

SO_GERICHTE VSBES.2016.325 vom 7. November 2016

SO Obergericht, 2016-11-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.325

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.325 du 7 novembre 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.325 del 7 novembre 2016

Erwägungen

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 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 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird ab Mai 2010 eine Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht (IV-Nr. 2 S. 2, Ziff. 6.3), d.h. eine Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Mai 2011 vorliegen (vgl. E. II. 2.3 hiernach). Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 26. Juli 2011 [IV-Nr. 2]), was hier im Januar 2012 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab Januar 2012 gegeben sein. Bei einem Anspruchsbeginn im Jahr 2012 sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

2.3 Seit der ab 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG 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 die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

Eine Verbesserung der Erwerbstätigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen ist für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

E. 2.3

hiervor) kein Anspruch mehr auf eine IV-Rente gegeben.

7.4 Art. 18 Abs. 1 IVG bestimmt, dass arbeitsunfähige (Art. 6 ATSG) Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, Anspruch haben auf: aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes (lit. a); begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes (lit. b). Die IV-Stelle veranlasst diese Massnahmen unverzüglich, sobald eine summarische Prüfung ergibt, dass die Voraussetzungen dafür erfüllt sind (Abs. 2). Entgegen früherer Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 9C_966/2011 vom 4. Mai 2012 E. 3.2) bedarf der Anspruch auf Arbeitsvermittlung weder der Invalidität noch eines Mindestinvaliditätsgrades (Urteil des Bundesgerichts 8C_641/2015 vom 12. Januar 2016 E. 2 und 3). Zur Begründung dieses Anspruchs ist jedoch eine spezifische Einschränkung gesundheitlicher Art notwendig, wenn die Arbeitsfähigkeit einzig insoweit betroffen ist, als der versicherten Person nur leichte Tätigkeiten voll zumutbar sind. Die leistungsspezifische Invalidität des Anspruchs liegt vor, wenn die Behinderung Probleme bei der Stellensuche verursacht. Dies trifft z. B. zu, wenn wegen Stummheit oder mangelnder Mobilität kein Bewerbungsgespräch möglich ist oder dem potenziellen Arbeitgeber die besonderen Möglichkeiten und Grenzen der versicherten Person erläutert werden müssen (z.B. welche Tätigkeiten trotz Sehbehinderung erledigt werden können), damit sie überhaupt eine Chance hat, den gewünschten Arbeitsplatz zu erhalten. Vorliegend ist der Beschwerdeführer für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit Gewichten bis 10 kg voll arbeitsfähig. Damit liegen beim Versicherten keine spezifischen Einschränkungen gesundheitlicher Art im Sinne der Rechtsprechung vor, weshalb ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung nach Art. 18 IVG zu verneinen ist. Da der Beschwerdeführer in einer angepassten Verweistätigkeit 100 % arbeitsfähig ist ohne Leistungseinbusse, besteht zudem auch keine Grundlage für einen Arbeitsversuch nach Art. 18a IVG.

8.2 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. Im vorliegenden Fall unterliegt der Beschwerdeführer im Umfang von drei Vierteln weshalb er Verfahrenskosten im Umfang von CHF 750.00 zu bezahlen hat, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zu verrechnen sind. Die Differenz von CHF 250.00 ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten. Entsprechend ihrem Unterliegen von einem Viertel hat die Beschwerdegegnerin CHF 250.00 der Verfahrenskosten zu übernehmen.

Demnach wird erkannt:

4. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 750.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von CHF 1'000.00 verrechnet werden. Die Differenz im Umfang von CHF 250.00 ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

5. Die Beschwerdegegnerin hat Verfahrenskosten von CHF 250.00 zu bezahlen.

6. Eine Kopie der Kostennote vom 27. November 2017 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin

7. Jeweils eine Kopie des Minutenauszuges vom 27. November 2017 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tageseit 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

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Ingold

E. 3

3.1 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 gestellt 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 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und 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 hinreichend 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 (Beweissmassnahmen) 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).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, 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.

3.4 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweis auf 125 V 351 E. 3a S. 352). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachperson ab (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 mit Hinweisen). Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt sodann das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Dazu wurde erkannt, dass diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel regelmässig von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen stammen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte kaum je in Frage kommen (Urteil des Bundesgerichts 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 3.1.1 f. mit Hinweisen).

E. 4

4.1 Da der Beschwerdeführer über belastungsabhängige Beschwerden klagte und sich im konventionellen Röntgen eine Osteophytenbildung mit mechanischer Störung zeigte, erfolgte am 26. Mai 2010 ein operativer Eingriff, bei dem eine offene Osteophytenabtragung und Microfracture am OSG links vorgenommen wurde (IV-Nr. 33.5 S. 15). Im Bericht vom 4. August 2010 stellte Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie, folgende Diagnosen (IV-Nr. 6.3 S. 6):

Offene Osteophytenabtragung und Microfracture OSG links am 26. Mai 2015 bei OSG-Arthrose mit

Osteophyten tibial und am Talus sowie grosser chondraler Läsion

Zum Behandlungsverlauf führte der Orthopäde aus, zehn Wochen nach offener Cheilektomie und Microfracture bestehe ein verzögerter Verlauf. Der Beschwerdeführer

leide noch immer unter starker Bewegungseinschränkung. Sobald er den Fuss belaste, schwelle dieser massiv an. Bei diesem grossen Knorpelschaden sei die durchgeführte Operation ein Rettungsversuch als gelenkerhaltende Option gewesen. Derzeit mache der Beschwerdeführer unter Physiotherapie deutliche Fortschritte aber der Verlauf werde zeigen, ob das Resultat genüge, damit er wieder normal arbeiten könne. Die derzeitige Arbeitsunfähigkeit betrage 50 %. Die gehe aber offenbar nur knapp. In zwei Wochen werde er diese Arbeitsfähigkeit neu beurteilen. Sollten die Beschwerden im Verlauf nicht bessern, bleibe einzig eine OSG-Totalprothese oder eine Versteifung des OSG als weitere Therapieoption.

