenz im Bereich des Os scaphoideum bei ansonsten reizlosem Mittelhandbereich inkl. Handgelenk vorhanden. Als Residuum der stattgehabten Operation bestehe eine Funktionseinschränkung vorwiegend der Dorsalextension, sodass abstützbare Funktionen mit der linken ausgestreckten Hand nicht mehr vollumfänglich möglich seien. Diese Beurteilung leuchtet zum einen aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers ein, wonach er aktuell aufgrund der Handbeschwerden nicht mehr auf die Einnahme von Schmerzmittel in Form von NSAR angewiesen sei (IV-Nr. 150.1 S. 3, Mitte). Zum anderen wurden im Rahmen der klinischen Untersuchung (IV-Nr. 150.1 S. 5 f.) u.a. eine Druckdolenz solitär über dem Os scaphoideum sowie keine wesentlichen Funktionseinschränkungen der Ab- und Adduktion sowie der Pro- und Supination festgestellt und auch die Narben dorsal über dem Handgelenk links sowie volar seien reizlos. Aufgrund des ebenfalls festgestellten sehr gut erhaltenen Faustschlusses beidseits und dem dynamometrisch gemessenen Faustschluss rechts 40 / 350 mmHg und links 40 / 310 mmHg (IV-Nr. 150.1 S. 6 oben) ist die gutachterliche Einschätzung schlüssig, wonach beidseits insgesamt ein guter Faustschluss bestehe, derjenige links aber gegenüber der rechten Seite leicht vermindert sei (IV-Nr. 150.1 S. 10 unten).

Der festgestellte Schweregrad einer gegenwärtig leichten Episode der im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung von Dr. med. T. ___ diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung (DD: organische depressive Störung; IV-Nr. 169 S. 23) ist aufgrund der bei der Exploration festgestellten «psychiatrischen Befunde» (IV-Nr. 169 S. 16 f.) nachvollziehbar. So wurde dort u.a. festgehalten, der Beschwerdeführer sei wach, zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person voll orientiert, das Bewusstsein sei ungetrübt, es bestünden keine Auffassungsstörungen, das formale Denken sei im Gedankengang kohärent und nachvollziehbar und es seien weder inhaltliche Denkstörungen noch Zwangsgedanken, -impulse, oder -handlungen vorhanden. Zudem bestünden keine Ich-Störungen oder Sinnesstörungen. Die Konzentration und die Merkfähigkeit über einen Zeitraum von zehn Minuten seien leicht vermindert. Der Affekt sei leicht bis mittelgradig zum depressiven Pol hin ausgelenkt. Die Schwingungsfähigkeit sei leicht und die Hedoniefähigkeit leicht bis mittelgradig reduziert. Es bestehe eine leicht bis mittelgradige Hoffnungslosigkeit mit mittel ausgeprägten Zukunftsängsten. Zudem seien Insuffizienz- und Schuldgefühle in leicht bis mittelgradiger Ausprägung vorhanden. In Bezug auf die Ergebnisse der durchgeführten Testpsychologischen Untersuchungen (Beck-Depressions-Inventar II [BDI II] mit 25 Punkten, Montgomery-Asberg Depression Rating Scala [MADRS] mit 22 Punkten, Hamilton Depressionsskala 17 Item-Version mit 11 Punkten, IV-Nr. 169 S. 18) führte der psychiatrische Gutachter aus, es hätten zwei von drei psychometrischen Instrumenten eine mittelschwere Diagnostik angezeigt, allerdings seien diese durch die SLE bedingte Fatigue verzerrt. Basiere man den aktuellen Schweregrad auf die vorhandene Psychopathologie ohne die Fatigue Symptomatik, zeige sich nur noch eine leichte Ausprägung (IV-Nr. 169 S. 21). Diese Einschätzung erscheint plausibel, da der Gutachter darlegte, dass sich die depressive Symptomatik und die Fatigue-Symptomatik in Bezug auf

die gleichen Fähigkeiten des Patienten gegenseitig verstärkten (IV-Nr. 169 S. 25 Mitte).

Die beiden Gutachten von Dres. med. N.____ und T.____ vom 19. Januar 2015 und 30. Oktober 2015 sind somit grundsätzlich beweiswertig.

8.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Beweiswert der Gutachten von Dres. med. N.____ und T.____ vom 19. Januar 2015 bzw. 30. Oktober 2015 durch die zeitlich vor diese verfassten Arztberichte geschmälert wird:

8.2.1 Es ist zunächst auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. N.____ einzugehen:

In Bezug auf die Berichte der behandelnden Rheumatologin Dr. med. D.____ vom 10. Mai 2007, 13. Juni 2007, 10. September 2007, 16. März 2009 und vom 10. April 2012 (vgl. E. II. 6.1 ff., 6.5, 6.16 hiervor) ist festzuhalten, dass Dr. med. N.____ in seinem Gutachten keine den Diagnosestellungen von Dr. med. D.____ widersprechenden Diagnosen auswies. So bestätigte er zum einen das Vorliegen eines systemischen Lupus erythematoses und hielt fest, anfangs 2007 habe aufgrund einer deutlich erhöhten Blutsenkungsreaktion wie auch nachweisbarer hypochromer mikrozytärer Anämie eine positive Serologie für die Diagnose eines systemischen Lupus erythematoses bestanden (IV-Nr. 150.1 S. 9). Diese Ausführungen überzeugen, da Dr. med. D.____ im Bericht vom 10. Mai 2007 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) einen dringenden Verdacht auf einen systemischen Lupus erythematosus diagnostizierte und eine Basistherapie einleitete. In sämtlichen weiteren Berichten bestätigte sie sodann diese Diagnose. So hielt sie bereits im Schreiben vom 13. Juni 2007 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) fest, es habe vor circa einem Monat die Diagnose eines systemischen Lupus erythematosus gestellt werden können. Die vom rheumatologischen Gutachter beschriebenen medizinischen Behandlungen mit primärem Einleiten einer Basistherapie mit Plaquenil, unterstützt durch perorale Kortikosteroid-Gabe, verschiedenen Basistherapeutika (u.a. Methotrexat wie später auch Cellcept mit immer wieder auch nötigen Kortikoidstoss-Behandlungen), lassen sich anhand der rheumatologischen Berichte von Dr. med. D.____ ebenfalls verifizieren. So erwies sich die zu Beginn 2007 aufgrund der Polyarthrites sofort eingeleitete Basistherapie mit Plaquenil (2 x 200 mg) sowie Spiricort (20 mg; vgl. E. II. 6.1 hiervor) zusammen mit einer systemischen Kortikosteroidtherapie zunächst als erfolgreich, da sich im September 2007 die Entzündungszeichen, die Anämie und die Gelenkschwellung zurückgebildet hatten (vgl. E. II. 6.2 hiervor). Aufgrund eines akuten Schubes der Gelenksentzündung im August 2008 wurde ein Kortikosteroidstoss verordnet, wobei sich die Gelenkschmerzen und die Schwellung bei Reduktion der Dosis sogleich wieder verstärkten (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Es wurde weiter mit Spiricort und Plaquenil behandelt. Da die wiederholt angesetzte Prednison-Therapie beim Beschwerdeführer wegen wiederholter Arthralgien nicht effektiv genug war, fand im Oktober 2011 ein Versuch mit Cellcept statt (vgl. E. II. 6.14 hiervor).

8.2.2 Es ist auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. T.____ einzugehen:

8.3 Es ist nachfolgend auf die nach dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. N.____ vom 19. Januar 2015 verfassten Einträge in die Patientenakte der AW.____ vom 8. April bis 1. September 2016 einzugehen (vgl. E. II. 6.33 hiervor) einzugehen:

8.5 Im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. T.____ vom 30. Oktober 2015 wurde eine «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), DD: organisch depressive Störung (ICD-10 F06.32)» diagnostiziert. Aufgrund der früheren höchstrichterlichen Rechtsprechung fielen depressive Störungen leicht- bis

mittelgradiger Natur, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent waren (BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197 mit Hinweis; 143 V 409 E. 4.1 m.w.H.). Dies hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 16. September 2016 entsprechend fest (A.S. 1). Diese höchstrichterliche Rechtsprechung hat sich indes zwischenzeitlich geändert. So hat das Bundesgericht mit Urteil 8C_841/2016 vom 30. November 2017 (BGE 143 V 409) entschieden, die Folgen von lege artis diagnostizierten leichten bis mittelschweren depressiven Störungen seien an den Grundsätzen von BGE 141 V 281 zu messen. Somit ist eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht bereits mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz bzw. dem Hinweis auf die frühere Rechtsprechung auszuschliessen (BGE 143 V 409 E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind daher systematisierte Indikatoren beachtlich, die es ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensations-Potentialen (Ressourcen) andererseits ■ erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (Urteil des Bundesgerichts 9C_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2.1).

8.5.1 Gemäss Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer, Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Katalogs von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

- Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

- Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

8.5.2 Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ■ wie vorliegend das Gutachten von Dr. med. T. ___ vom 30. Oktober 2015 ■ verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen standhält. Es ist somit zu prüfen, ob die beigezogenen Sachverständigengutachten ■ gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten ■ eine schlüssige Beurteilung im Lichte der

massgeblichen Indikatoren erlauben (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309; Urteil des Bundesgericht 9C_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5).

8.5.3 Im vorliegenden psychiatrischen Gutachten vom 30. Oktober 2015 äussert sich Dr. med. T. ___ zwar nicht ausdrücklich zu den besagten Indikatoren, macht aber Feststellungen, welche eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309). Eine Ergänzung des medizinischen Sachverhalts erübrigt sich damit.

Dr. med. T. ___ diagnostiziert eine «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), DD: organisch depressive Störung (ICD-10 F06.32)». Diese Diagnose wird plausibel begründet. Hinweise auf Ausschlussgründe wie Aggravation ergeben sich aus dem Gutachten nicht. So hielt der rheumatologische Gutachter Dr. med. N. ___ auch explizit fest, es gebe keinerlei Hinweise auf Aggravationszeichen oder ungewöhnliches Schmerzverhalten (IV-Nr. 150.1 S. 6). Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» geht aus dem Gutachten hervor, dass die Ausprägung der depressiven Störung im Zeitpunkt der Begutachtung nicht besonders schwer ist, sie aber als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit deklariert wird. Es wurden indes keine auffälligen Befunde erhoben und es fand aktuell auch keine psychiatrische Behandlung statt. Der Gutachter führt aus, es sei eine Verbesserung der antidepressiven Medikation zu empfehlen und der Beschwerdeführer könnte von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren (IV-Nr. 169 S. 27). Was den «Behandlungs- und Eingliederungserfolg» anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass sowohl die psychopharmakologische Behandlung sowie die somatische Behandlung mittels Physiotherapie und Einnahme verschiedener Medikamenten zu keiner nachhaltigen Verbesserung der vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung führte. Eine langfristige psychotherapeutische Behandlung hat bis zur Begutachtung durch Dr. med. T. ___ nicht stattgefunden. Als «Komorbiditäten» nennt der psychiatrische Gutachter eine organisch depressive Störung (ICD-10 F06.3) und führt aus, die depressive Symptomatik stehe mit dem ebenfalls seit Jahren bestehenden SLE in direktem Zusammenhang. Dieser Zusammenhang sei indes wissenschaftlich noch ungenügend erforscht und die depressive Symptomatik könnte auch durch die Medikamente (hier: Immunsuppressiva und Cortisonpräparate) selbst verursacht oder zumindest verstärkt worden sein. Ein solcher Zusammenhang lasse sich aber nicht mit Sicherheit annehmen (IV-Nr. 169 S. 21 f.). Aus somatischer Sicht ist seit 2007 eine SLE dokumentiert. Damit liegt eine schwere, chronische körperliche Begleiterkrankung vor. Die ebenfalls dokumentierten Verletzungen am Handgelenk bzw. an den unteren Extremitäten sind nach diversen operativen Eingriffen schliesslich folgenlos abgeheilt. Was den Komplex «Persönlichkeit» angeht, so lässt sich dem Gutachten entnehmen, es bestünden keine Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge oder andere Auffälligkeiten, die sich ressourcen-hemmend auswirken könnten. So war der Beschwerdeführer bis zum schweren Schub des SLE im Jahr 2007 in der Lage, eine Lehre als Polymechaniker abzuschliessen und den Militärdienst als Durchdiener zu absolvieren. Anschliessend war es ihm möglich, einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachzugehen. 2007 wurde durch die Beschwerdegegnerin die Umschulung zum Automatikleitenden in die Wege geleitet, da er dort weniger stehen müsse. Seine Anstellung als CNC Programmierer bei der I. ___ verlor er anschliessend wegen des komplizierten Heilungsverlaufs beim Bruch des Handwurzelknochens. Er konnte seine Diplomarbeit als Automatikleitender sodann nicht rechtzeitig abgeben und versuchte anschliessend immer wieder erfolglos, eine neue Stelle

zu finden. Zum Komplex «Sozialer Kontext» geht aus den Gutachten hervor, dass der Beschwerdeführer seit vier Jahren mit seiner Freundin zusammenwohnt und im Wesentlichen von ihren Einkünften lebt. Zum Aktivitätsniveau wird ausgeführt, der Beschwerdeführer sei montags, dienstags, donnerstags und freitags abends als Handballtrainer oder aktiv mit Handballspielen beschäftigt (IV-Nr. 169 S. 15 f.). Er habe seine meisten Freunde und Bekannten über diesen Sport kennengelernt (S. 16). Es kann daher aktuell nicht von einem bestehenden sozialen Rückzug oder grossen Leidensdruck ausgegangen werden. Was die «Konsistenz» betrifft, wird durch den rheumatologischen Gutachter Dr. med. N.____ ausgeführt, es bestehe insgesamt eine Konkordanz der subjektiv geschilderten Beschwerden und der objektiven Befunden.

Vor diesem Hintergrund und insbesondere aufgrund der schweren körperlichen Krankheit und ihrem schub- bzw. episodenhaften Verlauf verfügte der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. September 2016 insgesamt nicht über genügend Ressourcen, um trotz der psychischen Beeinträchtigungen die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen.

10. Nachfolgend ist somit der Einkommensvergleich vorzunehmen und zu prüfen, ob die durch die Beschwerdegegnerin errechneten IV-Grade korrekt sind (A.S. 5):

10.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) ■ hier: ab Mai 2008 ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

10.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 mit Hinweisen; 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

10.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 46, 64, 72 ff., 140, 150.1 S. 4 f., 169 S. 13 ff) besuchte der Beschwerdeführer von 1990 bis 1996 die Primarschule und von 1996 bis 1999 die Bezirksschule in [...]. Anschliessend absolvierte er bei der Firma AY.____ von 1999 bis 2003 die Lehre zum Polymechaniker (IV-Nr. 74 S. 1 ff.) und nahm ab Juli 2003 die befristete Arbeitsstelle als Wareneingangsprüfer bei der Firma AZ.____ auf. Nach dem Sprachaufenthalt in Australien von Februar bis März 2004 leistete er bis im Januar 2005 Militärdienst als Durchdiener (IV-Nr. 23 S. 3). Daraufhin war er vom Februar bis im Oktober 2005 bei der Firma BA.____ als CNC-Einrichter beschäftigt. Diese Stelle kündigte der Beschwerdeführer und war vom 2. November 2005 bis 31. Dezember 2006 als Polymechaniker bei der Firma BB.____ im [...] tätig (vgl. IV-Nr. 74 S. 9). Ab 1. Januar 2007

war der Beschwerdeführer bei der Firma C.____ als CNC-Einrichter beschäftigt (IV-Nrn. 46 S. 5, 74 S. 10). Diese Anstellung wurde ihm durch den Arbeitgeber per 31. Januar 2008 gekündigt, da ihm weder eine Umschulung noch eine Praktikumsstelle zum Automatiklechniker ermöglicht werden konnte (IV-Nr. 69 S. 8). Die durch die IV-Stelle [...] ermöglichte Umschulung zum Automatiklechniker absolvierte der Beschwerdeführer berufsbegleitend ab 2007 bei der E.____ (IV-Nrn. 83, 103). Nach einer temporären Anstellung vom 21. April bis 11. August 2008 bei der Firma F.____ als Quality Inspektor (IV-Nr. 70) war der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2010 als CNC Programmierer bei der Firma I.____ beschäftigt (IV-Nr. 88 S. 1). Diese Stelle wurde ihm per 31. Januar 2011 gekündigt, da er aufgrund der zugezogenen Handverletzung viele Abwesenheiten hatte (IV-Nr. 179 S. 10). Vom 16. Mai 2011 bis am 2. Oktober 2012 war der Beschwerdeführer als Monteur bei der Firma BC.____ angestellt (IV-Nr. 148 S. 2 ff.). Diese löste das Arbeitsverhältnis per 2. Oktober 2012 auf, da sie über zu viele Personalkapazitäten verfügte (IV-Nr. 148 S. 16). Dem Beschwerdeführer gelang es in der Folge nicht, eine neue Arbeitsstelle zu finden. Er ist seither arbeitslos. Die Umschulung als Automatiklechniker konnte der Beschwerdeführer nicht abschliessen, da er die erforderliche Diplomarbeit nicht verfasst hat (vgl. Protokolleinträge vom 24. September 2013, 28. März 2014, 24. April 2014).