4.2 Der Beschwerdeführer war gemäss den Berichten von Dr. med. J.____ vom 7. Juli und 10. September 2010 nach erfolgter Operation bis 18. Juli 2010 100 % arbeitsunfähig, bis 6. September 2010 50 % und vom 7. bis 30. September 2010 noch 25 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 32 S. 20 f.). Sechs Monate nach operativem Eingriff berichtete Dr. med. J.____, der Beschwerdeführer habe morgens noch Anlaufschmerzen, könne dann aber schmerzfrei gehen, dies auch über weite Strecken (Bericht vom 10. Dezember 2010 [IV-Nr. 32 S. 19]). Seit Dezember könne er wieder voll arbeiten. Es bestehe die Chance, dass bis zu einem Jahr noch eine deutliche Verbesserung dazu komme. Andererseits bestehe eine Arthrose, welche sich dann auch wieder bemerkbar machen könnte. So wie es im Moment aussehe, sei aber die Diskussion über eine Versteifung oder eine OSG-Prothese nicht nötig. Die Behandlung werde vorerst abgeschlossen.

Kurz darauf kehrten die Beschwerden jedoch zurück, weshalb der Beschwerdeführer bei seinem Hausarzt, Dr. med. G.____, vorstellig wurde (Behandlungsbeginn am 5. Januar 2011 [IV-Nr. 6.3 S. 3 f.]). Gemäss Bericht vom 1. Juni 2011 bestand vom 1. April bis 8. Mai 2011 eine 75%ige und ab dem 9. Mai 2011 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. G.____ prognostizierte eine Teilarbeitsfähigkeit ab Mitte Juni. Später sei dann wieder eine volle Integration in die bisherige Arbeit zu 100 % zu erwarten. Mit ärztlichem Zeugnis vom 15. Juli 2011 attestierte Dr. med. G.____ dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 16. Juni bis 19. Juni 2011 und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 20. Juni 2011 (IV-Nr. 6.3 S. 1).

4.3 Im Oktober 2011 wurde im K.____ mittels farbcodierter Duplexsonographie die Durchblutungsstörung des Beschwerdeführers untersucht (IV-Nr. 33.5 S. 12 f.). Der Konsiliararzt Angiologie, Dr. med. L.____, stellte gestützt darauf folgende Diagnose:

St. n. Phlebitis/TVT links mit/bei

- umschriebener zweitagiger Leitveneninsuffizienz im Sinne eines anhaltend verlängerten Refluxes bei Provokation die Beschwerden des Patienten gut erklärend
- arterielle Perfusion suffizient

Es wurde für die sitzende und stehende Position das konsequente Tragen eines Kompressionsstrumpfes empfohlen.

Im November 2011 folgte eine neurologische Untersuchung (IV-Nr. 32 S. 17 f.), wobei der Neurologe zum Schluss gelangte, aus Sicht seines Fachgebietes keine Hilfestellung bieten zu können. Die derzeit im Vordergrund stehenden Schmerzen seien artikulärer Natur, so dass befürchtet werden müsse, dass sich eine sekundäre Arthrose ausgebildet habe.

4.4 Zur weiteren Abklärung der geklagten Beschwerden überwies der Hausarzt den Beschwerdeführer an Dr. med. C.____ (IV-Nr. 33.5 S. 8 f.), wo er mittels SPECT/CCT

untersucht wurde (Berichte vom 30. März und 27. April 2012 [IV-Nrn. 32 S. 13 ff.]). In seiner Beurteilung führte der Orthopäde aus, es handle sich um eine im ventralen Anteil ausgeprägte Arthrose des oberen Sprunggelenks links. Das Alignment des OSG und des Rückfusses sei ausgeglichen und regelrecht. Die arthrotischen Veränderungen seien medial- und lateralseitig zu gleichen Teilen ausgeprägt. Somit sei trotz des jungen Alters des Beschwerdeführers zur definitiven Lösung nur die Arthrodesese oder Implantation einer OSG-Prothese indiziert. Eine Umstellungsosteotomie würde bei regelrechtem Alignment des OSG und des Rückfusses keine Besserung erbringen. Da beide Eingriffe jedoch einen sehr grossen Aufwand bedeuten würden, sei zunächst eine Arthroskopie mit ventralem Débridement und Narbenlösung geplant, um gegebenenfalls noch einen gewissen zeitlichen Aufschub erreichen zu können.

4.5 Vom 1. Juli bis 31. Dezember 2012 absolvierte der Beschwerdeführer bei der christlichen Gemeinde B.____ in [...] ein Aufbautraining, bei dem das bisherige Pensum von 50 % vorerst auf 60 % und bis Ende Jahr auf mindestens 90 % gesteigert werden sollte (IV-Nrn. 17 f., 23 und 56). Der Beschwerdeführer berichtete der Beschwerdegegnerin in dieser Zeit jeweils zu Beginn des Monats per Mail über den Verlauf des Vormonats und setzte gleichzeitig das Ziel für den Folgemonat fest (vgl. Protokolleinträge vom 27. Juli bis 13. November 2012).