10.1.3 Da dem Beschwerdeführer die zuletzt vor dem Gesundheitsschaden ausgeübte unbefristete Arbeitsstelle bei der Firma C.____ aus gesundheitlichen Gründen per Ende November 31. Januar 2008 gekündigt wurde (vgl. IV-Nr. 69 S. 8), ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer die Arbeit bei der Firma C.____ im Gesundheitsfall auch weiterhin ausgeübt hätte. Das durch den Beschwerdeführer zuletzt bei der Firma C.____ erzielte Erwerbseinkommen betrug gemäss dem Arbeitgeberfragebogen vom 26. Juni 2007 monatlich CHF 4'800.00 und gemäss dem Arbeitgeberfragebogen vom 30. März 2009 CHF 5'500.00 im Monat (IV-Nrn. 7, 69). Aktuellere Angaben sind den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen. Es ist nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin auf diese Angaben gestützt hat.

Somit beträgt das Valideneinkommen für das Jahr 2008 CHF 62'400.00 (CHF 4'800.00 x 13). Aufgrund dem am 30. März 2009 neu eingeholten Arbeitgeberfragebogen beträgt das Valideneinkommen im Jahr 2009 CHF 71'500.00 (CHF 5'500.00 x 13), im Jahr 2010 CHF 71'901.00 (CHF 5'500.00 x 13 [: 106,9 x 107,5, Nominallohnindex, 2006 - 2010, T1.05, Sektor 14 -37 «verarbeitendes Gewerbe»]), im Jahr 2011 CHF 72'692.00 (CHF 5'500.00 x 13 [: 100 x 101,1]), im Jahr 2012 CHF 73'339.00 (CHF 5'500.00 x 13 [: 101,1 x 102,0]), im Jahr 2013 CHF 74'489.00 (CHF 5'500.00 x 13 [: 102 x 103,6]), für das Jahr 2014 CHF 74'920.00 (CHF 5'500.00 x 13 [: 103,6 x 104,2]) und im Jahr 2015 CHF 74'991.00 (CHF 5'500.00 x 13 [: 104,2 x 104,3]).

10.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden.

10.2.1 Da dem Beschwerdeführer eine leidensadaptierte, körperlich leicht belastende Tätigkeit, vorzugsweise in Wechselhaltung ohne repetitive Überlastung des linken

Handgelenkes (vgl. E. II.

E. 5

Status nach sensiblem Hemisyndrom links 2004 – DD Migraine accompagnée, DD Transiotrisch ischämische Attacke

E. 6

Chronisch rezidivierende Migräne-Kopfschmerzen – 4 - 6 Episoden / Jahr

E. 6.22

hiervor) nicht nachvollziehen. Wie oben dargelegt gebe es keine spezialärztlichen Berichte, welche eine Beeinträchtigung aus rheumatologischer Sicht nach Februar 2011 belegten. Im Arztbericht der Immunologie vom 19. Juli 2012 (vgl. E. II. 6.19 hiervor) werde dann eine neue Diagnose eingeführt: Der Beschwerdeführer sei wegen einer mittelschweren Depression ab 18. Juli 2012 voll arbeitsunfähig. Weitere Auskünfte sollten bei den behandelnden Psychiatern eingeholt werden. Eine somatisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde ausdrücklich ausgeschlossen. Die Behandlung wegen einer mittelschweren Depression sei durch die AK.____ in der Zeit von August 2012 bis Dezember 2012 erfolgt (Arztbericht vom 13. April 2013, vgl. E. II. 6.23 hiervor). Dem Protokolleintrag vom 20. März 2013 sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer ab 14. Januar 2013 wieder voll arbeitsfähig gewesen sei. Eine Arbeitsunfähigkeit sei deshalb vom 18. Juli 2012 bis 13. Januar 2013 ausgewiesen. Es sei eine invalidisierende Diagnose vorhanden, die den Beschwerdeführer bei seiner Tätigkeit als gelernter Polymechaniker bzw. als Techniker HF (Umschulung abgebrochen) einschränke. Der Sport-Unfall vom 31. Oktober 2009 habe während der Ausbildung stattgefunden. Laut der Unfallversicherung J.____ sei der Beschwerdeführer jedoch ab 1. Juni 2011 wieder 100 % arbeitsfähig (vgl. IV-Nr. 113.5). Der Beschwerdeführer habe die Prüfung als Techniker HF nicht bestanden (Abschlussbericht vom 20. April 2011, IV-Nr. 110). Der RAD nehme deshalb zur Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit Stellung. Wegen des oben erwähnten Unfalls (Skaphoidfraktur) habe eine Arbeitsunfähigkeit in der Zeit von 29. Januar 2010 bis 30. Mai 2011 bestanden. Die genauen Daten könnten dem Bericht des RAD vom 5. März 2012 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) entnommen werden. Eine Arbeitsunfähigkeit aus Gründen der rheumatischen Erkrankung sei nach Februar 2011 nicht mehr nachgewiesen. Eine weitere Arbeitsunfähigkeit in der Zeit vom 18. Juli 2012 bis 13. Januar 2013 sei wegen eines psychiatrischen Leidens ausgewiesen. 6.25 Dr. med. AO.____, FMH Radiologie / diagnostische Neuroradiologie, AM.____, hielt aufgrund der am 22. August 2013 durchgeführten MRT des rechten Kniegelenkes folgende Beurteilung fest (IV-Nr. 150.2 S. 14): Partialruptur bzw. ausgeprägte Zerrung des vorderen Kreuzbandes, respektive des anterior-medialen Bündels des vorderen Kreuzbandes; Mukoide Degeneration im Hinterhorn des medialen Meniskus, nicht beweisend für einen Einriss; Mässiger Kniegelenkserguss; Kein grösserer umschriebener Knorpelschaden; Kein Knochenmarködem, keine Fraktur. 6.26 Im Schreiben vom 10. Juni 2014 (IV-Nr. 139) an die Beschwerdegegnerin hielten Prof. Dr. med. AP.____, Chefarzt, und die Assistenzärztin AQ.____, AE.____, Medizinische Poliklinik, fest, sie hätten den Beschwerdeführer im Rahmen einer Verlaufskontrolle des Lupus erythematodes am 10. Juni 2014 gesehen. Seitens der Krankheit bestünden unter der aktuellen Therapie noch Zeichen der Aktivität (Gelenkschmerzen und Müdigkeit). Darüber hinaus habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er weiterhin arbeitslos sei und dass er die durch die Beschwerdegegnerin finanzierte

Ausbildung als Polymechniker [recte: Automatiklechniker] noch nicht habe abschliessen können. Aus diesem Grund seien seine bisherigen Bewerbungen nicht erfolgreich gewesen. Zusätzlich habe er berichtet, dass der Abschluss der Ausbildung an eine Arbeitsstelle bedingt sei. Er habe sich im heutigen Gespräch motiviert gezeigt, um sich auf dem Arbeitsmarkt zu integrieren. Jegliche Anstrengung in diese Richtung sei als sehr wichtig und sinnvoll zu sehen. In diesem Sinne hätten sie den Beschwerdeführer mit seinem Einverständnis bei Verdacht auf eine depressive Störung den Kollegen der [...] in [...] zugewiesen. 6.27 Der den Beschwerdeführer seit 30. Juni 2014 behandelnde Dr. med. AR. ____, Oberarzt, [...], hielt im Arztbericht vom 18. August 2014 (IV-Nr. 141) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: – Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), seit 2005 bzw. 2012 mit Akzentuierung 2013 – DD im Rahmen der Lupuserkrankung, psychosozialer Stressoren (Stellenlosigkeit) 2007 und durch Nebenwirkungen der Immunsuppression verursacht, seit 2007 – ausgeprägtes Fatigue-Syndrom, am ehesten multifaktoriell (systemischer Lupus erythematodes, rezidivierende Eisenmangelanämie, rezidivierende Depressionen) – Systemischer Lupus erythematodes mit Erstdiagnose 2007 mit Arthralgien, Fotosensibilität, Kopfschmerzen, Myalgien, ANA+, normochrome normozytäre Anämie, Antiphospholipidsyndrom bei Status nach Venenthrombose A. subclavia rechts März 2010 – Rezidivierende Migräne-Kopfschmerzen – Status nach passagerem sensiblem Hemisyndrom links (DD Migräne accompagnée), DD transitorische ischämische Attacke bei offenem Foramen ovale, Antiphospholipidsyndrom Es gebe keine Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Polymechniker und in der umgeschulten Tätigkeit als Techniker (Automatiktechnik HF) ohne Abschluss sei bisher vom AS. ____ keine Arbeitsdispensation ausgestellt worden. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien auch berufliche Massnahmen angezeigt. Der Beschwerdeführer habe eine Lehre als Polymechniker und anschliessend ein Umschulungsprogramm via Beschwerdegegnerin zum Automatiklechniker HF absolviert, die Schule habe er mit sehr guten Noten abgeschlossen, jedoch die Diplom-arbeit noch nicht absolviert. Zurzeit beschreibe der Beschwerdeführer Symptome wie Motivations- und Freudverlust, Ein- und Durchschlafstörungen mit Früherwachen und folglich Notwendigkeit von Tagesnaps. Das Konzentrations- und Durchhaltevermögen sei stark beeinträchtigt, er habe keinen Antrieb, um die körperliche Rehabilitation zu forcieren und damit auch die Möglichkeit zum Wiederbeginn mit Sport. Aufgrund der beschriebenen Symptome sei der Beschwerdeführer im handwerklichen Bereich, aber auch in der Bewältigung von kognitiven Tätigkeiten zurzeit eingeschränkt. Allerdings sei hinzuzufügen, dass bisher noch keine Therapie etabliert worden sei, da sich der Beschwerdeführer für das notwendige Prozedere eines Tagesklinikaufenthalts bisher noch nicht habe entscheiden können. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer noch zumutbar. Es werde ein Wiederbeginn mit vier Stunden täglich empfohlen (Bezug: gelernter Beruf als Polymechniker, beurteilt nach psychiatrischen Kriterien, bezüglich Somatik werde um Kontaktaufnahme mit den entsprechenden Fachkollegen gebeten). Dabei sei aufgrund des Antriebsverlustes und der Konzentrationsstörungen bei Schlafstörungen mit einer verminderten Leistungsfähigkeit zu rechnen. Diese könne im Ausmass jedoch nicht beziffert werden und müsse über einen Längsverlauf mit Tagesklinik-Aufenthalt festgelegt werden. Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich könne verbessert werden. Es werde ein Tagesklinik-Aufenthalt zwecks

diagnostischer Evaluation, Festlegung der bestehenden Ressourcen und damit auch Ermittlung der Arbeitsfähigkeit empfohlen. In einem zweiten Schritt sollte durch aktivitätsfördernde Massnahmen die psychische Symptomatik gelindert und damit die Arbeitsfähigkeit gebessert werden. Es sei davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit durch die genannten Massnahmen verbessere. Dem Beschwerdeführer seien auch andere Tätigkeiten zumutbar. Zwecks Klärung der Art dieser Tätigkeiten werde ein Tagesklinik-Aufenthalt mit anschliessender nochmaliger Evaluation der Fertigkeiten und Defizite empfohlen. Andere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer zu Beginn zwei bis vier Stunden täglich, je nachdem ob Belastbarkeits- oder Aufbautraining erfolge, zumutbar.

6.28 Im Bericht vom 13. Februar 2015 (IV-Nr. 150.2 S. 1 ff.) hielten Prof. Dr. med. AC.____ und Dr. med. AT.____, Assistenzärztin, AE.____, Medizinische Poliklinik, anlässlich der Behandlung vom 4. Februar 2015 folgende Diagnosen fest: 1. Systemischer Lupus erythematodes, Erstdiagnose 2007 – Initiale Klinik: Müdigkeit, Myalgien, Alopezie, rezidivierende Polyarthritiden-Arthralgien, Fotosensitivität, Kopfschmerzen – Klinische Kriterien (April 2011): Alopezie, rezidivierende Polyarthritiden, Fotosensitivität, Depression – Immunologische Kriterien (5/6): ANA und Anti-dsDNA-Ak positiv, Lupus antikoagulans 2 x pos., C3 und CH50 erniedrigt, direkter Coombstest pos. Therapie: – 2007 - 2012 Stabiler Verlauf unter Plaquenil 400 mg pro Tag, Sommer 2012 selbstständig abgesetzt wegen subjektiver Besserung, Wiederbeginn 200 mg / d seit Juli 2013 – CellCept Dezember 2011 - Mai 2012, trotz guter Wirksamkeit auf Arthralgien vom Patienten wegen chronischer Infekte abgesetzt – Prednison 5 mg September bis Dezember 2011, wegen Akne gestoppt – Status nach MTX-Therapie, gestoppt bei Pneumonitis – Seit September 2014 Belimumab (Benlysta) 750 mg i.v. 2. Ausgeprägtes Fatigue-Syndrom am ehesten multifaktoriell – bei systemischem Lupus, rezidivierender Eisenmangelanämie, rezidivierenden depressiven Episoden – Subjektive Verbesserung unter Belimumab 3. Rezidivierende depressive Störung Erstdiagnose 30. Juni 2014 DD im Rahmen der Lupuserkrankung, psychosozialer Stressoren (Arbeitslosigkeit) – MRI 19. Juli 2012: keine Blutung, keine Ischämie, kein Hinweis auf einen entzündlichen Prozess – Remeron 30 mg pro Tag seit Dezember 2014, Reduktion auf 7,5 mg pro Tag bei Gewichtszunahme 4. Rezidivierende Eisenmangelanämie unklarer Ursache – orale Dauersubstitution – aktuell Januar 2015: Hb und Ferritin normal – Gastro 21. August 2013: Diskretes Schleimhauterythem im Antrum – Koloskopie 3. September 2013: Normalbefund 5. Antiphospholipid-Syndrom – Status nach Venenthrombose der V. subclavia rechts März 2010 unprovokiert, darauffolgend unter OAK März - September 2010 – Lupus antikoagulans initial 2 x Mal positiv (23. März 2011 und 22. August 2011), zuletzt am 28. Januar 2015 pos. Cardiolipin- und Anti-Beta2-Glykoprotein-1-AK negativ – OAK mit Marcoumar seit Juli 2013 6. Chronisch rezidivierende Migräne-Kopfschmerzen – 4 - 6 Episoden / Jahr 7. Status nach passagerem sensiblem Hemisyndrom links 2004 DD Migraine accompagnée, DD Transiotrisch ischämische Attacke bei offenem Foramen ovale – seit damals und aktuell beschwerdefrei (Juli 2013)

E. 6.30

hiervor) fest, es gelinge dem Gutachter nicht, ein klares Bild des Beschwerdeführers und seines psychischen Zustandes zu vermitteln. Diese ärztlichen Einschätzungen erweisen sich als korrekt. So beziehen sich die von Dr. med. O.____ beim Beschwerdeführer eingeholten subjektiven Angaben im Wesentlichen auf seinen somatischen Gesundheitszustand und seinen Tagesablauf. Es finden sich indes keine Angaben zum Verlauf des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Damit vermag das Gutachten von Dr. med.

O.____ den Anforderungen an ein beweiswertiges Gutachten nicht zu genügen und es ist nicht geeignet, die beweiskräftigen Diagnosestellungen und Einschätzungen von Dr. med. T.____ in Frage zu stellen. 8.3 Es ist nachfolgend auf die nach dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. N.____ vom 19. Januar 2015 verfassten Einträge in die Patientenakte der AW.____ vom 8. April bis 1. September 2016 einzugehen (vgl. E. II. 6.33 hiervor) einzugehen: Der Bericht der AW.____ gibt v.a. in Bezug auf die durchgeführten Behandlungen Auskunft. Diese fanden aufgrund der durch den Beschwerdeführer beklagten Schmerzen medial prätibial rechts > links statt (vgl. Beschwerdebeilage Nr. 3 S. 1). Aufgrund der festgestellten deutlichen Verhärtung der Muskulatur medial paratibial wurde eine Physiotherapie durchgeführt, wodurch der Beschwerdeführer eine leichte Beschwerdelinderung erfuhr (vgl. Verlauf vom 20. Mai 2016). Anschliessend wurde der Beschwerdeführer zusätzlich mit einer Stosswellentherapie behandelt, welche indes wenig erfolgreich war (vgl. Verlauf vom 30. Juni 2016). Am 1. September 2016 wurde die Physiotherapie sodann abgebrochen, da diese nur mässig half. Der Beschwerdeführer habe ein Heimprogramm zur Stabilisierung der USG / OSG / KG sowie ein Detonisierungsprogramm mittels Blackroll, Tennisball und Dehnübungen erhalten, spiele immer noch Handball und könne die Schmerzen mittels Kühlung vor und nach den Trainings ertragen. Da die konservative Behandlung des Beschwerdeführers am 1. September 2016 abgebrochen und ihm die Durchführung eines Heimprogramms inkl. Detonisierung empfohlen wurde, ist davon auszugehen, dass die Schmerzen in diesem Zeitpunkt ein für den Beschwerdeführer erträgliches Mass aufwiesen. Dem entspricht denn auch, dass er immer noch Handball spielen kann. Es ist daher von einer kurzfristigen schmerzbedingten Beeinträchtigung seiner gesundheitlichen Situation auszugehen, die aber im Vergleich zu der im Rahmen des Gutachtens von Dr. med. N.____ festgestellten Gesundheitssituation keine wesentliche und dauerhafte Änderung beinhaltet hatte. So ist aufgrund der im Gutachten festgestellten Diagnose eines systemischen Lupus erythematodes mit dem Leitsymptom von u.a. rezidivierenden Polyarthritiden und Polyarthralgien nicht auszuschliessen, dass davon auch die Gelenke der unteren Extremitäten betroffen sein können. In diesem Sinn ist denn auch die bei der erstmaligen Untersuchung des Beschwerdeführers in der AW.____ festgestellte Periostitis zu verstehen. Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer seit dem Gutachten von Dr. med. N.____ wesentlich veränderten gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers auszugehen. Im Bericht der AW.____ wird zudem keine Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht. Der Argumentation des Beschwerdeführers (A.S. 30), wonach der Sachverhalt bezüglich der Problematik der Fehlstellung der Beinachsen nicht geklärt sei, kann daher einzig gestützt auf den vorliegenden Bericht nicht gefolgt werden. Daher vermögen dieser Bericht bzw. die Eintragungen der AW.____ in der Patientenakte des Beschwerdeführers den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. N.____ nicht einzuschränken. 8.4 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert der Gutachten von Dr. med. N.____ und Dr. med. T.____ vom 19. Januar 2015 und 30. Oktober 2015 nicht zu schmälern vermögen. 8.5 Im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. T.____ vom 30. Oktober 2015 wurde eine «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), DD: organisch depressive Störung (ICD-10 F06.32)» diagnostiziert. Aufgrund der früheren höchstrichterlichen Rechtsprechung fielen depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent waren (BGE 140 V

193 E. 3.3 S. 197 mit Hinweis; 143 V 409 E. 4.1 m.w.H.). Dies hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 16. September 2016 entsprechend fest (A.S. 1). Diese höchstrichterliche Rechtsprechung hat sich indes zwischenzeitlich geändert. So hat das Bundesgericht mit Urteil 8C_841/2016 vom 30. November 2017 (BGE 143 V 409) entschieden, die Folgen von lege artis diagnostizierten leichten bis mittelschweren depressiven Störungen seien an den Grundsätzen von BGE 141 V 281 zu messen. Somit ist eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht bereits mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz bzw. dem Hinweis auf die frühere Rechtsprechung auszuschliessen (BGE 143 V 409 E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind daher systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensations-Potentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (Urteil des Bundesgerichts 9C_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2.1).

8.5.1 Gemäss Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer, Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Katalogs von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

8.5.2 Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten – wie vorliegend das Gutachten von Dr. med. T.____ vom 30. Oktober 2015 – verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen standhält. Es ist somit zu prüfen, ob die beigezogenen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309; Urteil des Bundesgericht 9C_21/2017 vom 22. Februar 2018 E. 5).

8.5.3 Im vorliegenden psychiatrischen Gutachten vom 30. Oktober 2015 äussert sich Dr. med. T.____ zwar nicht ausdrücklich zu den besagten Indikatoren, macht aber Feststellungen, welche eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309). Eine Ergänzung des medizinischen Sachverhalts erübrigt sich damit. Dr. med. T.____ diagnostiziert eine «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), DD: organisch depressive

Störung (ICD-10 F06.32)». Diese Diagnose wird plausibel begründet. Hinweise auf Ausschlussgründe wie Aggravation ergeben sich aus dem Gutachten nicht. So hielt der rheumatologische Gutachter Dr. med. N.____ auch explizit fest, es gebe keinerlei Hinweise auf Aggravationszeichen oder ungewöhnliches Schmerzverhalten (IV-Nr. 150.1 S. 6). Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» geht aus dem Gutachten hervor, dass die Ausprägung der depressiven Störung im Zeitpunkt der Begutachtung nicht besonders schwer ist, sie aber als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit deklariert wird. Es wurden indes keine auffälligen Befunde erhoben und es fand aktuell auch keine psychiatrische Behandlung statt. Der Gutachter führt aus, es sei eine Verbesserung der antidepressiven Medikation zu empfehlen und der Beschwerdeführer könnte von einer psychotherapeutischen Behandlung profitieren (IV-Nr. 169 S. 27). Was den «Behandlungs- und Eingliederungserfolg» anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass sowohl die psychopharmakologische Behandlung sowie die somatische Behandlung mittels Physiotherapie und Einnahme verschiedener Medikamenten zu keiner nachhaltigen Verbesserung der vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung führte. Eine langfristige psychotherapeutische Behandlung hat bis zur Begutachtung durch Dr. med. T.____ nicht stattgefunden. Als «Komorbiditäten» nennt der psychiatrische Gutachter eine organisch depressive Störung (ICD-10 F06.3) und führt aus, die depressive Symptomatik stehe mit dem ebenfalls seit Jahren bestehenden SLE in direktem Zusammenhang. Dieser Zusammenhang sei indes wissenschaftlich noch ungenügend erforscht und die depressive Symptomatik könnte auch durch die Medikamente (hier: Immunsuppressiva und Cortisonpräparate) selbst verursacht oder zumindest verstärkt worden sein. Ein solcher Zusammenhang lasse sich aber nicht mit Sicherheit annehmen (IV-Nr. 169 S. 21 f.). Aus somatischer Sicht ist seit 2007 eine SLE dokumentiert. Damit liegt eine schwere, chronische körperliche Begleiterkrankung vor. Die ebenfalls dokumentierten Verletzungen am Handgelenk bzw. an den unteren Extremitäten sind nach diversen operativen Eingriffen schliesslich folgenlos abgeheilt. Was den Komplex «Persönlichkeit» angeht, so lässt sich dem Gutachten entnehmen, es bestünden keine Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge oder andere Auffälligkeiten, die sich ressourcen-hemmend auswirken könnten. So war der Beschwerdeführer bis zum schweren Schub des SLE im Jahr 2007 in der Lage, eine Lehre als Polymechaniker abzuschliessen und den Militärdienst als Durchdiener zu absolvieren. Anschliessend war es ihm möglich, einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachzugehen. 2007 wurde durch die Beschwerdegegnerin die Umschulung zum Automatiker in die Wege geleitet, da er dort weniger stehen müsse. Seine Anstellung als CNC Programmierer bei der I.____ verlor er anschliessend wegen des komplizierten Heilungsverlaufs beim Bruch des Handwurzelknochens. Er konnte seine Diplomarbeit als Automatiker sodann nicht rechtzeitig abgeben und versuchte anschliessend immer wieder erfolglos, eine neue Stelle zu finden. Zum Komplex «Sozialer Kontext» geht aus den Gutachten hervor, dass der Beschwerdeführer seit vier Jahren mit seiner Freundin zusammenwohnt und im Wesentlichen von ihren Einkünften lebt. Zum Aktivitätsniveau wird ausgeführt, der Beschwerdeführer sei montags, dienstags, donnerstags und freitags abends als Handballtrainer oder aktiv mit Handballspielen beschäftigt (IV-Nr. 169 S. 15 f.). Er habe seine meisten Freunde und Bekannten über diesen Sport kennengelernt (S. 16). Es kann daher aktuell nicht von einem bestehenden sozialen Rückzug oder grossen Leidensdruck ausgegangen werden. Was die «Konsistenz» betrifft, wird durch den rheumatologischen Gutachter Dr. med. N.____ ausgeführt, es bestehe insgesamt eine Konkordanz der subjektiv geschilderten Beschwerden und der objektiven

Befunden. Vor diesem Hintergrund und insbesondere aufgrund der schweren körperlichen Krankheit und ihrem schub- bzw. episodenhaften Verlauf verfügte der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. September 2016 insgesamt nicht über genügend Ressourcen, um trotz der psychischen Beeinträchtigungen die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen.

8.6 Folglich sind die beiden Gutachten von Dres. med. N.____ und T.____ vom 19. Januar 2015 und 30. Oktober 2015 voll beweismäßig. Es ist nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 16. September 2016 auf diese gestützt hat. Dies wird vorliegend auch nicht bestritten (A.S. 26 unten). Es kann daher auch auf die in den Gutachten festgestellte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden. Der Beschwerdeführer kann seine angestammte Tätigkeit als Polymechniker nicht mehr ausüben. Dies ist unbestritten (A.S. 16). Aus somatischer Sicht besteht in einer Verweistätigkeit (leichte körperlich belastende Tätigkeiten mit Vorteil in Wechselbelastung durchgeführt ohne repetitive Überlastung des linken Handgelenkes) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Im Zeitpunkt des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. T.____ bestand aufgrund der leichten depressiven Symptomatik eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von circa 10 - 15 %. Unter Berücksichtigung der leichten Fatigue-Symptomatik, welche die depressive Symptomatik verstärkte, könne die aktuelle Arbeitsunfähigkeit bezüglich einer monotonen, mehrheitlich stehenden Tätigkeit auf 20 - 30 % und bei einer wechselnden nicht monotonen Tätigkeit auf 15 % - 20 % geschätzt werden (bedingt durch die unterschiedlichen Auswirkungen der Fatigue-Symptomatik).

9. Es stellt sich die Frage, wie sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor dem Zeitpunkt der Begutachtungen bei Dres. med. N.____ und T.____ verhalten hat. Aus den medizinischen Akten ergibt sich diesbezüglich Folgendes: 9.1 Der Beschwerdeführer ist seit Mai 2007 in seiner angestammten Tätigkeit als Polymechniker zu 100 % arbeitsunfähig. In Bezug auf eine Verweistätigkeit kann Folgendes festgehalten werden: Vom 9. Mai bis 3. Juni 2007 war der Beschwerdeführer zu 100 % und ab 4. Juni 2007 bis 17. Juli 2007 zu 50 % arbeitsunfähig. Vom 23. bis 27. August 2007 wurde die Arbeitsunfähigkeit mit 40 % angegeben (IV-Nr. 1.1 S. 11 f., 10 S. 1, 15 S. 5, 8 f., 12 ff.). Nach der am 2. Februar 2010 erfolgten Operation der Scaphoidfraktur bestand zunächst eine 100%ige und ab 8. Februar 2010 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nrn. 100.4, 100.11, 100.31 S. 2, Protokolleinträge vom 30. März 2010, 8. April 2010). Ab 17. Mai 2010 (Ausräumung der Scaphoidfraktur, vgl. IV-Nrn. 100.23, 100.24) bestand wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und ab 14. Juni 2010 war der Beschwerdeführer zu 75 % arbeitsfähig (IV-Nr. 100.15). Ab 20. August 2010 bestand wieder eine volle Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. IV-Nrn. 98, 100.4, 100.11, 100.12, 100.14, 100.26, 100.29). Anfangs 2011 war der Beschwerdeführer 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 109, vgl. Protokolleinträge vom 6. Januar 2011, 18. Februar 2011, 2. März 2011). Ab 2. Mai 2011 betrug die Arbeitsfähigkeit 50 % (IV-Nrn. 111.2, 113.9) und ab 1. Juni 2011 bestand eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 113.5, Protokolleinträge vom 18. Oktober 2011, 16. Juli 2012). Ab dem 18. Juli 2012 war der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen bis am 13. Januar 2013 voll arbeitsunfähig (Protokolleintrag vom 20. März 2013, vgl. E. II. 6.18, 6.23, 6.31 f.). In dieser Zeit bestand auch für eine kurze Zeit eine Arbeitsunfähigkeit ab 24. November 2012 wegen eines Unfalls beim Handballspielen (Protokolleintrag vom 4. Dezember 2012). Ab 14. Januar 2013 war der Beschwerdeführer wieder 100 % arbeitsfähig (Protokolleintrag vom 20. März 2013). Aus psychischen Gründen bestand sodann vom Juli 2014 bis Februar 2015 (folglich vom 1. Juli 2014 bis 28. Februar 2015)

eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. II. 6.31 f. hiervor). 9.2 Dem Vorbringen des Beschwerdeführers (A.S. 27 oben), wonach für die Zeit vom 1. Mai 2008 bis 8. Februar 2010 mindestens eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden haben soll, kann nicht gefolgt werden. So ist dem durch den Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang angehenden Bericht von Dr. med. D. ___ vom 16. März 2009 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) u.a. zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer körperlich leichte Arbeiten theoretisch zumutbar seien, wobei schwierig zu quantifizieren sei, inwiefern er durch die krankheitsbedingte Müdigkeit in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers lässt sich aus diesem Bericht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % entnehmen. Dies gilt auch in Bezug auf das durch den Beschwerdeführer ebenfalls ins Feld geführte Argument, wonach er aufgrund der am 31. Oktober 2009 erlittenen Handgelenksfraktur links bereits ab November 2009 voll arbeitsunfähig gewesen sei (A.S. 27 f.). So sind den vorliegenden Akten keine diesbezüglichen Anhaltspunkte zu entnehmen. Es ist denn auch nicht aktenkundig, dass sich der Beschwerdeführer nach dem am 31. Oktober 2009 erlittenen Unfall unmittelbar in ärztliche Behandlung begeben hat. Auch in der Bagatellunfall-Meldung vom 30. November 2009 (vgl. IV-Nr. 100.34) an die Unfallversicherung J. ___ finden sich keine Hinweise in Bezug auf eine Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt (A.S. 28), es sei für die Zeit vom 13. Januar 2013 bis 30. Juni 2013 sowie für die Zeit ab 28. Februar 2015 von einer mindestens 20%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Da die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 16. September 2016 für die genannten Zeitspannen entsprechende Arbeitsunfähigkeiten (A.S. 5) berücksichtigte, ist auf diese Vorbringen nicht weiter einzugehen. 10. Nachfolgend ist somit der Einkommensvergleich vorzunehmen und zu prüfen, ob die durch die Beschwerdegegnerin errechneten IV-Grade korrekt sind (A.S. 5): 10.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: ab Mai 2008 – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1). 10.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 mit Hinweisen; 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]). 10.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 46, 64, 72 ff., 140, 150.1 S. 4 f., 169 S. 13 ff) besuchte der Beschwerdeführer von 1990 bis 1996 die Primarschule und von 1996 bis 1999 die Bezirksschule in [...]. Anschliessend absolvierte er bei der Firma AY. ___ von 1999 bis 2003 die Lehre zum Polymechaniker (IV-Nr. 74 S. 1 ff.) und nahm ab Juli 2003 die befristete Arbeitsstelle als Wareneingangsprüfer bei der Firma AZ. ___ auf. Nach dem Sprachaufenthalt in Australien von Februar bis März 2004 leistete er bis im Januar 2005