Da sich der Beschwerdeführer nicht für eine Operation entscheiden konnte (vgl. IV-Nr. 32 S. 6, Anamnese), holte er in der M.____ bei Dr. med. N.____ eine Zweitmeinung ein (vgl. Bericht vom 31. Mai 2013 [IV-Nr. 32 S. 10 f.]). Die Röntgenaufnahmen des linken OSG ap belastet sowie des linken Fusses lateral belastet vom 31. Mai 2013 zeigten eine ausgeprägte anteriore Osteophytose. Der OSG-Gelenkspalt sei noch relativ gut erhalten. Es bestehe eine deutlich vermehrte subchondrale Sklerosierung. Das Subtalargelenk komme regelrecht zur Darstellung. Es bestünden keine degenerativen Veränderungen der Mittelfussgelenke. Die Stellungsverhältnisse seien achsenkorrekt, die Gelenkflächen des OSG verliefen horizontal. Zum Prozedere empfahl Dr. med. N.____ dem Beschwerdeführer als konservative Therapiemöglichkeit eine spezielle Schuhversorgung mit Abrollhilfe und Pufferabsatz sowie mit orthopädischer Fussbettung. Operativ sei dem Beschwerdeführer am ehesten eine Arthrodesierung des oberen Sprunggelenks zu empfehlen. Während eines allfälligen Eingriffs könnte man allerdings zunächst die Osteophyten anterior entfernen, prüfen, ob dadurch das Gelenk intraoperativ an Beweglichkeit gewinne und, falls es sich gut bewege, statt der Arthrodesierung doch die Implantation eines Kunstgelenkes vornehmen.

4.6 Mit IV-Arztbericht vom 28. Juni 2013 bezeichnete Dr. med. G.____ folgende Diagnosen als für die Arbeitsfähigkeit relevant (IV-Nr. 32 S. 5 ff.):

Posttraumatische Arthrose oberes Sprunggelenk links mit/bei

- St. n. offener Osteophytenabtragung und Mikrofrakturierung OCD OSG links am 26. Mai 2010

- St. n. postoperativer Phlebitis / Venenthrombose Unterschenkel links

Der Beschwerdeführer sei wie folgt arbeitsunfähig gewesen:

75 %	1. April 2011	bis	8. Mai 2011
100 %	9. Mai 2011	bis	9. August 2011
50 %	10. August 2011	bis	20. März 2012

100 %	21. März 2012	bis	10. April 2012
50 %	11. April 2012	bis	30. Juni 2012
40 %	1. Juli 2012	bis	31. August 2012
60 %	1. September 2012	bis	31. Oktober 2012
40 %	1. November 2012	bis	15. November 2012
70 %	16. November 2012	bis	28. Februar 2013
50 %	1. März 2013	bis	30. April 2013
100 %	1. Mai 2013	bis	auf weiteres

Den Zustand des Beschwerdeführers bezeichnete der Hausarzt als durch medizinische Massnahmen besserungsfähig. Berufliche Massnahmen erachtete er als angezeigt und die bisherige Tätigkeit als nicht mehr zumutbar. Er hielt fest, dass längeres Stehen eigentlich immer zu starken Schmerzen führe. Der Beschwerdeführer habe deshalb keine Schulungen und auch keine Messen mehr abhalten können, was aber eigentlich den Hauptteil seiner Tätigkeit ausmache. Falls durch einen allfälligen operativen Eingriff eine Verbesserung entstehe, könne die bisherige Tätigkeit als Pastor theoretisch wieder ins Auge gefasst werden. Zu wie viel Prozent könne jedoch noch nicht gesagt werden. Eine Verweistätigkeit sei dem Beschwerdeführer zumutbar. Es müsste sich dabei vor allem um eine sitzende Tätigkeit handeln. Aufgrund seiner bisherigen Tätigkeit käme für den Beschwerdeführer evtl. eine Umschulung im Bereich Ehe- und Lebensberatung in Frage. Eine solche Tätigkeit müsste vor allem dann angestrebt werden, falls ein operativer Eingriff nicht zum gewünschten Ergebnis führe. Der zeitliche Rahmen einer Verweistätigkeit könne im jetzigen Moment nicht festgelegt werden.

4.7 Die Röntgenuntersuchung vom 26. Juni 2013 zeigte gegenüber derjenigen vom 16. März 2012 ein ventrales OSG mit deutlich zugenommenen osteophytären Anbauten (IV-Nr. 36 S. 9 f.). Weiter war eine subchondriale Sklerosierung des Sprunggelenks im Sinne einer beginnenden OSG-Arthrose zu sehen sowie ein neutrales Rückfussalignement. Dr. med. C. ___ hielt weiter fest, anhand der Klinik des Patienten und der aktualisierten Bildgebung bleibe er bei der Empfehlung von Mai 2012, d.h. eine ventrale Spondylophytenabtragung mit kombinierter OSG-Arthroskopie durchzuführen und gleichzeitig eine ventral aufklappende Tibiaosteotomie vorzunehmen. Besagte Operation wurde am 20. August 2013 durchgeführt (IV-Nr. 36 S. 11 f.).

4.8 Dem IV-Abschlussbericht vom 29. August 2013 ist zu entnehmen, dass es dem Beschwerdeführer trotz intensiven Bemühungen nicht gelungen war, sein Arbeitspensum auf 100 % zu steigern (IV-Nr. 35). Es sei keine konstante und nachhaltige Arbeitsfähigkeit erreicht worden. Abschliessend wurde festgehalten, dass die Tätigkeit als Pastor ideal sei, die es dem Beschwerdeführer erlaube, stets seine Position zu verändern (stehen, sitzen, gehen). Nach erfolgter Aufnahme seiner Tätigkeit stelle sich für die berufliche Eingliederung höchstens noch die Frage nach möglichen Hilfsmitteln.

4.9 Anlässlich der Nachkontrolle vom 23. Dezember 2013 stellte Dr. med. C. ___ einen adäquaten Verlauf nach der Operation vom 20. August 2013 (vgl. E. II. 4.7 hiervor) fest (IV-Nr. 43 S. 5 f.). Der Beschwerdeführer berichte über einen beschwerdefreien Verlauf, jedoch bestehe noch eine deutliche Bewegungseinschränkung. Ansonsten sei der Beschwerdeführer mit dem postoperativen Verlauf sehr zu frieden.

Dr. med. G.____ berichtete am 17. März 2014, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers leicht gebessert habe (IV-Nr. 43 S. 1 ff.). Durch den operativen Eingriff werde die Arbeitsunfähigkeit verlängert. Der Beschwerdeführer sei zum heutigen Zeitpunkt noch nicht arbeitsfähig, auch nicht teilweise. Er könne mit dem Fuss wieder langsam abrollen und auch ohne Stöcke gehen. Dies allerdings nur in der Ebene und nicht bergab oder bergauf. Abends beklage der Beschwerdeführer noch eine starke Schwellung mit zum Teil noch Schmerzen. Die Beweglichkeit im oberen Sprunggelenk sei immer noch eingeschränkt. Es werde weiterhin Physiotherapie empfohlen. Prognostisch bei weiterhin sich besserndem Verlauf könne medizinisch theoretisch mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ab ca. April/Mai dieses Jahres gerechnet werden. Seine frühere Stelle könne der Beschwerdeführer nicht mehr antreten.

E. 4.10

4.10.1 Dem RAD erschien es nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer über sechs Monate postoperativ bei beschwerdefreiem Verlauf und radiologisch guter Konsolidation der Osteotomie nicht in seiner angestammten Tätigkeit als Pastor zu 100 % wieder einsetzbar sein sollte (IV-Nr. 40 S. 2). Auf Empfehlung des RAD wurde in der E.____ ein Gutachten in Auftrag gegeben (IV-Nrn. 41 f. und 44).

4.10.2 Die Begutachtung fand am 12. Mai 2014 statt (IV-Nr. 44), die Expertise erfolgte am 14. August 2014 (IV-Nr. 46). Die Gutachter PD Dr. med. O.____, Teamleiter Fuss, und Dr. med. P.____, Assistenzarzt, stellten beim Beschwerdeführer die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 46 S. 3):

Fortgeschrittene obere Sprunggelenksarthrose links mit/bei:

- St. n. oberer Sprunggelenksarthroskopie mit ventraler Osteophytenabtragung und plantarflektierender Domosteotomie OSG links vom 20. August 2013, im D.____
- St. n. offener Osteophytenabtragung und Mikrofrakturierung oberes Sprunggelenk links vom 26. Mai 2010
- St. n. postoperativer tiefer Beinvenenthrombose links vom Mai 2010

Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Priester führten sie aus, diese werde ihm im zeitlichen Verlauf zunehmend schwerer fallen (IV-Nr. 46 S. 5). Da das Zelebrieren der Messe oder einer Beisetzung Mobilität und gewisse Standphasen mit sich brächten, würden diese Aufgaben für den Patienten zu einer zunehmenden Hürde werden. Da es sich bei Arthrose um degenerative, also chronisch-progrediente Prozesse handle, sei daher nicht sichergestellt, in wie weit der Beschwerdeführer in Zukunft ohne adäquate Therapie seinem Beruf vollständig nachgehen könne. Mit adäquater orthopädischer Versorgung sollte der weiteren Tätigkeit des Beschwerdeführers im vollen Umfang nichts im Wege stehen.

4.10.3 Mit Stellungnahme vom 12. Dezember 2014 kritisierte bzw. korrigierte der Beschwerdeführer mehrere Stellen der Anamneseerhebung (IV-Nr. 48). Die Gutachter äusserten sich am 16. Februar 2015 zur erhobenen Kritik am Gutachten (IV-Nr. 56), woraufhin der RAD zum Schluss gelangte, dass die grösstenteils berechtigten Kritikpunkte des Beschwerdeführers das Gutachten des E.____ wenig nachvollziehbar erscheinen liessen, so dass auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht übernommen werden könne (IV-Nr. 60). Der RAD empfahl die Einholung eines Zweitgutachtens.

E. 4.11

4.11.1 Die Zweitbegutachtung fand am 5. Juni 2015 bei der Begutachtungsstelle F.____ in [...] bei PD Dr. med. Q.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, statt (IV-Nr. 66). Anlässlich der Untersuchung klagte der Beschwerdeführer über Beschwerden im Bereich des Kniegelenks rechts vor allem beim Treppengehen, Treppenlaufen sowie beim allgemeinen Laufen (Gutachten vom 7. September 2015 [IV-Nr. 68.1 S. 14]). In diesen Situationen würden teilweise starke Schmerzen vor allem im Bereich der Kniescheibe auftreten. Diese Beschwerden seien erst vor einiger Zeit neu aufgetreten und seien bisher noch nicht weiter abgeklärt worden. Weiter berichtete der Beschwerdeführer über Beschwerden des Unterschenkels links mit einem deutlichen Druckgefühl. Wenn dieses Druckgefühl zunehme, dann nähmen auch die Schmerzen im Bereich des Fusses zu und die Beschwerden seien dann über den gesamten Unterschenkel vom Knie bis zum Fuss verteilt. Nachts könne er teilweise nicht richtig gehen, da die Beweglichkeit eingeschränkt sei und er sich dann unsicher fühle. Deshalb habe er zur Sicherheit einen Stock neben das Bett gestellt. Aber auch tagsüber schmerze das Sprunggelenk durch die Belastung des Alltags sehr und schwelle teilweise an. Ebenso würden die gesamte untere Extremität links stark anschwellen. Neben einem Gehstock in der Nacht (vor allem fürs Anlaufen) und Kompressionsstrümpfen verwende er keine weiteren Hilfsmittel und nehme auch keine Medikamente ein. Seit einiger Zeit nehme er auch keine Physiotherapie mehr in Anspruch.