Militärdienst als Durchdiener (IV-Nr. 23 S. 3). Daraufhin war er vom Februar bis im Oktober 2005 bei der Firma BA.____ als CNC-Einrichter beschäftigt. Diese Stelle kündigte der Beschwerdeführer und war vom 2. November 2005 bis 31. Dezember 2006 als Polymechaniker bei der Firma BB.____ im [...] tätig (vgl. IV-Nr. 74 S. 9). Ab 1. Januar 2007 war der Beschwerdeführer bei der Firma C.____ als CNC-Einrichter beschäftigt (IV-Nrn. 46 S. 5, 74 S. 10). Diese Anstellung wurde ihm durch den Arbeitgeber per 31. Januar 2008 gekündigt, da ihm weder eine Umschulung noch eine Praktikumsstelle zum Automatiklechniker ermöglicht werden konnte (IV-Nr. 69 S. 8). Die durch die IV-Stelle [...] ermöglichte Umschulung zum Automatiklechniker absolvierte der Beschwerdeführer berufsbegleitend ab 2007 bei der E.____ (IV-Nrn. 83, 103). Nach einer temporären Anstellung vom 21. April bis 11. August 2008 bei der Firma F.____ als Quality Inspektor (IV-Nr. 70) war der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2010 als CNC Programmierer bei der Firma I.____ beschäftigt (IV-Nr. 88 S. 1). Diese Stelle wurde ihm per 31. Januar 2011 gekündigt, da er aufgrund der zugezogenen Handverletzung viele Abwesenheiten hatte (IV-Nr. 179 S. 10). Vom 16. Mai 2011 bis am 2. Oktober 2012 war der Beschwerdeführer als Monteur bei der Firma BC.____ angestellt (IV-Nr. 148 S. 2 ff.). Diese löste das Arbeitsverhältnis per 2. Oktober 2012 auf, da sie über zu viele Personalkapazitäten verfügte (IV-Nr. 148 S. 16). Dem Beschwerdeführer gelang es in der Folge nicht, eine neue Arbeitsstelle zu finden. Er ist seither arbeitslos. Die Umschulung als Automatiklechniker konnte der Beschwerdeführer nicht abschliessen, da er die erforderliche Diplomarbeit nicht verfasst hat (vgl. Protokolleinträge vom 24. September 2013, 28. März 2014, 24. April 2014).

10.1.3 Da dem Beschwerdeführer die zuletzt vor dem Gesundheitsschaden ausgeübte unbefristete Arbeitsstelle bei der Firma C.____ aus gesundheitlichen Gründen per Ende November 31. Januar 2008 gekündigt wurde (vgl. IV-Nr. 69 S. 8), ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer die Arbeit bei der Firma C.____ im Gesundheitsfall auch weiterhin ausgeübt hätte. Das durch den Beschwerdeführer zuletzt bei der Firma C.____ erzielte Erwerbseinkommen betrug gemäss dem Arbeitgeberfragebogen vom 26. Juni 2007 monatlich CHF 4'800.00 und gemäss dem Arbeitgeberfragebogen vom 30. März 2009 CHF 5'500.00 im Monat (IV-Nrn. 7, 69). Aktuellere Angaben sind den vorliegenden Akten nicht zu entnehmen. Es ist nicht zu beanstanden, dass sich die Beschwerdegegnerin auf diese Angaben gestützt hat. Somit beträgt das Valideneinkommen für das Jahr 2008 CHF 62'400.00 (CHF 4'800.00 x 13). Aufgrund dem am 30. März 2009 neu eingeholten Arbeitgeberfragebogen beträgt das Valideneinkommen im Jahr 2009 CHF 71'500.00 (CHF 5'500.00 x 13), im Jahr 2010 CHF 71'901.00 (CHF 5'500.00 x 13 [: 106,9 x 107,5, Nominallohnindex, 2006 - 2010, T1.05, Sektor 14 -37 «verarbeitendes Gewerbe»)], im Jahr 2011 CHF 72'692.00 (CHF 5'500.00 x 13 [: 100 x 101,1]), im Jahr 2012 CHF 73'339.00 (CHF 5'500.00 x 13 [: 101,1 x 102,0]), im Jahr 2013 CHF 74'489.00 (CHF 5'500.00 x 13 [: 102 x 103,6]), für das Jahr 2014 CHF 74'920.00 (CHF 5'500.00 x 13 [: 103,6 x 104,2]) und im Jahr 2015 CHF 74'991.00 (CHF 5'500.00 x 13 [: 104,2 x 104,3]).

10.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden.

10.2.1 Da dem Beschwerdeführer eine leidensadaptierte, körperlich leicht belastende Tätigkeit,

vorzugsweise in Wechselhaltung ohne repetitive Überlastung des linken Handgelenkes (vgl. E. II. 9 hiervor), mit einer Arbeitsunfähigkeit von 15 - 20 % zumutbar ist, ist somit vorliegend für die Jahre 2008 bis 2010 von einem monatlichen Bruttolohn für Männer im Sektor 15 - 37«verarbeitendes Gewerbe / Industrie», Total, Niveau 4 («einfache und repetitive Tätigkeiten»), Männer auszugehen. Dieser Betrag ist für die Jahre 2008 bis 2011 auf die üblichen Wochenstunden von 41,2 bzw. für ab dem Jahr 2011 von 41,3 im Jahr hochzurechnen und an die Nominallohnentwicklungen anzupassen. Für die Zeitspannen vom 20. August 2010 bis Ende Mai 2011, vom 18. Juli 2012 bis 13. Januar 2013 und vom 1. Juli 2014 bis 27. Februar 2015 ist keine Berechnung des jeweiligen Invalideneinkommens vorzunehmen, da das Invalideneinkommen während diesen Zeiträumen aufgrund einer vollen Arbeitsunfähigkeit stets CHF 0.00 betrug (vgl. E. II. 9 hiervor) und daher zum Bezug einer vollen Rente berechtigt. Für die übrigen Zeitspannen ist von folgenden Invalideneinkommen auszugehen: - Für das Jahr 2008 beträgt das Invalideneinkommen CHF 63'234.00 (LSE 2008 TA1, Sektor 2 «Produktion», Ziff. 10 - 33 «verarbeitendes Gewerbe», Total Männer, Niveau 4 «einfache und repetitive Tätigkeiten», CHF 5'116.00 x 12 [: 40 x 41.2]). - Für das Jahr 2010 beträgt das Invalideneinkommen CHF 32'556.00 (LSE 2008 TA1, Sektor 2 «Produktion», Ziff. 10 - 33 «verarbeitendes Gewerbe», Total Männer, Niveau 4, CHF 5'116.00 x 12 [: 40 x 41.2] [: 104,4 x 107,5], davon 50 %). - Für das Jahr 2011 beträgt das Invalideneinkommen CHF 51'801.00 (LSE 2010 TA1, Sektor 2 «Produktion», Ziff. 15 - 37 «verarbeitendes Gewerbe / Industrie», Total Männer, Niveau 4, CHF 5'419.00 x 12 [: 40 x 41.2] [: 100 x 100,9] davon 80 %). - Für das Jahr 2013 beträgt das Invalideneinkommen CHF 53'504.00 (LSE 2012 TA1_tirage_skill_level, Sektor 2 «Produktion», Ziff. 15 - 37 «verarbeitendes Gewerbe / Industrie», Total, Niveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art», Männer, CHF 5'361.00 x 12 [: 40 x 41,3] [: 101,6 x 102,3] davon 80 %). - Für das Jahr 2015 beträgt das Invalideneinkommen CHF 54'146.00 (LSE 2014 TA1, TA1_tirage_skill_level, Sektor 2 «Produktion», Ziff. 15 - 37 «verarbeitendes Gewerbe / Industrie», Total, Niveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art», Männer, CHF 5'426.00 x

E. 7

Status nach sensiblem Hemisyndrom links 2004 DD Migraine accompagnée DD Transiotrisch ischämische Attacke bei Offenem Foramen ovale

E. 8

Rezidivierender Eisenmangel

E. 9

hiervor), mit einer Arbeitsunfähigkeit von 15 - 20 % zumutbar ist, ist somit vorliegend für die Jahre 2008 bis 2010 von einem monatlichen Bruttolohn für Männer im Sektor 15 - 37«verarbeitendes Gewerbe / Industrie», Total, Niveau 4 («einfache und repetitive Tätigkeiten»), Männer auszugehen. Dieser Betrag ist für die Jahre 2008 bis 2011 auf die üblichen Wochenstunden von 41,2 bzw. für ab dem Jahr 2011 von 41,3 im Jahr hochzurechnen und an die Nominallohnentwicklungen anzupassen. Für die Zeitspannen vom 20. August 2010 bis Ende Mai 2011, vom 18. Juli 2012 bis 13. Januar 2013 und vom 1. Juli 2014 bis 27. Februar 2015 ist keine Berechnung des jeweiligen Invalideneinkommens vorzunehmen, da das Invalideneinkommen während diesen Zeiträumen aufgrund einer vollen Arbeitsunfähigkeit stets CHF 0.00 betrug (vgl. E. II. 9

hiervor) und daher zum Bezug einer vollen Rente berechtigt. Für die übrigen Zeitspannen ist von folgenden Invalideneinkommen auszugehen:

- Für das Jahr 2008 beträgt das Invalideneinkommen CHF 63'234.00 (LSE 2008 TA1, Sektor 2 «Produktion», Ziff. 10 - 33 «verarbeitendes Gewerbe», Total Männer, Niveau 4 «einfache und repetitive Tätigkeiten», CHF 5'116.00 x 12 [: 40 x 41.2]).
- Für das Jahr 2010 beträgt das Invalideneinkommen CHF 32'556.00 (LSE 2008 TA1, Sektor 2 «Produktion», Ziff. 10 - 33 «verarbeitendes Gewerbe», Total Männer, Niveau 4, CHF 5'116.00 x 12 [: 40 x 41.2] [: 104,4 x 107,5], davon 50 %).
- Für das Jahr 2011 beträgt das Invalideneinkommen CHF 51'801.00 (LSE 2010 TA1, Sektor 2 «Produktion», Ziff. 15 - 37 «verarbeitendes Gewerbe / Industrie», Total Männer, Niveau 4, CHF 5'419.00 x 12 [: 40 x 41.2] [: 100 x 100,9] davon 80 %).
- Für das Jahr 2013 beträgt das Invalideneinkommen CHF 53'504.00 (LSE 2012 TA1_tirage_skill_level, Sektor 2 «Produktion», Ziff. 15 - 37 «verarbeitendes Gewerbe / Industrie», Total, Niveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art», Männer, CHF 5'361.00 x 12 [: 40 x 41,3] [: 101,6 x 102,3] davon 80 %).
- Für das Jahr 2015 beträgt das Invalideneinkommen CHF 54'146.00 (LSE 2014 TA1, TA1_tirage_skill_level, Sektor 2 «Produktion», Ziff. 15 - 37 «verarbeitendes Gewerbe / Industrie», Total, Niveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art», Männer, CHF 5'426.00 x

E. 10

Status nach möglicher depressiver Episode (ICD-10 F32) Aus psychiatrischer Sicht müsse am ehesten davon ausgegangen werden, dass der Explorand im Rahmen der verschiedenen Belastungen Anpassungsstörungen entwickelt habe, die auch aktuell noch in eher geringem Ausmass persistieren würden. Er empfinde sich als Opfer von gewissen Umständen, habe Mühe mit der ganzen Situation zurechtzukommen und reagiere mit teilweiser latenter Aggressivität. Dennoch gelinge es ihm, soziale Kontakte beizubehalten und auch Aktivitäten nachzugehen, wobei er sich allgemein eher passiv verhalte. Es falle ein etwas auffallendes Verhalten auf, weswegen u.a. auch aufgrund der Anamnese und den bisherigen Erfahrungen mögliche persönlichkeitspezifische Faktoren vermutet werden müssten, welche die Rückzugstendenz zusätzlich erklären könnten. Grundsätzlich könne allerdings keine dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des psychischen Zustandes begründet werden. Der Explorand führe auch keine psychologische oder psychiatrische Therapie durch und sei in der Vergangenheit nur 2012 während einiger Monate in einer ambulanten Therapie gewesen. Aus rheumatologischer Sicht könne ein systemischer Lupus erythematodes bestätigt werden, wodurch sich eine verminderte körperliche Belastbarkeit begründen lasse. Die weiteren körperlichen Diagnosen wirkten sich bezüglich einer körperlich adaptierten Tätigkeit nicht wesentlich aus (S. 19). Aus psychiatrischer Sicht könne keine dauernde Arbeitsunfähigkeit begründet werden, auch die in der Vergangenheit gestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Jahre 2012 durch die [...] lasse sich nicht ohne Weiteres nachvollziehen, insbesondere auch weil der Bericht sehr knapp und nicht aussagekräftig sei. Im Vordergrund stehe die körperliche Beeinträchtigung, wodurch dem Exploranden keine körperlich belastenden Tätigkeiten mehr möglich seien. Eine leichte Tätigkeit, mit Vorteil durchgeführt in Wechselbelastung ohne repetitive Überlastung des linken Handgelenkes, sei in vollem Ausmass möglich. In der Vergangenheit seien dem

Exploranden jeweils Einschränkungen oder Arbeitsunfähigkeiten im Rahmen der Schübe durch den systemischen Lupus erythematodes oder im Rahmen der verschiedenen Operationen ausgestellt worden, ohne dadurch eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit annehmen zu können. Hilfreich wären geschlechtstherapeutische Massnahmen, die allerdings vom Exploranden bisher nie längerfristig durchgeführt worden seien und worum er sich auch nicht bemüht habe, weswegen eine mögliche psychische Beeinträchtigung als nicht relevant eingestuft werden müsse. Mit geschlechtstherapeutischen Massnahmen könnte der Explorand allerdings sein Verhalten besser kontrollieren und sich im Rahmen der jetzigen schwierigen Situation adäquater verhalten lernen. Indiziert seien rheumatologische Verlaufskontrollen mit entsprechenden therapeutischen Massnahmen, während bezüglich der Handgelenksbeschwerden die Therapiemassnahmen mittlerweile ausgeschöpft seien. Es könne einzig noch empfohlen werden, die Epicondylopathia rechts mit physiotherapeutischen wie auch physikalischen Massnahmen zu behandeln. Berufliche Massnahmen seien bereits durchgeführt worden, weitere Massnahmen könnten unter den gegebenen Umständen nicht empfohlen werden, einzig allenfalls Hilfe bei der Suche einer geeigneten Tätigkeit. 6.30 Dr. med. R.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 1. Juli 2015 (IV-Nr. 159 S. 2) fest, das rheumatologische Gutachten sei ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar. Das psychiatrische Gutachten erfülle die Anforderungen nicht. Dem Gutachter gelinge es nicht, ein klares Bild des Beschwerdeführers und seines psychischen Zustandes zu vermitteln. Die Beurteilung sei nicht ausreichend begründet und der Gutachter setze sich auch unzureichend mit der Vorgeschichte und den Vorbefunden auseinander. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne aus somatischer Sicht auf das Gutachten von Dr. med. N.____ abgestellt werden. Für die Abklärung der psychiatrischen Problematik sei eine erneute Begutachtung notwendig. Die Mängel im Gutachten von Dr. med. O.____ seien durch eine Nachfrage nicht behebbar, eine Nachuntersuchung durch Dr. med. O.____ sei nicht sinnvoll, da der Beschwerdeführer kaum noch Vertrauen in den Gutachter haben werde. 6.31 PD Dr. med. T.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Gutachten vom 30. Oktober 2015 (IV-Nr. 169) folgende Diagnosen mit aktueller Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 23): Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), DD: organisch depressive Störung (ICD-10 F06.32) Es gebe keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit. Zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt könne die durch die leichte depressive Symptomatik hervorgerufene Arbeitsunfähigkeit auf circa 10 - 15 % geschätzt werden. Diese Einschränkung werde durch ein leicht vermindertes Durchhaltevermögen und eine leicht verminderte Konzentrationsfähigkeit bei längerer Belastung bedingt. Zusätzlich zur depressiven Symptomatik bestehe zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt nach wie vor eine leichte Fatigue-Symptomatik. Auch diese wirke sich aus psychiatrischer Sicht im Wesentlichen auf das Durchhaltevermögen und die Konzentrationsfähigkeit aus. Insofern bestehe eine gegenseitige Verstärkung der depressiven Symptomatik und der Fatigue-Symptomatik bezüglich ihres negativen Einflusses auf die gleichen Fähigkeiten. Daher könne die aktuelle Arbeitsunfähigkeit bezüglich einer monotonen, mehrheitlich stehenden Tätigkeit auf 20 - 30 %, bei einer wechselnden nicht monotonen Tätigkeit auf 15 - 20 % (bedingt durch die unterschiedlichen Auswirkungen der Fatigue-Symptomatik) geschätzt werden. Hierbei seien jedoch zentral mehrere wichtige medizinisch-psychiatrische Faktoren zu beachten. Wie bereits im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. N.____ beschrieben, könnten auch in Zukunft neue akute Schübe des SLE auftreten, welche bezüglich des Zeitpunkts und ihrer Dauer sowie ihrem