4.11.2 Dr. med. Q.____ gelangte aufgrund der Untersuchung des linken Fusses zu folgendem Ergebnis (IV-Nr. 68.1 S. 16): Narbe reizlos, OSG fast steif, Beweglichkeit 5/0/10° dorsal-plantar, Pro-/Supination 20/0/15°, Eversion/Inversion aufgehoben, Schmerzen bei der Palpation und Bewegungsprüfung, unauffällige Rückfussverhältnisse, deutliche Schwellung des Unterschenkels, deutliche Pigmentierung der Haut. Auf den Röntgenbildern ap/lateral OSG ap vom 8. Juni 2015, die im D.____ angefertigt wurden, war ersichtlich, dass das Osteosynthesematerial eine gute Stellung hatte ohne Lockerungszeichen, eine gute Konsolidierung der Osteotomie vorhanden war und es waren Osteophyten tibiotalar mit Impingementzeichen erkennbar. Aufgrund der Röntgenbilder zum Kniegelenk ap, lateral, Patella axial rechts vom 5. Juni 2015 ergaben sich intakte ossäre Verhältnisse im Kniegelenk, eine minimale Retropatellararthrose, ein geringer Gelenkerguss, eine Verkalkung beider Menisci, eine diskrete Verkalkung des retropatellaren / trochlearen Korpels, die mit Veränderungen i.R. einer Chondrocalcinose zu vereinbaren seien.

4.11.3 Dr. med. Q.____ konnte folgende orthopädische Diagnosen stellen (IV-Nr. 68.1 S. 17):

1. Restbeschwerden Unterschenkel links bei (Z 98.8)
 - vorderem Impingement bei OSG-Arthrose links
 - offene Osteophytenabtreibung Mikrofrakturierung OSG links am 26. Mai 2010
 - OSG-Arthroskopie, Osteophytenabtragung, Plantarflektierender tibiale Dome-Osteotomie Tibia links am 20. August 2013
2. Beginnende Retropatellararthrose rechts (M 17.5)

Als nicht orthopädische Diagnosen stellte Dr. med. Q.____ folgende fest:

3. St. n. Phlebitis TVT links mit Leitveneninsuffizienz, residuelle Schwellung, Stauungsdermatitis im Unterschenkelbereich

4.11.4 Im Rahmen der Beurteilung führte Dr. med. Q.____ aus, im Bereich des Kniegelenks rechts zeige sich ein retropatelläres Reiben mit Druckschmerzhaftigkeit der Gelenkspalten (IV-Nr. 68.1 S. 18 f.). Radiologisch finde sich dazu passend eine beginnende Retropatellararthrose.

In wie weit die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden betreffend den Bereich des gesamten Unterschenkels und des OSGs vom Unterschenkel respektive vom Status nach Phlebothrombose herrühren, lasse sich aus fachorthopädischer Sicht nicht beurteilen. Aus diesem Grund schlage er vor, diesem Gutachten noch eine angiologische Abklärung zur Beantwortung der Frage der aus der Phlebothrombose und deren Residualbeschwerden herrührenden Arbeitsfähigkeitseinschränkungsbeurteilung beizufügen. Der Beschwerdeführer berichte im Bereich des oberen Sprunggelenks über eine Bewegungseinschränkung und über eine bei Belastung zunehmende Schmerzsymptomatik. Klinisch finde sich dazu eine eingeschränkte OSG-Beweglichkeit bei verstrichenen Weichteilkonturen und deutlich umfangsdifferenten unteren Extremitäten rechts gegenüber links. Radiologisch zeige sich dabei eine OSG-Arthrose mit Osteophyten tibiotalar mit Impingementzeichen, eine gute Stellung des Osteosynthesematerials ohne Lockerungszeichen und eine gute Konsolidierung der Osteotomie.

Weiter berichtete Dr. med. Q.____, dass es dem Beschwerdeführer aufgrund der Beschwerdesymptomatik nicht mehr zumutbar sei, längere Gehstrecken über 500 m zurückzulegen, auf unebenem Gelände zu laufen, zu gehen oder zu stehen, auf Leitern oder Treppen steigen zu müssen sowie Gewichte über 10 kg zu tragen. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich der Gutachter dahingehend, dass der Beschwerdeführer aus rein orthopädischer Sicht für schwere und mittelschwere körperliche Arbeiten vollumfänglich arbeitsunfähig sei. Für leichte körperliche Arbeiten, hauptsächlich sitzend, teilweise stehend, nur wenig gehend und ohne die Notwendigkeit auf unebenem Gelände laufen oder gehen zu müssen, Treppen oder Leitern steigen zu müssen, sei der Beschwerdeführer vollumfänglich ganztägig arbeitsfähig. Eine Reduktion der Arbeitszeit zur Vermeidung der Exazerbation der Beschwerden sei erfahrungsgemäss nicht ersichtlich. In der angestammten Tätigkeit als Pastor seien deshalb die Tätigkeiten am Bürotisch, die Tätigkeiten mit nur minimalen Gehstrecken, wechselseitigem Stehen und Gehen etwas eingeschränkt durchführbar. Beim Lesen der eigentlichen Messe und bei Beisetzungen sei der Beschwerdeführer deutlich eingeschränkt. Beim Besuchen von Gemeindeangehörigen und anderen Personen sei er hingegen kaum beeinträchtigt. Dies entsprechen gesamthaft einer Arbeitsfähigkeit von 70 %. Diese Arbeitsfähigkeit lasse sich auch nicht durch die potentiellen Therapieoptionen wie z.B. einem stabilen orthopädischen Schuh mit Abrollrampe oder einer Implantation einer oberen Sprunggelenksprothese in einem wirtschaftlich verwertbaren Masse steigern. Erfahrungsgemäss lasse sich auch durch die neuerlich angeratene Operation (gemeint ist wohl das von Dr. med. C.____ erwähnte ventrale Débridement [vgl. IV-Nr. 64 S. 3 und IV-Nr. 49 S. 6]) keine nachhaltige Verbesserung der Beschwerdesymptomatik im Bereich des Unterschenkels links und im Bereich des oberen Sprunggelenks links erzielen.

Was den Verlauf der Arbeitsunfähigkeit betrifft, so berichtete Dr. med. Q.____, die attestierte Arbeitsunfähigkeit für die Zeit vom 26. Mai bis November 2010 sei glaubhaft und nachvollziehbar, ebenso die 100%ige Arbeitsfähigkeit ab Dezember 2010 (IV-Nr. 68.1 S. 19 f.). Die anfangs April 2011 aufgetretene Beschwerdesymptomatik stehe höchstwahrscheinlich im Zusammenhang mit der zu dieser Zeit aufgetretenen

Phlebothrombose im Bereich des Unterschenkels links. Auch die nachfolgend aktenkundig gewordenen Arbeitsunfähigkeiten müssten aus diesem Blickwinkel betrachtet werden. Sicherlich habe die Progredienz der arthrotischen Entwicklung im Bereich des oberen Sprunggelenks einen Anteil an der zunehmenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, werde aber auch aus orthopädischer Sicht hauptsächlich durch die Residualzustände nach Phlebothrombose im Bereich der unteren Extremität links beeinflusst. Somit sei die Arbeitsfähigkeit aus rein orthopädischer Sicht in diesem Zeitraum nicht abschliessend beurteilbar. Eine sichere rein orthopädische Arbeitsunfähigkeit sei wiederum ab dem 21. August 2013, also nach erneuter Operation im Bereich des oberen Sprunggelenks, gegeben. Nach einem solchen Eingriff sei erfahrungsgemäss eine neunmonatige 100%ige Arbeitsunfähigkeit, d.h. bis zum 21. Mai 2014 als realistisch nachvollziehbar anzunehmen. Nachfolgend wäre eine zunächst 75%ige Arbeitsunfähigkeit für sechs Wochen, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für weitere sechs Wochen und anschliessend der Wiedereinstieg in eine wie vorangehend beschrieben schwere, mittelschwere, leichte adaptierte und die angestammte Tätigkeit ab dem 21. August 2014 nachvollziehbar denkbar. Dies umso mehr, da sich der im Gutachten vom 14. August 2014 (IV-Nr. 46) erhobene Befund nicht wesentlich von den Untersuchungsbefunden während des vorliegenden Gutachtens und dem Untersuchungsbefund des D.____ vom Juni 2015 unterscheide.

E. 4.12

4.12.1 Am 23. Juli 2015 berichtete Dr. med. R.____, Assistenzarzt, vom D.____, dass beim Beschwerdeführer keine angiologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen (IV-Nr. 67). Es bestehe einzig eine chronisch venöse Insuffizienz bei postthrombotischem Syndrom nach wahrscheinlich tiefer Beinvenenthrombose links im Mai 2010. Abschliessend hielt er fest, von Seiten der seinerseits durchgeführten phlebologischen Beurteilung bestünden keine Limitationen nach derzeitigem Kenntnisstand.

4.12.2 Mit Schreiben vom 23. September 2015 äusserte sich der Hausarzt, Dr. med. G.____, zum Gutachten (IV-Nr. 72). Er wies darauf hin, dass der Beschwerdeführer gemäss Gutachten in seiner angestammten Tätigkeit als Pastor zu 70 % arbeitsfähig sein soll, gemäss Angaben des Beschwerdeführers die Haupttätigkeit in diesem Beruf bei der freien Kirche das Messelesen sei, was ihm aufgrund der jetzigen Beschwerden nicht mehr möglich sei. Daher könne er diesem Beruf derzeit nicht mehr nachgehen. In letzter Zeit habe sich der Zustand in einem gewissen Masse gebessert. Im Moment habe der Beschwerdeführer aber immer noch deutliche Anlaufschmerzen im betroffenen Fuss. Teilweise brauche er zur Entlastung einen Gehstock. Wechselbelastende Tätigkeiten seien jedoch in reduziertem Masse möglich. Im Moment habe er den Beschwerdeführer seit 1. August 2015 für leichtere Arbeiten zu 50 % arbeitsfähig geschrieben. Beim Beschwerdeführer müsste man noch die vorgesehene Operation (Metallentfernung und Débridement) im kommenden Oktober abwarten, auch wenn von dieser Operation von orthopädischer Seite keine Zunahme der Arbeitsfähigkeit vorausgesagt werde, sondern höchstens eine Verlangsamung des Arthroseprozesses (vgl. E. II. 4.11.4 hiervor oder IV-Nr. 68.1 S. 19). Wenn eine Beschäftigung des Beschwerdeführers als Pastor nicht mehr gegeben sei, so könnten doch eventuelle Tätigkeiten im sozialen Bereich in Frage kommen. Der Beschwerdeführer sei gewillt zu arbeiten und habe sogar selber vorgeschlagen, eine Arbeit im sozialen Bereich eventuell ausüben zu können.