Schweregrad nicht vorhersagbar seien. Entsprechend solcher SLE- Schübe könne auch die Fatigue-Symptomatik stark schwanken. Die Fatigue-Symptomatik könne aber sehr wohl auch unabhängig von akuten Schüben des SLE schwanken. So könnten sowohl ein akuter SLE- Schub selbst oder eine plötzlich unvorhersehbare Schwankung der Fatigue-Symptomatik erneut eine hochprozentige oder sogar vollständige Arbeitsunfähigkeit von unvorhersehbarer Dauer auslösen. Ähnliches wie für die Fatigue-Symptomatik gelte auch für den Verlauf der depressiven Symptome, welche somit einen zusätzlichen erheblichen Risikofaktor für zukünftige Arbeitsunfähigkeiten darstellten. Bei weiterem chronischen Verlauf des SLE könnten durchaus weitere neuropsychiatrische Symptome zusätzlich zur depressiven Symptomatik auftreten. So fänden sich bei Patienten mit SLE auch gehäuft kognitive Beeinträchtigungen bis hin zu schweren kognitiven Störungen und psychotische Symptome. Bisher seien beide Komplikationen beim Beschwerdeführer soweit feststellbar nicht aufgetreten, könnten aber beide erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit darstellen. Insofern sollte bei der Gesamtbeurteilung des Falles berücksichtigt werden, dass bei einem SLE sehr häufig neuropsychiatrische Komplikationen auftreten, welche für sich erheblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nehmen könnten. Für die Langzeitprognose sei deshalb der Gesamtverlauf des SLE von entscheidender Bedeutung, welcher jedoch rheumatologisch beurteilt werden müsse, weshalb hierfür auf das bestehende rheumatologische Gutachten von Dr. med. N. ___ verwiesen werde (S. 24). Zur Minderung der depressiven Symptomatik und zum Teil auch der Fatigue-Symptomatik wäre eine psychiatrische Therapie grundsätzlich ratsam. Wichtig hierbei wäre, dass dies in enger Abstimmung und Zusammenarbeit mit den behandelnden Rheumatologen geschehe, da beide Krankheitsbilder eng miteinander verbunden seien und auch die für den SLE indizierte Medikation zum Teil erhebliche psychiatrische Nebenwirkungen haben könne. Die regelmässige Einnahme des Antidepressivums Remeron habe beim Beschwerdeführer bereits eine Minderung der psychiatrischen Symptomatik bewirkt. Allerdings sei dieses Medikament aufgrund von Nebenwirkungen (Gewichtszunahme) wieder reduziert worden. Es stünden jedoch diverse andere antidepressive Medikamente zur Verfügung, welche bisher noch nicht zum Einsatz gekommen seien. Zusätzlich zur Etablierung einer verträglichen und wirksamen antidepressiven Medikation wäre auch eine psychotherapeutische Behandlung der depressiven Symptomatik und des Copings mit der schweren chronischen körperlichen Erkrankung (SLE) empfehlenswert. Bezüglich der Psychotherapie sei jedoch darauf zu achten, dass eine solche Therapie nur dann wirksam sein könne, wenn dies der Beschwerdeführer selbst wünsche. Ein Zwang zu einer psychotherapeutischen Behandlung sei aus psychiatrischer Sicht nicht sinnvoll, da dies die Wirksamkeit der Psychotherapie aufheben oder erheblich mindern würde (S. 25). Da es auch zukünftig mit hoher Wahrscheinlichkeit krankheitsbedingt wieder zu Arbeitsunfähigkeiten kommen könne, sei die Integration des Beschwerdeführers auf dem allgemeinen freien Arbeitsmarkt erheblich erschwert. Hierdurch erhalte der Beschwerdeführer immer wieder Absagen bezüglich neuer Arbeitsplätze, trotz veritabler und auf dem Arbeitsmarkt auch gesuchter Qualifikation. Hierdurch bekomme der Beschwerdeführer ein Gefühl der Hilflosigkeit und Machtlosigkeit, welches sekundär die depressive Symptomatik deutlich negativ beeinflusse. Aus psychiatrischer Sicht wäre es daher für die weitere Rehabilitation des Beschwerdeführers wichtig, den stark episodisch schwankenden Verlauf sowohl des SLE wie auch der neuropsychiatrischen Problematik (Fatigue und Depression) zu beachten, auch wenn die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt, wie

oben dargelegt, nur gering sei (S. 25). Im vorliegenden Fall sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in den bisherigen Tätigkeiten einerseits durch den SLE selbst, aber zusätzlich durch neuropsychiatrische Zusatzsymptome beeinträchtigt. Für die Arbeitsunfähigkeit, die direkt durch den SLE ausgelöst werde, werde auf die Stellungnahme des rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. N.____ verwiesen. Zusätzlich hätten im Jahr 2005, 2010, 2012, 2014 mittelschwere depressive Episoden bestanden, durch welche die Arbeitsfähigkeit hochgradig beeinträchtigt oder sogar aufgehoben gewesen sei. Zwischen diesen Episoden sei die Arbeitsfähigkeit durch depressive Symptome, soweit dies aufgrund der wenigen ärztlichen Unterlagen und der Aussagen des Beschwerdeführers selbst beurteilbar sei, nur geringfügig oder gar nicht eingeschränkt. Zusätzlich zu den Einschränkungen durch die depressiven Symptome bestehe auch noch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die mit dem SLE verbundene Fatigue-Symptomatik, welche sich bezüglich der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mit der bestehenden depressiven Symptomatik gegenseitig verstärke (S. 25 f.). Die Frage, seit wann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe, sei nur im Gesamtkontext aufgrund des Zusammenhangs zwischen SLE, Fatigue-Symptomatik und der depressiven Erkrankung insgesamt zu beantworten. Wie bereits der rheumatologische Gutachter Dr. med. N.____ ausgeführt habe, seien in diesem Rahmen alle bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten in der Vergangenheit gerechtfertigt. Bezüglich der neuropsychiatrischen Zusatzproblematik und insbesondere der depressiven Symptome müsse jedoch von einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, welche über die bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten hinausgehe. Da hierzu jedoch nur äusserst wenig Informationen in den Akten vorhanden seien, könne die durch die psychiatrische Symptomatik zusätzlich verursachte Arbeitsunfähigkeit insbesondere für die Episode in den Jahren 2005 und 2010 nicht exakt quantifiziert werden. Dagegen sei für die Episode in den Jahren 2012 und 2014 aufgrund der vorliegenden Unterlagen hierzu von einer längeren Aufhebung der Arbeitsfähigkeit allein durch die depressive Symptomatik zu rechnen. Diese Einschränkungen seien für die ursprüngliche Tätigkeit wie auch für eine angepasste Verweistätigkeit gültig. Wie lange genau diese Einschränkungen mit mehr als 20 % bestanden hätten, könne rückwirkend jedoch aufgrund der nur sehr geringen Informationen hierzu nicht genau festgelegt werden (S. 26). Bei einer den Leiden angepassten Tätigkeit sei, wie bereits der rheumatologische Gutachter geschrieben habe, eine körperlich abwechselnde und nicht monotone Tätigkeit bezüglich der Fatigue-Symptomatik zu empfehlen. Da trotzdem jedoch aufgrund der leichten depressiven und Fatigue- Symptome noch leichte Einschränkungen bestünden, sollte der Arbeitsplatz das leicht reduzierte Durchhaltevermögen und bei längerer Arbeit reduzierte Konzentrationsvermögen berücksichtigen. 6.32 In der Stellungnahme vom 14. Januar 2016 (IV-Nr. 175) hielt Dr. med. R.____, RAD, fest, das Gutachten von PD Dr. med. T.____ sei umfassend und ausführlich. Gestützt auf eine ausführliche Anamneseerhebung und psychopathologische Befund-erhebung zeichne der Gutachter ein nachvollziehbares Bild des Beschwerdeführers und seines psychischen Zustandes. Er stelle die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), differentialdiagnostisch organische depressive Störung (ICD-10 F06.32). Die Depression stelle eine der häufigsten neuropsychiatrischen Begleiterkrankungen bei SLE dar. In der versicherungspsychiatrischen Beurteilung sei neben der rezidivierenden depressiven Störung aber auch die Fatigue-Symptomatik zu berücksichtigen. Eine Fatigue-Symptomatik finde sich häufig bei Patienten mit systemischem Lupus erythematodes (SLE) und sei

ätiologisch vermutlich auf immunologische und psychische Faktoren zurückzuführen. PD Dr. med. T.____ nehme sehr differenziert Stellung zur Arbeitsfähigkeit im aktuellen Zeitpunkt. Er führe auch aus, dass es in der Natur der Grunderkrankung liege, dass es in Zukunft im Zusammenhang mit Erkrankungsschüben mit hoher Wahrscheinlichkeit immer wieder zu vollständigen (vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeiten kommen und die berufliche Integration des Beschwerdeführers darum erschwert sein werde. Zum Zeitpunkt der Begutachtung, wo die depressive Symptomatik und die Fatigue-Symptomatik als leicht beurteilt würden, sei die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit in einer monotonen, mehrheitlich stehenden Tätigkeit um 20 - 30 %, in einer abwechslungsreichen, wechselbelastenden Tätigkeit um 15 - 20 % eingeschränkt. Durch die depressiven Episoden 2012 und 2014 sei der Beschwerdeführer, nach Meinung von PD Dr. med. T.____, während «längerer» Zeit in der angestammten und in Verweistätigkeiten arbeitsunfähig gewesen. Wie lange diese Einschränkungen von mehr als 20 % bestanden hätten, könne rückwirkend aber nicht mehr genau festgelegt werden. In Annäherung könne aufgrund der Akten eine mindestens mittelgradige depressive Episode mit jeweils deutlicher Fatigue von August 2012 bis Ende Jahr 2012 sowie von Juli 2014 bis Februar 2015 abgegrenzt werden. Im Rahmen des systemischen Lupus erythematodes sei die körperliche Belastbarkeit insgesamt vermindert. Mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar, in körperlich leicht belastenden Tätigkeiten, vorzugsweise in Wechselhaltung und ohne repetitive Überlastung des linken Handgelenkes sei aus rheumatologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Betreffend die Arbeitsunfähigkeit von 2010 bis April 2013 in der neu angestammten Tätigkeit als Techniker HF werde auf die RAD Stellungnahme von Dr. med. M.____ vom 29. April 2013 (vgl. E. II. 6.24 hiervor) verwiesen. Episoden mit hochgradiger oder vollständiger Arbeitsunfähigkeit seien mit grosser Wahrscheinlichkeit auch von August 2012 bis Dezember 2012 und von Juli 2014 bis Februar 2015 vorgelegen. Unabhängig von diesen Episoden mit höherer Arbeitsunfähigkeit sei die Arbeitsfähigkeit in einer abwechslungsreichen, wechselbelastenden, körperlich leichten Tätigkeit mit 80 - 85 % und in eher monotonen, mehrheitlich stehenden Tätigkeiten mit 70 - 80 % zu beziffern. Bezogen auf eine 40 Stunden Woche seien dem Beschwerdeführer andere leichte Arbeiten während mindestens 32 Stunden zumutbar. 6.33 Dr. med. AV.____, Facharzt FMH für Orthopädie und Traumatologie, AW.____, hielt in der Patientenakte des Beschwerdeführers betreffend den 8. April 2016 (Beschwerdebeilage Nr. 3) folgende Diagnosen fest: 1. Hartnäckige Periostitis Tibia beidseits (rechts > links) 2. Ausgeprägte Varusachse beidseits (links > rechts) 3. Status nach VKB-Rekonstruktion rechts 2013 BTB Nebendiagnose – Systemischer Lupus (Behandlung USB) Zum «Befund» wurde Folgendes festgehalten: Varische Beinachse mit Interkondylenabstand 4QF. Beinlängendifferenz links +4 mm im Oberschenkel, Knie beidseits: kein Erguss. Meniskuszeichen jeweils negativ. Links Lachman negativ. Pivot shift negativ, rechts Lachman + mit festem Anschlag, Pivot shift negativ. Kollateralbandapparat stabil. Patella verschieblich. US beidseits: Massiver Druckschmerz mediale Tibiakante vom mittleren Drittel nach distal reichend. Jeweils verhärtete Muskulatur medial paratibial. Mit Eintragung vom 1. September 2016 wurde zudem festgehalten, dass die Physio-therapie nach zwei Verordnungen abgeschlossen worden sei. Diese habe nur mässig geholfen. Der Schmerz sei zwar nicht mehr so häufig aufgetreten, und wenn er komme, dann verschwinde er auch wieder schneller. Die Qualität und Intensität hätten nicht beeinflusst werden können. Der Beschwerdeführer habe ein Heimprogramm zur Stabilisierung der USG / OSG / Kg sowie ein Detonisierungsprogramm

mittels Blackroll, Tennisball und Dehnübungen erhalten. Der Beschwerdeführer spiele immer noch Handball und könne die Schmerzen mittels Kühlung vor und nach den Trainings ertragen. 7. Aus den vorliegenden medizinischen Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer seit 2007 (Erstdiagnose) unter einem systemischen Lupus erythematosus (SLE) leidet. Dies ist eine entzündliche Erkrankung, bei welcher das Immunsystem Gewebe des eigenen Körpers angreift. Man spricht daher von einer Autoimmunerkrankung (einer Immunerkrankung, die sich gegen den eigenen Körper richtet). Beim SLE können praktisch alle Organe befallen werden, da diese aus Zellen mit Zellkernen bestehen. Der Einbezug verschiedener Organsysteme ins Krankheitsgeschehen variiert aber von Patient zu Patient (vgl. https://www.rheumaliga.ch/assets/doc/ZH_Dokumente/Broschueren-Merkblaetter/Krankheitsbilder/Lupus.pdf, zuletzt besucht am 11. April 2018). Ebenfalls unbestritten ist, dass sich der Beschwerdeführer im Oktober 2009 beim Handballspielen eine Scaphoidfraktur am linken Handgelenk zuzog, die in der Folge aufgrund des schwierigen Heilungsverlaufs am 2. Februar 2010, 17. Mai 2010 und am 13. September 2010 jeweils operativ versorgt werden musste. Weiter ist in den Akten eine psychiatrische gesundheitliche Beeinträchtigung zu entnehmen, wobei die Erstdiagnose der mittelgradigen depressiven Episode am 18. Juli 2012 gestellt wurde. Die ebenfalls dokumentierten Verletzungen am linken Knie des Beschwerdeführers (vgl. E. II. 6.21 und 6.26 hiervor) führten am 5. November 2013 zu einer Kreuzbandrekonstruktion (vgl. E. II. 6.28 hiervor und Protokolleintrag vom 24. September 2013). Diese heilte im weiteren Verlauf indes vollständig ab (vgl. E. II. 6.29 hiervor). 8. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 16. September 2016 im Wesentlichen auf die beiden Gutachten von Dr. med. N.____ vom 19. Januar 2015 und Dr. med. T.____ vom 30. Oktober 2015 (vgl. E. II. 6.29, 6.31 hiervor) abstellt, ist zunächst zu prüfen, ob diesen voller Beweiswert zukommt:

8.1 Die von Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Innere Medizin spez. Rheumaerkrankungen, und Dr. med. T.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, verfassten Gutachten werden den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.2 hiervor) in allen Punkten gerecht. So beruhen die Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem der Beschwerdeführer durch die beiden Gutachter je einer umfassenden Exploration unterzogen wurde (IV-Nrn. 150.1 S. 3 ff., 169 S. 9 ff.), womit auch seine subjektiv geklagten Beschwerden in die Beurteilungen mit eingeflossen sind. Zudem fanden am 19. Januar 2015 eine Laboruntersuchung sowie eine radiologische Untersuchung der linken Hand statt (IV-Nr. 150.1 S. 6, 7 unten) und am 8. Oktober 2015 wurden verschiedene psychiatrische Testuntersuchungen durchgeführt (IV-Nr. 169 S. 18). Zusätzlich führten beide Gutachter je eine klinische Untersuchung durch (IV-Nrn. 150 S. 5 f., 169 S. 16 f.). Durch das Zusammentragen der wichtigsten rheumatologischen Akten, der radiologischen Untersuchungen und des Aktenauszugs aus den psychiatrisch relevanten Akten je in chronologischer Reihenfolge (IV-Nrn. 150.1 S. 1 f. und 7, 169 S. 5 ff.) wurden die Gutachten zudem in Kenntnis der relevanten Vorakten (Anamnese) abgegeben. Zudem gingen die Gutachter auf die ihren Diagnosen entgegenstehenden Befunde in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise ein, wodurch die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten: So führte Dr. med. N.____ aus, im Rahmen der aktuellen rheumatologischen Begutachtung könne sowohl aufgrund der subjektiven Angaben als auch aufgrund der klinischen Befunde und den aktuell durchgeführten Laboranalysen mit hoch normalen humoralen Entzündungsparametern bezüglich systemischem Lupus erythematosus von einem Zustand in Remission

ausgegangen werden (IV-Nr. 150.1 S. 10). Diese Einschätzung überzeugt aufgrund der bei der Laboruntersuchung vom 19. Januar 2015 (IV-Nr. 150.1 S. 6) festgestellten normalen Werte (BSR [Blutkörperchensenkungsreaktion] 7 mm / h, CRP [C-reaktives Protein] < 5 mg/l, Blutbild mit Leukozyten 6,0 G / l, Hb 15,6 g / dl, Thrombozyten 266 G / l. CK [Creatinkinase], alkalische Phosphatase, Serumharnsäure und Serumkreatinin allesamt im Normbereich und TSH basal 1,86 mU / l [0,1 - 4,0 mU / l] sowie aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers, wonach seit der Behandlung mit Benlysta (750 mg intravenös alle vier Wochen) seit September 2014, unterstützt mit Imurek und Plaquenil, ein erfreulicher Verlauf mit deutlicher Abnahme der primär im Vordergrund stehenden Fatigue-Symptomatik sowie deutlicher Regredienz der Gelenkbeschwerden, insbesondere im Bereich der Fingergelenke, mit nur noch geringgradiger Morgensteifigkeit sowie auch deutlicher Regredienz der Schmerzen ausgehend von den Arthralgien in den Füßen bestehe (IV-Nr. 150.1 S. 10). Letzteres ermögliche ihm eine verbesserte Belastbarkeit v.a. auch für stehende Tätigkeiten. Zudem gab er verminderte Kopfschmerzen und eine Verbesserung der psychischen Situation an. In Bezug auf die früher im Vordergrund gestandenen Handbeschwerden links führte der rheumatologische Gutachter in nachvollziehbarer Weise aus, diese stünden für den Beschwerdeführer derzeit im Hintergrund (IV-Nr. 150.1 S. 10). So sei klinisch lediglich noch ein Nachweis einer Druckdolenz im Bereich des Os scaphoideum bei ansonsten reizlosem Mittelhandbereich inkl. Handgelenk vorhanden. Als Residuum der stattgehabten Operation bestehe eine Funktionseinschränkung vorwiegend der Dorsalextension, sodass abstützbare Funktionen mit der linken ausgestreckten Hand nicht mehr vollumfänglich möglich seien. Diese Beurteilung leuchtet zum einen aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers ein, wonach er aktuell aufgrund der Handbeschwerden nicht mehr auf die Einnahme von Schmerzmittel in Form von NSAR angewiesen sei (IV-Nr. 150.1 S. 3, Mitte). Zum anderen wurden im Rahmen der klinischen Untersuchung (IV-Nr. 150.1 S. 5 f.) u.a. eine Druckdolenz solitär über dem Os scaphoideum sowie keine wesentlichen Funktionseinschränkungen der Ab- und Adduktion sowie der Pro- und Supination festgestellt und auch die Narben dorsal über dem Handgelenk links sowie volar seien reizlos. Aufgrund des ebenfalls festgestellten sehr gut erhaltenen Faustschlusses beidseits und dem dynamometrisch gemessenen Faustschluss rechts 40 / 350 mmHg und links 40 / 310 mmHg (IV-Nr. 150.1 S. 6 oben) ist die gutachterliche Einschätzung schlüssig, wonach beidseits insgesamt ein guter Faustschluss bestehe, derjenige links aber gegenüber der rechten Seite leicht vermindert sei (IV-Nr. 150.1 S. 10 unten). Der festgestellte Schweregrad einer gegenwärtig leichten Episode der im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung von Dr. med. T. ___ diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung (DD: organische depressive Störung; IV-Nr. 169 S. 23) ist aufgrund der bei der Exploration festgestellten «psychiatrischen Befunde» (IV-Nr. 169 S. 16 f.) nachvollziehbar. So wurde dort u.a. festgehalten, der Beschwerdeführer sei wach, zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person voll orientiert, das Bewusstsein sei ungetrübt, es bestünden keine Auffassungsstörungen, das formale Denken sei im Gedankengang kohärent und nachvollziehbar und es seien weder inhaltliche Denkstörungen noch Zwangsgedanken, -impulse, oder -handlungen vorhanden. Zudem bestünden keine Ich-Störungen oder Sinnesstörungen. Die Konzentration und die Merkfähigkeit über einen Zeitraum von zehn Minuten seien leicht vermindert. Der Affekt sei leicht bis mittelgradig zum depressiven Pol hin ausgelenkt. Die Schwingungsfähigkeit sei leicht und die Hedoniefähigkeit leicht bis mittelgradig reduziert. Es bestehe eine leicht bis mittelgradige Hoffnungslosigkeit mit mittel ausgeprägten Zukunftsängsten. Zudem seien Insuffizienz- und Schuldgefühle in

leicht bis mittelgradiger Ausprägung vorhanden. In Bezug auf die Ergebnisse der durchgeführten Testpsychologischen Untersuchungen (Beck-Depressions-Inventar II [BDI II] mit 25 Punkten, Montgomery-Asberg Depression Rating Scala [MADRS] mit 22 Punkten, Hamilton Depressionsskala 17 Item-Version mit 11 Punkten, IV-Nr. 169 S. 18) führte der psychiatrische Gutachter aus, es hätten zwei von drei psychometrischen Instrumenten eine mittelschwere Diagnostik angezeigt, allerdings seien diese durch die SLE bedingte Fatigue verzerrt. Basiere man den aktuellen Schweregrad auf die vorhandene Psychopathologie ohne die Fatigue Symptomatik, zeige sich nur noch eine leichte Ausprägung (IV-Nr. 169 S. 21). Diese Einschätzung erscheint plausibel, da der Gutachter darlegte, dass sich die depressive Symptomatik und die Fatigue-Symptomatik in Bezug auf die gleichen Fähigkeiten des Patienten gegenseitig verstärkten (IV-Nr. 169 S. 25 Mitte). Die beiden Gutachten von Dres. med. N. ___ und T. ___ vom 19. Januar 2015 und 30. Oktober 2015 sind somit grundsätzlich beweiswertig.

8.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Beweiswert der Gutachten von Dres. med. N. ___ und T. ___ vom 19. Januar 2015 bzw. 30. Oktober 2015 durch die zeitlich vor diese verfassten Arztberichte geschmälert wird:

8.2.1 Es ist zunächst auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. N. ___ einzugehen: In Bezug auf die Berichte der behandelnden Rheumatologin Dr. med. D. ___ vom 10. Mai 2007, 13. Juni 2007, 10. September 2007, 16. März 2009 und vom 10. April 2012 (vgl. E. II. 6.1 ff., 6.5, 6.16 hiervor) ist festzuhalten, dass Dr. med. N. ___ in seinem Gutachten keine den Diagnosestellungen von Dr. med. D. ___ widersprechenden Diagnosen auswies. So bestätigte er zum einen das Vorliegen eines systemischen Lupus erythematosus und hielt fest, anfangs 2007 habe aufgrund einer deutlich erhöhten Blutsenkungsreaktion wie auch nachweisbarer hypochromer mikrozytärer Anämie eine positive Serologie für die Diagnose eines systemischen Lupus erythematosus bestanden (IV-Nr. 150.1 S. 9). Diese Ausführungen überzeugen, da Dr. med. D. ___ im Bericht vom 10. Mai 2007 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) einen dringenden Verdacht auf einen systemischen Lupus erythematosus diagnostizierte und eine Basistherapie einleitete. In sämtlichen weiteren Berichten bestätigte sie sodann diese Diagnose. So hielt sie bereits im Schreiben vom 13. Juni 2007 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) fest, es habe vor circa einem Monat die Diagnose eines systemischen Lupus erythematosus gestellt werden können. Die vom rheumatologischen Gutachter beschriebenen medizinischen Behandlungen mit primärem Einleiten einer Basistherapie mit Plaquenil, unterstützt durch perorale Kortikosteroid-Gabe, verschiedenen Basistherapeutika (u.a. Methotrexat wie später auch Cellcept mit immer wieder auch nötigen Kortikoidstoss-Behandlungen), lassen sich anhand der rheumatologischen Berichte von Dr. med. D. ___ ebenfalls verifizieren. So erwies sich die zu Beginn 2007 aufgrund der Polyarthritiden sofort eingeleitete Basistherapie mit Plaquenil (2 x 200 mg) sowie Spiricort (20 mg; vgl. E. II. 6.1 hiervor) zusammen mit einer systemischen Kortikosteroidtherapie zunächst als erfolgreich, da sich im September 2007 die Entzündungszeichen, die Anämie und die Gelenkschwellung zurückgebildet hatten (vgl. E. II. 6.2 hiervor). Aufgrund eines akuten Schubes der Gelenkentzündung im August 2008 wurde ein Kortikosteroidstoss verordnet, wobei sich die Gelenkschmerzen und die Schwellung bei Reduktion der Dosis sogleich wieder verstärkten (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Es wurde weiter mit Spiricort und Plaquenil behandelt. Da die wiederholt angesetzte Prednison-Therapie beim Beschwerdeführer wegen wiederholter Arthralgien nicht effektiv genug war, fand im Oktober 2011 ein Versuch mit Cellcept statt (vgl. E. II. 6.14 hiervor). Auch die weiteren Diagnosestellungen des rheumatologischen Gutachters betreffend die Os scaphoideum-Fraktur links im Jahr 2009 und die in der Folge verzögerte Heilung und

Ausbildung einer Pseudarthrose mit insgesamt drei operativen handchirurgischen Interventionen (vgl. IV-Nr. 150.1 S. 9) stimmen mit den Diagnosestellungen von Dr. med. D.____ überein. So wies sie im Verlaufsbericht vom 10. April 2012 (vgl. E. II. 6.16 hiervor) die Diagnose einer «Scaphoid-Fraktur wahrscheinlich im Oktober 2009, Diagnosestellung im Januar 2010, Operation und 2. Operation am 17. Mai 2010, 3. Operation im September 2010» aus. Die erschwerte Heilung dieser Fraktur ist insbesondere den medizinischen Berichten vom 1. und 29. September 2010 und 17. März 2011 zu entnehmen (vgl. E. II. 6.9 ff. hiervor), indem von einer fehlenden Konsolidation ausgegangen wurde, die durch das bildgebende Verfahren vom 17. März 2011 objektiviert werden konnte. Anlässlich der am 26. Juli 2011 durchgeführten Röntgenaufnahme (vgl. E. II. 6.13 hiervor) zeigte sich sodann eine stabile Situation des Skaphoids mit weiteren Zeiten fortschreitenden Durchbaus. Eingehend auf die Verletzungen an den unteren Extremitäten des Beschwerdeführers hielt Dr. med. D.____ in ihrem Bericht vom 10. Mai 2007 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) fest, es bestehe ein «Status nach Muskelfaserriss des M. semimembranosus und Caput breve des Biceps femoris links März 2007». Im Rahmen der am 5. Dezember 2012 bzw. am 22. August 2013 (vgl. E. II. 6.21, 6.25 hiervor) durchgeführten MRT konnten zudem u.a. ein mittelvolumiges Hämatom im Bereich von Musculus vastus intermedius links sowie eine Partialruptur bzw. ausgeprägte Zerrung des vorderen Kreuzbandes objektiviert werden. Letzteres wurde sodann im November 2013 operativ versorgt (vgl. E. II. 6.28 hiervor). Diesbezüglich hielt Dr. med. N.____ fest, der Beschwerdeführer habe im Rahmen des Handballsports zusätzliche anderweitige Verletzungen erlitten, u.a. eine muskuläre Oberschenkeleinblutung links in den Jahren 2007 und 2011, letzteres mit Entwicklung eines Kompartmentsyndroms und schliesslich notwendiger Hämatom-Ausräumung. Zudem werde eine unklare Kniebeuger-Parese links beschrieben, welche vom Beschwerdeführer jedoch nicht explizit erwähnt werde und auch in der aktuellen Begutachtung nicht im Sinne einer relevanten Diagnose objektiviert werden könne (IV-Nr. 150.1 S. 9 f.). Diese Ausführungen können nachvollzogen werden, da bei der rheumatologischen Untersuchung der Gelenke der unteren Extremitäten festgehalten wurde, dass die Kniegelenke beidseits reizlos seien, keine Hinweise auf Gelenksinnenläsionen oder Bandinstabilität beständen und die Kniegelenksfunktion uneingeschränkt sei (vgl. IV-Nr. 150.1 S. 6). Auch die OSG und USG seien beidseits unauffällig mit uneingeschränkter Funktion, fraglich leicht vermehrte Supination im Sinne einer tendenziell allgemeinen Bandlaxität. Die Unterschenkelmuskulatur beidseits sei ohne lokale Druckdolenz oder Resistenz. Folglich hat sich der Gutachter auch damit auseinandergesetzt. Den Berichten der behandelnden Rheumatologin Dr. med. D.____ lassen sich somit keine den Beweiswert des rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. N.____ schmälern Feststellungen oder Diagnosen entnehmen.