4.12.3 Auch der Beschwerdeführer äusserte sich zum Gutachten von Dr. med. Q.____ vom 7. September 2015 (Stellungnahme vom 26. September 2015 [IV-Nr. 73]). Er kritisierte unter anderem, dass ihm das Sitzen nicht «hin und wieder» Schmerzen bereiten würde, wie dies im Gutachten geschildert werde, sondern ihm dies am meisten Mühe bereite. Weiter rügte er, dass gemäss Gutachten das Zelebrieren der Messe sicherlich «zum Teil» möglich wäre. Er habe in einer evangelischen Freikirche gearbeitet, wo vor allem eine Person den Gottesdienst abhalte, das bedeute, entweder könne jemand den Gottesdienst halten oder er könne dies nicht. Dies nur teilweise zu tun, sei nicht möglich. Hinzu komme, dass im Gottesdienst praktisch alles stehend ausgeübt werde. Ein Gottesdienst dauere eineinhalb bis zwei Stunden. Es sei ihm trotz verbessertem gesundheitlichem Zustand nicht möglich, so lange zu stehen. Der Beschwerdeführer weist ergänzend darauf hin, dass ihm gemäss Gutachten das Gehen von mehr als 500 m nicht mehr zumutbar sein soll. Richtig sei aber, dass gehen für ihn nicht problematisch sei und er seit diesem Sommer auch wieder drei bis vier Kilometer gehen könne. Auch auf unebenem Gelände zu gehen sei ihm möglich, ausser steil bergauf gehen könne er wegen der starken Bewegungseinschränkung des OSG nicht.

4.12.3 Dr. med. H.____, Fachärztin Allgemeine Medizin, vom RAD empfahl zur befriedigenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers die Ausarbeitung eines exakten Arbeitsplatzprofils, das vor Ort, möglichst unter Einbezug einer Messe, evaluiert werde (IV-Nr. 74).

E. 4.13

4.13.1 Die Beschwerdegegnerin verzichtete jedoch auf die Ausarbeitung eines exakten Arbeitsplatzprofils und stellte dem Beschwerdeführer am 5. Januar 2016 in Aussicht, sein Leistungsgesuch, gestützt auf einen IV-Grad von 6 %, abzuweisen (IV-Nr. 76).

4.13.2 Der Beschwerdeführer liess, vertreten durch Rechtsanwalt Wyssmann, am 5. Februar bzw. 11. März 2016 Einwände erheben (IV-Nrn. 78 und 83). Gleichzeitig reichte er verschiedene ärztliche Berichte und Zeugnisse ein. Unter anderem legte er den Operationsbericht vom 12. Januar 2016 vor, dem zu entnehmen war, dass sich der Beschwerdeführer das Osteosynthesematerial an der Tibia links hat entfernen lassen (IV-Nr. 87 S.

E. 6

f.). Weiter reichte er einen Bericht des E.____ vom 3. März 2016 ein, woraus hervorging, dass sich der Beschwerdeführer infolge einer Amotio am rechten Auge am 25. Februar 2016 notfallmässig einer Pneumatischen Retinopexie unterziehen musste und aufgrund dessen bis am 27. Februar 2016 hospitalisiert war (IV-Nr. 87 S. 9 f.).

4.13.3 Gestützt auf die Nachkontrolle vom 24. April 2016 teilte Dr. med. S.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom D.____, Standort [...], mit, der Beschwerdeführer habe über einen zufriedenstellenden und beschwerdearmen Verlauf berichtet. Grundsätzlich sei eine schmerzfreie Mobilisation möglich. Dem IV-Arztbericht vom 15. Juni 2016 ist wiederum zu entnehmen, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stationär sei, die Arbeitsfähigkeit jedoch durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne (IV-Nr. 90 S. 1 ff.). Auch seien berufliche Massnahmen angezeigt. Weiter wurde darin festgehalten, die bisherige Tätigkeit sei nach wie vor zumutbar, allerdings reduziert, je nach Schmerzsituation. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Intensive Belastung könne zu Schmerzen führen. Ein Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Tätigkeiten sowie angepasste Tätigkeiten

können die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessern. Die sei auch bei einer Verweistätigkeit zu beachten, damit sie dem Beschwerdeführer zumutbar sei. Je nach Belastung sei eine Verweistätigkeit nur reduziert zumutbar. Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin führte Dr. med. T. ___ vom D. ___ konkretisierend aus, dass sich die Beschwerden bei einer beginnenden Arthrose, wie sie beim Beschwerdeführer vorliege, sehr unterschiedlich manifestieren/präsentieren könnten (IV-Nr. 92 S. 4). Generell sei zu sagen, dass intensive und belastende, langandauernde Tätigkeiten die Beschwerden begünstigten. Diese zu quantifizieren sei sehr schwierig, würde von jedem Patienten unterschiedlich wahrgenommen werden. Daher müsse zusammen mit dem Patienten eine Tätigkeit (wechselnd stehend/sitzend) mit dem zu tolerierenden Stundenpensum erarbeitet werden.

4.13.4 Auf den operativen Eingriff am Auge vom 25. Februar 2016 (vgl. E. II. 4.13.2) folgte eine weitere Pneumatische Retinopexie am 31. März 2016 sowie eine Cerclage Pars plana Vitrektomie am 30. Juli 2016 (IV-Nr. 95 S. 2 f. und IV-Nr. 96). Diese Eingriffe zogen eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit mit sich und zwar vom 20. Februar bis 10. April 2016 eine 100%ige und vom 11. April bis 15. Juni 2016 eine 50%ige. Vom 30. Juli bis 18. September 2016 war der Beschwerdeführer gemäss dem behandelnden Augenarzt erneut zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 99). In seinem Bericht vom 10. Oktober 2016 berichtete er, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig (IV-Nr. 99). Als Hilfsmittel sei einzig eine Brille angezeigt. Aus ophthalmologischer Sicht beurteilte er die bisherige Tätigkeit als Pastor als zu 100 % zumutbar, ohne verminderte Leistungsfähigkeit.