8.2.2 Es ist auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. T.____ einzugehen: 8.2.2.1 In Bezug auf den Arztbericht vom 19. Juli 2012 (vgl. E. II. 6.18 hiervor), in welchem die Diagnose einer «mittelgradigen depressiven Störung (Erstdiagnose 18. Juli 2012)» erstmals ausgewiesen wurde, ist festzuhalten, dass die beiden Ärzte Dres. med. AI.____ und AJ.____ auf die medizinischen Fachgebiete der Rheumatologie bzw. Infektiologie spezialisiert sind und somit der durch sie erfolgten psychiatrischen Diagnosestellung kaum Beweiswert zukommt. In diesem Sinne hielten sie auch fest, die Evaluation der Arbeitsfähigkeit wegen der mittelgradigen depressiven Störung werde dem Kollegen der Psychiatrie überlassen. Da sich die beiden Ärzte im Bericht vom 19. Juli 2012 auch nicht substantiiert mit dieser Diagnose befasst haben, bleibt unklar, auf welchen Befunden diese beruht. Es ist deshalb nicht weiter auf diese einzugehen. Ähnlich verhält es

sich auch in Bezug auf den ambulanten Bericht vom 24. September 2012 (vgl. E. II. 6.20 hiervor), in welchem die ebenfalls auf somatische Fachgebiete der Inneren Medizin bzw. Infektiologie spezialisierten Ärzte Prof. Dr. med. AX.____ und Dr. med. AJ.____ die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung (Erstdiagnose 18. Juli 2012) bestätigten. Obschon aus dem Bericht hervorgeht, dass eine psychiatrische Beurteilung erfolgt sei, finden sich im Bericht diesbezüglich keine weiteren Angaben. Daher ist auch auf diesen Bericht nicht weiter einzugehen. Folglich vermögen die beiden Berichte des AE.____ vom 19. Juli 2012 und 24. September 2012 den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. T.____ nicht zu schmälern.

8.2.2.2 Der den Beschwerdeführer von August bis Dezember 2012 behandelnde Psychologe Dr. phil. AN.____ stellte im Arztbericht vom 13. April 2013 (vgl. E. II. 6.23 hiervor) die Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.10), seit August 2012» fest. Diese Diagnosestellung entspricht somit derjenigen von Dr. med. N.____, wobei einzig der festgestellte Schweregrad abweicht. So habe die zum aktuellen Begutachtungszeitpunkt vom Oktober 2015 vorhandene depressive Symptomatik für sich allein genommen momentan nur eine leichte Ausprägung gezeigt. Da sich Dr. phil. AN.____ mit der Diagnose indes nicht weiter auseinandersetzte, ist nicht nachvollziehbar, auf welche Befunde er sich dabei genau stützte. Daher ist auch der durch ihn als mittelgradige Episode bezeichnete Schweregrad der depressiven Störung nicht nachvollziehbar. Es bleibt im Weiteren fraglich, wie er zum Schluss gelangte, dass diese Diagnose seit August 2012 zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit führe. Da Dr. phil. AN.____ kein Facharzt der Psychiatrie ist, kommt seinen Aussagen im psychiatrischen Fachgebiet ohnehin reduziertes Gewicht zu. Damit vermag der Bericht von Dr. phil. AN.____ nicht zu überzeugen. Der Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. T.____ wird durch diesen jedenfalls nicht gemindert.

8.2.2.3 In Bezug auf den Bericht des den Beschwerdeführer seit 30. Juni 2014 behandelnden Psychiaters Dr. med. AR.____ (vgl. E. II. 6.27 hiervor) hielt Dr. med. T.____ u.a. fest, es würden im Bericht die schon in den Vorepisoden aufgetretenen Symptome aufgezählt. Nach den Regeln der ICD-10 seien nach den aufgezählten Symptomen eindeutig die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode erfüllt (IV-Nr. 169 S. 20 Mitte). Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. So führte Dr. med. AR.____ in seinem Bericht folgende Symptome auf: Motivations- und Freudverlust, Ein- und Durchschlafstörungen mit Früherwachen und folglich Notwendigkeit von Tagesnaps. Das Konzentrations- und Durchhaltevermögen sei stark beeinträchtigt, der Beschwerdeführer habe keinen Antrieb, um die körperliche Rehabilitation zu forcieren und damit auch die Möglichkeit zum Wiederbeginn mit Sport. Diese Symptome wurden bereits im ambulanten Bericht vom 24. September 2012 (vgl. E. II. 6.20 hiervor) festgehalten. So beklagte der Beschwerdeführer damals Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Schlafstörung, Antriebslosigkeit sowie Reizbarkeit. Eingehend auf die durch Dr. med. AR.____ festgestellte Verdachtsdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung legte Dr. med. T.____ in nachvollziehbarer Weise fest, die Wortwahl «Verdacht auf» werde im Rahmen einer differentialdiagnostischen Überlegung bezüglich der Verursachung der depressiven Symptome durch den SLE selbst oder eines in dieser Zeit angewandten Immunsuppressivums (Imurek) benutzt. Somit beziehe sich die Wortwahl «Verdacht auf» wohl eher auf die kausale Zuweisung und Klassifikation entweder als depressive Episode oder als Teil des SLE / der Immunsuppression als auf einen Zweifel an den Symptomen selbst. Sollten die depressiven Symptome durch den SLE oder ein Medikament verursacht sein, müssten diese nämlich nach den Regeln des ICD-10 nicht

unter einer depressiven Episode, sondern unter einer organisch depressiven Störung (ICD-10 F06.32) klassifiziert werden (IV-Nr. 169 S. 20 Mitte). Diese gutachterlichen Ausführungen sind nachvollziehbar und schlüssig. Ihnen kann gefolgt werden. So hielt Dr. med. AR. ___ auf S. 4 seines Berichts (IV-Nr. 141) explizit fest, der Beschwerdeführer leide an einer mittelgradigen Depression. Somit werden die beweismässigen gutachterlichen Ausführungen und die Diagnosestellung von Dr. med. T. ___ durch den Bericht von Dr. med. AR. ___ vom 18. August 2014 nicht beeinträchtigt.

8.2.2.4 Im psychiatrischen Teilgutachten vom 7. April 2015 (vgl. E. II. 6.29 hiervor) wies Dr. med. O. ___ die Diagnosen einer «leichten Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2)» und eines «Status nach möglicher depressiver Episode (ICD-10 F32)» aus. Diesbezüglich hielt Dr. med. T. ___ in überzeugender Weise fest, eine Anpassungsstörung sollte nach den Regeln des ICD-10 nur dann diagnostiziert werden, wenn die Kriterien für keine andere spezifische ICD-10 Diagnose erfüllt würden (IV-Nr. 169 S. 20 unten). Falls man von einem möglichen Zusammenhang mit dem SLE oder der hierzu gehörigen Medikation absehe, könne eindeutig nach den Regeln des ICD-10 eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert werden, wobei bereits mehrere mittelgradige Episoden vorgelegen hätten (IV-Nr. 169 S. 21). Zum Begutachtungszeitpunkt sei nur noch eine leichte depressive Symptomatik festzustellen, womit aktuell nur noch eine leichte Episode zu diagnostizieren sei. Im Gutachten von Dr. med. O. ___ stelle dieser seine diagnostischen Überlegungen bezüglich der Vergangenheit ausschliesslich aufgrund der wenigen psychiatrischen Berichte in den Akten. Diese Ausführungen erscheinen korrekt. So stütze sich Dr. med. O. ___ in seinem psychiatrischen Gutachten weder auf Ergebnisse durchgeführter psychiatrischer Untersuchungsverfahren noch auf eine substanziierte Erhebung von psychiatrischen Befunden (vgl. IV-Nr. 150.1 S. 15). Deshalb ist davon auszugehen, dass er seine Beurteilung einzig aufgrund der geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers und der Auszüge aus den psychiatrisch relevanten Unterlagen (IV-Nr. 105.1 S. 12 f.) vornahm. Gemäss Dr. med. T. ___ würden die wichtigsten psychiatrischen Berichte (IV-Nrn. 127, 141; vgl. E. II. 6.23 und 6.27 hiervor) nicht korrekt wiedergegeben. So würden im Gutachten bezüglich des IV-Dokuments Nr. 127 (Arztbericht von Dr. phil. AN. ___ vom 13. April 2013, E. II. 6.23 hiervor) nicht die erhobenen Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen für die depressive Stimmung berücksichtigt. Weiter werde die dort beschriebene Schwankung in der Leistungsfähigkeit willkürlich interpretiert und hieraus eine schwankende Arbeitsfähigkeit mit Widerspruch zur dort bescheinigten 100%igen Arbeitsfähigkeit konstruiert. Zu beachten sei hierbei, dass nur aufgrund einer schwankenden Symptomatik ohne genaue Beschreibung keinerlei Rückschlüsse auf die hierdurch verursachte Arbeitsunfähigkeit möglich sei. Es sei zwar tatsächlich festzustellen, dass das IV-Dokument Nr. 127 nur sehr ungenaue und oberflächliche Beschreibungen der Problematik biete. Allerdings könne hieraus nicht schlussgefolgert werden, dass die bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht glaubhaft sei. Im Bericht wie auch in den restlichen Akten fänden sich keine Hinweise, dass an der bescheinigten Arbeitsunfähigkeit Zweifel anzubringen wären. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. So setzte sich Dr. med. O. ___ in seinem Gutachten weder mit den durch Dr. phil. AN. ___ erhobenen Befunden gemäss HAMD (20) und BDI (21; vgl. IV-Nr. 127 S. 2) noch mit der Diagnose einer depressiven Störung auseinander. So hielt Dr. med. O. ___ insbesondere fest, es sei denkbar, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit «eher» eine Anpassungsstörung aufgewiesen habe und sich die Ausstellung der Arbeitsunfähigkeit durch die psychosoziale Situation begründen lasse (IV-Nr. 150.1 S. 18 oben). Die Einschätzungen von Dr. med.

O.____ überzeugen nicht. Ihnen kann nicht gefolgt werden. Auch bezüglich des zweiten wichtigen psychiatrischen Dokuments in den IV-Akten, Nr. 141 (Bericht von Dr. med. AR.____ vom 30. Juni 2014, E. II. 6.27 hiervor) hielt Dr. med. T.____ fest, dieses Dokument finde nur ungenügend Eingang in die Beurteilung von Dr. med. O.____. So stütze er seine Ablehnung einer rezidivierenden depressiven Erkrankung u.a. darauf, dass im IV-Dokument Nr. 141 nur vom «Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung» gesprochen werde, wobei er jedoch unterschläge, dass dies im Rahmen einer differentialdiagnostischen Abklärung erfolgt sei. Zudem ignoriere Dr. med. O.____ die im IV-Dokument Nr. 141 ausführlich geschilderten Symptome, welche sehr wohl eine Überprüfung der Diagnose nach den Regeln des ICD-10 gestatten würden. Auch diese Einschätzungen von Dr. med. T.____ erweisen sich als korrekt. So hielt Dr. med. O.____ betreffend den Bericht vom 18. August 2014 (vgl. E. II. 6.27 hiervor) fest, obschon dieser etwas ausführlicher als jener vom 13. April 2013 sei, werde doch einzig eine Verdachtsdiagnose gestellt (IV-Nr. 150.1 S. 18). Da eine weitergehende Auseinandersetzung mit dem Bericht von Dr. med. AR.____ vom 18. August 2014 fehlt, kann nicht nachvollzogen werden, wie Dr. med. O.____ auch hier zum Schluss kam, dass damals differentialdiagnostisch eine Anpassungsstörung vorgelegen habe. Aufgrund dieser Ausführungen kann auch seiner anschliessenden Schlussfolgerung, wonach die Kriterien für eine dauerhafte depressive Störung heute nicht erfüllt seien (IV-Nr. 150.1 S. 18) nicht gefolgt werden. Ein weiterer Mangel am Gutachten von Dr. med. O.____ besteht gemäss Dr. med. T.____ darin, dass dieser den Beschwerdeführer selbst nicht zur genauen psychiatrischen Krankheitsentwicklung befragt, sondern sich fast ausschliesslich auf die Erhebung der psychiatrischen Symptomatik am Tag der Begutachtung beschränkt habe (IV-Nr. 169 S. 22). Für ein psychiatrisches Gutachten seien jedoch alle Informationsquellen zu erheben und in die Bewertung einzubringen. Hierzu gehöre insbesondere eine ausführliche Anamnese der Krankheitssymptome über den gesamten Krankheitsverlauf, welche dem Gutachten von Dr. med. O.____ fehle. Es fehlten auch jegliche differentialdiagnostischen Überlegungen über den Zusammenhang zwischen der Grunderkrankung des SLE und depressiver Symptome. In diesem Sinn hielt auch bereits die RAD-Ärztin Dr. med. R.____ in ihrer Stellungnahme vom 1. Juli 2015 (vgl. E. II.

E. 12

[: 40 x 41,3] [: 103,5 x 104,2] davon 80 %).

Der Beschwerdeführer bringt vor (A.S. 31), da die bisherigen beruflichen Massnahmen eindrücklich aufgezeigt hätten, dass ganz offensichtlich auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keine Arbeitsplätze mit entsprechenden Schonkriterien vorhanden seien und schon gar nicht Teilzeitarbeitsplätze in der Branche, in der der Beschwerdeführer ursprünglich tätig gewesen sei, sei beim Invalideneinkommen nicht, wie dies die Beschwerdegegnerin gemacht habe, von einem spezifischen Sektor bzw. einer einzelnen Branche auszugehen, sondern vom Total der Werte. Dazu kann festgehalten werden, dass die Rechtsprechung für die Bestimmung des Invalideneinkommens anhand von Tabellenlöhnen in der Regel die Monatslöhne gemäss LSE-Tabelle TA1 anwendet (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftsabteilungen, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht ■ Privater Sektor), Zeile «Total». Bisweilen wird aber auch auf Löhne einzelner Sektoren (Sektor 2 «Produktion» oder 3 «Dienstleistungen») oder gar auf einzelne Branchen abgestellt, wenn dies als sachgerecht erscheint, um der im Einzelfall zumutbaren erwerblichen Verwertung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit

Rechnung zu tragen. Dies geschieht namentlich bei Personen, die vor der Gesundheitsschädigung lange Zeit in diesem Bereich tätig gewesen sind und bei denen eine Arbeit in anderen Bereichen kaum in Frage kommt. (Urteil des Bundesgerichts vom 8C_910/2013 vom 15. Mai 2014 E. 3.1.2.1 m.w.H.). Es ist im vorliegenden Fall davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über eine langjährige Erfahrung im Bereich des verarbeitenden Gewerbes verfügt. So hat der Beschwerdeführer 2003 die Lehre als Polymechaniker abgeschlossen. Diese berufliche Tätigkeit beinhaltet die Beteiligung an der Entwicklung, Herstellung und Montage von Werkzeugen, Geräteteilen oder ganzen Produktionsanlagen (vgl. <https://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?id=3656>, zuletzt besucht am 13. April 2018). Anschliessend arbeitete er ■ mit Ausnahme von Februar 2004 bis Januar 2005 (Sprachaufenthalt und Durchdiener) ■ bis 31. Januar 2008 auf diesem Beruf. Folglich ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf den Sektor 2 «Produktion» und dort auf die Ziff. 10 - 33 («verarbeitendes Gewerbe; Herstellung von Waren») bzw. Ziff. 15 - 37 («verarbeitendes Gewerbe/Industrie») abgestellt hat.

10.2.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ 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 S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1).

Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Dies ist vorliegend nicht der Fall, da der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 32 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer Schweizer Bürger ist (IV-Nrn. 67, 96) und somit im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Beim Beschwerdeführer werden zudem keine mangelnden Sprachkenntnisse dokumentiert. Diese wären auch nicht geeignet, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin diesbezüglich keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hat.

Der Beschwerdeführer beantragt einen Abzug vom Tabellenlohn von 25 % (A.S. 31 f.), da aufgrund der regelmässig mit Sicherheit auftretenden massiven Krankheitsschüben mit längeren Arbeitsplatzabwesenheiten und voller Arbeitsunfähigkeit zu rechnen sei. So sei der Beschwerdeführer lediglich in der Lage, leichte Hilfsarbeitertätigkeiten auszuüben. Das Kriterium der leichten Hilfsarbeitertätigkeiten hat die Beschwerdegegnerin indes bereits

hinreichend berücksichtigt, indem sie beim Invalideneinkommen jeweils die Niveau 4 bzw. 1 herangezogen hat (vgl. E. II. 10.2.1 hiervor), der einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art entsprechen. Es ist daher nicht weiter auf dieses Vorbringen einzugehen.

10.3 Damit ergibt sich für die Zeitspanne ab 1. Mai 2008 bei einem Valideneinkommen von CHF 62'400.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 63'234.00 keine Erwerbseinbusse und damit ein IV-Grad von 0 %. Ab 8. Februar 2010 ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 71'901.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 32'556.00 eine Erwerbseinbusse von CHF 39'345.00 und damit ein IV-Grad von gerundet 55 %. Ab 20. August 2010 besteht kein Invalideneinkommen und damit ein IV-Grad von 100 %. Ab 1. Juni 2011 ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 72'692.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 51'801.00 eine Erwerbseinbusse von CHF 20'891.00 und damit ein IV-Grad von gerundet 29 %. Ab 18. Juli 2012 besteht wiederum kein Invalideneinkommen, was einem IV-Grad von 100 % entspricht. An 13. Januar 2013 ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 74'489.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 53'504.00 eine Erwerbseinbusse von CHF 20'504.00 und damit ein IV-Grad von gerundet 28 %. Ab 1. Juli 2014 beträgt das Invalideneinkommen CHF 0.00, was einem IV-Grad von 100% entspricht. Ab 28. Februar 2015 ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 74'991.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 54'146.00 eine Erwerbseinbusse von CHF 20'845.00 und damit ein IV-Grad von gerundet 28 %.

10.4 Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) hat der Beschwerdeführer somit ab 1. Mai 2010 Anspruch auf eine halbe Rente und vom 1. November 2010 bis 31. August 2011, vom 1. Oktober 2012 bis 30. April 2013 und vom 1. Oktober 2014 bis 31. Mai 2015 jeweils Anspruch auf eine ganze Rente. Die Berechnungen der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 16. September 2016 (A.S. 8) sind folglich nicht zu beanstanden.

11. Es ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, insbesondere auf eine Umschulung, hat (vgl. E. II. 3 hiervor). Ein Anspruch auf Umschulung kommt grundsätzlich in Frage, da beim Beschwerdeführer ab 1. Juni 2015 ein IV-Grad von 28 % (vgl. E. II. 10.3 hiervor) besteht (vgl. E. II. 3.2 hiervor).

11.1 In den vorliegenden Akten präsentiert sich betreffend die bisher durchgeführten Eingliederungsmassnahmen folgendes Bild: Die dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 19. Oktober 2007 (IV-Nr. 29) durch die IV-Stelle [...] vom 19. Oktober 2007 bis 30. September 2010 zugesprochene Umschulung zum Automatiktechniker (vgl. Eingliederungsplan vom 19. Oktober 2007, IV-Nr. 45) wurde mit Verfügung vom 14. Mai 2008 abgebrochen (IV-Nr. 54). Denn der Beschwerdeführer halte die im Eingliederungsplan erwähnte Massnahme der Organisation eines Beistandes und den ebenfalls formulierten, zwingenden regelmässigen Kontakt nicht ein. So habe er viermal nicht erreicht werden können. Durch das Nichteinhalten der Regeln werde das Ziel einer erfolgreichen Eingliederung gefährdet. Da der Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 20. März 2008 (IV-Nr. 51) auf die Folgen des Nichteinhaltens dieser Anforderungen aufmerksam gemacht wurde, hat die IV-Stelle des Kantons [...] das Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG korrekt durchgeführt. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass sie mit Verfügung vom 14. Mai 2008 die beruflichen Massnahmen eingestellt hat.

Nach der Neuanmeldung bei der Beschwerdegegnerin vom 19. März 2009 (IV-Nr. 60) wurden dem Beschwerdeführer Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Coachings bei der G.____ und der H.____ zugesprochen (IV-Nrn. 82, 86, 93) und die Schulkosten für drei Semester als Automatiklehrer HF bei der E.____ übernommen (IV-Nr. 91). Der Beschwerdeführer war ab 1. Januar 2010 bei der Firma I.____ beschäftigt. Dieses Arbeitsverhältnis wurde aufgrund der länger dauernden Arbeitsunfähigkeit infolge der Handgelenksverletzung des Beschwerdeführers sowie wegen Problemen mit dem Vorgesetzten per 31. Januar 2011 aufgehoben (IV-Nr. 179). Die berufliche Eingliederung wurde sodann mit Abschlussbericht vom 20. April 2011 (IV-Nr. 110) beendet. Sobald sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers stabilisiert habe und er bei der Stellensuche wieder Bedarf habe, seien berufliche Massnahmen erneut zu prüfen.

Seit Oktober 2012 war der Beschwerdeführer bei der Q.____ gemeldet (vgl. Protokolleintrag vom 24. August 2013), in dessen Rahmen er bei der BD.____ ein Assessment absolvierte. Am 7. März 2014 wurde eine Beratung bei der Berufs- und Laufbahnberatung durchgeführt (IV-Nr. 137) und am 28. April 2014 fand ein Gespräch in der Q.____ statt (Protokolleintrag vom 28. April 2014). Der Beschwerdeführer lehnte ein Angebot eines intensiven, täglichen Jobcoachings ab und zeigte kein Interesse an diesem Vorschlag. Er wurde als abwehrend und blockiert beschrieben. Anlässlich des Zwischengesprächs in der Q.____ vom 10. Juli 2014 wurde festgehalten (Protokolleintrag vom 10. Juli 2014), der Beschwerdeführer sei einen Monat im [...] gewesen und habe sein Bewerbungsdossier optimiert. Der Fokus liege momentan auf der gesundheitlichen Situation. Mit Abschlussbericht vom 5. November 2014 (IV-Nr. 147) hielt die Eingliederungsfachfrau P.____ fest, der Beschwerdeführer sei während der Zeit der Eingliederung distanziert und sarkastisch erlebt worden. Die Hoffnung, eine Stelle zu finden, sei kaum vorhanden gewesen. Sein Fokus auf das Negative überwiege mehrheitlich und erschwere die Eingliederung vehement. Die Stellenvermittlung sei während angemessener Zeit betreut und überwacht worden. Trotz Bemühungen der Beschwerdegegnerin und der Q.____ habe keine Arbeitsstelle gefunden werden können. Daran hielt die Eingliederungsfachfrau P.____ sodann auch in der Aktennotiz vom 4. April 2016 (IV-Nr. 181) fest. Eine Umschulung aufgrund mehrfacher Versuche sei nicht mehr angezeigt. Massnahmen zur Unterstützung der Stellensuche seien vollumfänglich ausgeschöpft.

11.2 Damit ergibt sich zusammenfassend, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer in Bezug auf die berufliche Eingliederung während längerer Zeit betreut hat. Die dem Beschwerdeführer gewährte Umschulung zum Automatiklehrer HF konnte dieser nicht abschliessen, da er die Diplomarbeit infolge fehlender Arbeitsstelle nicht verfasst hat (vgl. IV-Nr. 137, Protokolleintrag vom 28. April 2014). Den theoretischen Teil der Umschulung schloss der Beschwerdeführer indes erfolgreich ab (vgl. Protokolleintrag vom 9. November 2010). Die Suche nach einer passenden Arbeitsstelle gestaltet sich ■ wie in den vorliegenden Akten dokumentiert ■ für den Beschwerdeführer wegen seiner gesundheitlichen Einschränkungen schwierig. Aufgrund der mit dem Beschwerdeführer durchgeführten Coachings anlässlich der beruflichen Eingliederung ist davon auszugehen, dass er grundsätzlich in der Lage wäre, sich selbstständig um eine Arbeitsstelle zu bemühen. Zudem wurde der Beschwerdeführer anlässlich des Gesprächs vom 28. April 2014 (Protokolleintrag) als nicht motiviert beschrieben. So lehnte er bspw. das Angebot eines intensiven Jobcoachings, das ihm beim Finden eines neuen Arbeitspraktikums helfen könnte, ab. Es gelang ihm dann doch, für einen Monat im [...] Hilfe zu beanspruchen und

sein Bewerbungsdossier zu optimieren (vgl. Protokolleintrag vom 10. Juli 2014). Die Unterstützung wurde sodann per 10. Juli 2014 abgebrochen, da der Fokus momentan mehr auf der gesundheitlichen Problematik als auf der Stellensuche liege. Die Eingliederungsfachfrau P.____ hielt im Abschlussbericht vom 5. November 2014 (IV-Nr. 147) fest, der Beschwerdeführer sei während der Zeit der Eingliederung als distanziert und sarkastisch erlebt worden. Die Hoffnung, eine Stelle zu finden, sei kaum vorhanden gewesen. Sein Fokus auf das Negative überwiege mehrheitlich und die Eingliederung sei vehement erschwert. Dies bestätigte die Eingliederungsfachfrau P.____ auch in ihrer Aktennotiz vom 4. April 2016 (IV-Nr. 181), in welcher sie zudem festhielt, dass die Eingliederung infolge fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit per 5. November 2014 beendet worden sei. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer ab Juli 2014 an einer mittelschweren depressiven Episode litt, durch welche seine Arbeitsfähigkeit hochgradig eingeschränkt war (IV-Nrn. 141, 169 S. 20 ff., 175 S. 2). Zudem stand im Juli 2014 ein stationärer Aufenthalt in einer Tagesklinik in [...] zur Diskussion (vgl. Protokolleintrag vom 10. Juli 2014). Für diese Zeit wurde denn auch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. E. II. 9.1 hiervor). Somit sind die Eindrücke der Eingliederungsfachfrau P.____ vom 5. November 2014, wonach ihr der Beschwerdeführer distanziert, sarkastisch und hoffnungslos erschienen sei, in diesem Zusammenhang zu sehen und mit der psychischen Krankheit gut zu erklären. Zudem gibt es aus dem Jahr 2014 auch andere Signale: Im Bericht des vom 10. Juni 2014 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) wird ausgeführt, der Beschwerdeführer zeige sich motiviert, um sich im Arbeitsmarkt zu integrieren. Soweit ersichtlich, führte die Eingliederungsfachfrau P.____ mit dem Beschwerdeführer im Jahr 2016 kein erneutes Gespräch, sondern stützte ihre Stellungnahme im Rahmen der Aktennotiz vom 4. April 2016 einzig auf die bisherigen Akten (IV-Nr. 181). Es kann daher im hier massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. September 2016 beim Beschwerdeführer nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem fehlenden subjektiven Eingliederungswillen ausgegangen werden. Dies bestätigte der Beschwerdeführer im Übrigen auch in der Beschwerdeschrift vom 17. Oktober 2016 (A.S. 25 Mitte), indem er darlegte, für weitere berufliche Massnahmen motiviert zu sein. Es ist auch in objektiver Hinsicht ein Eingliederungsbedürfnis erstellt. So führte Dr. med. T.____ im psychiatrischen Gutachten vom 30. Oktober 2015 (vgl. E. II. 6.31 hiervor) aus, dass die Integration des Beschwerdeführers in den freien Arbeitsmarkt aufgrund der episodisch verlaufenden somatischen Erkrankung erheblich erschwert sei. Er erhalte deshalb immer wieder Absagen. Somit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf berufliche Massnahmen. Die Beschwerdegegnerin hat dieses Leistungsbegehren daher zu Unrecht abgewiesen. Damit ist die Beschwerde in diesem Sinn gutzuheissen.

12. Es ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 16. September 2016 (A.S. 1 ff.) korrekterweise folgende befristete Renten zugesprochen hat: Eine halbe Rente vom 1. Mai 2010 bis 31. Oktober 2010, eine ganze Rente vom 1. November 2010 bis 31. August 2011, eine ganze Rente vom 1. Oktober 2012 bis 30. April 2013 und eine ganze Rente vom 1. Oktober 2014 bis 31. Mai 2015. Demgegenüber hat der Beschwerdeführer Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen. In diesem Sinn ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die Verfügung vom 16. September 2016 aufzuheben. Die Sache wird zur Durchführung von weiteren beruflichen Eingliederungsmassnahmen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

13. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

13.1 Die damalige Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Susanne Schaffner-Hess macht in ihrer Kostennote vom 10. März 2017 (A.S. 50 ff.) einen Aufwand von 13,6 Stunden geltend. Dieser enthält drei Kurzschreiben an den Klienten vom 28. Oktober 2016, 21. Dezember 2016 und vom 15. Februar 2017 sowie eine Fristerstreckung vom 15. November 2016 à je 0,17 Std. Dieser Aufwand von total 0,68 Std. ist nicht zu entschädigen. Denn es ist davon auszugehen, dass es sich dabei um Kanzleiaufwand handelt, der im Stundenansatz des Anwalts inbegriffen ist. Gesamthaft beläuft sich der zu berücksichtigende Aufwand auf 12,92 Std. Bei einem Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von CHF 65.20 ergibt sich eine Parteientschädigung CHF 3'558.80 (12,92 Std. x CHF 250.00 = CHF 3'230.00 + CHF 65.20 + 8 % MwSt).

Bei der Bemessung der Parteientschädigung ist des Weiteren zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer zwar hinsichtlich der beantragten beruflichen Eingliederungsmassnahmen obsiegt hat, ihm dagegen entgegen seinen Rechtsbegehren keine weiteren Rentenleistungen zugesprochen worden sind. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand des Versichertenanwaltes beeinflusst hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1.; BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile des Bundesgerichts 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Angesichts der im vorliegenden Verfahren eingereichten Rechtschriften ist festzuhalten, dass der Prozessaufwand der Versichertenanwältin durchaus höher ausfiel, weil sie neben der Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen auch weitere Rentenleistungen beantragt hat und dies dementsprechend begründen musste. Im Lichte der dargelegten Grundsätze erscheint es deshalb gerechtfertigt, die im Rahmen der Parteientschädigung zu vergütenden Aufwände ermessensweise um die Hälfte zu kürzen.

In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung demnach auf CHF 1'779.40 (1/2 von CHF 3'558.80) festzusetzen.

13.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis 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 CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens mit teilweiseem Obsiegen des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin von den gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 die Hälfte von CHF 300.00 zu bezahlen, die andere Hälfte von CHF 300.00 hat der Beschwerdeführer zu tragen. Diese sind mit dem bereits bezahlten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zu verrechnen. Die Differenz von CHF 700.00 ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst Jäggi

E. 13

Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. 13.1 Die damalige Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Susanne Schaffner-Hess macht in ihrer Kostennote vom 10. März 2017 (A.S. 50 ff.) einen Aufwand von 13,6 Stunden geltend. Dieser enthält drei Kurzschreiben an den Klienten vom 28. Oktober 2016, 21. Dezember 2016 und vom 15. Februar 2017 sowie eine Fristerstreckung vom 15. November 2016 à je 0,17 Std. Dieser Aufwand von total 0,68 Std. ist nicht zu entschädigen. Denn es ist davon auszugehen, dass es sich dabei um Kanzleiaufwand handelt, der im Stundenansatz des Anwalts inbegriffen ist. Gesamthaft beläuft sich der zu berücksichtigende Aufwand auf 12,92 Std. Bei einem Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von CHF 65.20 ergibt sich eine Parteientschädigung CHF 3'558.80 (12,92 Std. x CHF 250.00 = CHF 3'230.00 + CHF 65.20 + 8 % MwSt). Bei der Bemessung der Parteientschädigung ist des Weiteren zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer zwar hinsichtlich der beantragten beruflichen Eingliederungsmassnahmen obsiegt hat, ihm dagegen entgegen seinen Rechtsbegehren keine weiteren Rentenleistungen zugesprochen worden sind. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand des Versichertenanwaltes beeinflusst hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1; BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile des Bundesgerichts 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Angesichts der im vorliegenden Verfahren eingereichten Rechtschriften ist festzuhalten, dass der Prozessaufwand der Versichertenanwältin durchaus höher ausfiel, weil sie neben der Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen auch weitere Rentenleistungen beantragt hat und dies dementsprechend begründen musste. Im Lichte der

dargelegten Grundsätze erscheint es deshalb gerechtfertigt, die im Rahmen der Parteientschädigung zu vergütenden Aufwände ermessensweise um die Hälfte zu kürzen. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung demnach auf CHF 1'779.40 (1/2 von CHF 3'558.80) festzusetzen. 13.2 Aufgrund von 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 CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens mit teilweisem Obsiegen des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin von den gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 die Hälfte von CHF 300.00 zu bezahlen, die andere Hälfte von CHF 300.00 hat der Beschwerdeführer zu tragen. Diese sind mit dem bereits bezahlten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zu verrechnen. Die Differenz von CHF 700.00 ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

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