5.

5.1 Mit Verfügung vom 7. November 2016 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihren Vorbescheid und lehnte das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ab (A.S. 1 ff.). Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Entscheid auf das F. ___-Gutachten, wonach der Beschwerdeführer für körperliche Arbeiten hauptsächlich sitzend, teilweise stehend, nur wenig gehend ohne die Notwendigkeit auf unebenem Gelände laufen oder gehen, Treppen und Leitern steigen sowie ohne die Notwendigkeit Gewichte über 10 kg heben zu müssen, vollschichtig arbeits- und leistungsfähig. Ausser in den postoperativen Phasen habe eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden. Gestützt auf ein Valideneinkommen von CHF 66'300.00 (gemäss Arbeitgeberbericht vom 14. Juli 2012 [IV-Nr. 20 S. 3 Ziff. 2.11]) und einem Invalideneinkommen von CHF 62'429.00 (gemäss Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung [LSE] sowie einem leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn von 15 %) ergebe sich eine Erwerbseinbusse von CHF 3'871.00, was einem IV-Grad von 6 % entspreche.

5.2 In seiner Beschwerdeschrift vom

E. 7

Dezember 2016 rügt der Beschwerdeführer unter anderem den Umstand, dass ihm die Beschwerdegegnerin für die Zeit von 2010 bis 2016 nicht mindestens eine temporäre IV-Rente zugesprochen habe (A.S. 21 ff.) Er habe sich im erwähnten Zeitraum insgesamt sieben eingreifenden Operationen unterziehen müssen. Alleine diese ständigen operativ und therapeutisch bedingten Abwesenheiten hätten seine Anstellung in dieser Zeit für jeglichen potentiellen Arbeitgeber überwiegend wahrscheinlich unzumutbar erscheinen lassen. Indem die Beschwerdegegnerin es unterlassen habe, die Zusprache einer temporären IV-Rente zu prüfen, habe sie ihre Untersuchungspflicht verletzt. Weiter wirft der Beschwerdeführer der

Beschwerdegegnerin vor, den Sachverhalt nicht genügend abgeklärt zu haben (A.S. 28 ff.). Die Beschwerdegegnerin wäre gehalten gewesen, beim RAD eine abschliessende Beurteilung einzuholen und wäre gehalten gewesen, eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeiten (EFL) einzuleiten. Auch wäre eine ophthalmologische Abklärung angezeigt gewesen. Der Beschwerdeführer rügt weiter den Umstand, im F.____-Gutachten sei der Bericht von Dr. med. R.____ vom D.____ vom 23. Juli 2015 nicht berücksichtigt worden (vgl. E. II. 4.12.1 hiervor). Dieser fehle in der Aktenaufzählung. Ausserdem sei das Gutachten nicht vollständig, weil es an einem exakten Arbeitsplatzprofil fehle. Ausserdem habe sich im Zeitpunkt der Begutachtung der Gesundheitszustand noch gar nicht stabilisiert gehabt. Die Ergebnisse der Operationen im Jahr 2016 hätten noch nicht berücksichtigt werden können. Abschliessend moniert der Beschwerdeführer das ihm angerechnete Valideneinkommen als deutlich zu tief (A.S. 32 ff.). Statt von CHF 66'300.00 sei von mindestens CHF 112'932.00 auszugehen. Hätte die Kirchgemeinde wie beabsichtigt und geplant weiter wachsen könne, wäre es der Kirche auf Grund der veränderten finanziellen Lage möglich gewesen, ihm einen höheren (marktgerechten) Lohn auszurichten. Im massgeblichen Beurteilungsjahr 2016 hätte er auf eine 16-jährige Anstellung zurückblicken können. Ein 56-jähriger Geistlicher mit Universitätsabschluss und Leitungsfunktion in einer Kirchgemeinde hätte im Jahre 2016 gemäss individuellem Lohnrechner Salarium 2012 einen Monatslohn von CHF 9'411.00 respektive einen Jahreslohn von CHF 112'932.00 erzielen können (Zentralwert, Median) ohne Berücksichtigung der seit 2012 erfolgten Realloohnerhöhungen und Teuerungsanpassungen, was bereits bei einem Invalideneinkommen von CHF 62'429.00 zu einem leistungsbegründenden Invaliditätsgrad von 44,7 % führen würde. Gleichzeitig erklärt sich der Beschwerdeführer mit dem ihm angerechneten Invalideneinkommen als nicht einverstanden (A.S. 35 ff.). Dieses ist mit CHF 62'429.00 seiner Ansicht nach zu hoch. Dies berücksichtige seine medizinischen Einschränkungen bei weitem nicht.

6.

6.1 Vorab ist zu prüfen, ob es sich beim F.____-Gutachten um eine beweiskräftige Expertise im Sinne der Rechtsprechung handelt (vgl. E. II. 3.3 hiervor): Das orthopädische Gutachten vom 7. September 2015 verfügt über eine ausführliche Zusammenfassung der Vorakten, gibt die subjektive Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers wieder, gefolgt von den Ausführungen zur Untersuchung. Dabei wurde nicht nur eine äussere Untersuchung durchgeführt, sondern auch eine Laboruntersuchung des Blutes sowie des Urins. Ebenso wurde aufgrund der vom Beschwerdeführer neuerdings geklagten Kniebeschwerden ein Röntgenbild des Kniegelenks rechts angefertigt. Weiter enthält das Gutachten eine Diagnosestellung und eine ausführliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie Ausführungen dazu, welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer gar nicht mehr bzw. in welchem Umfang noch zumutbar sind. Die Beurteilung erscheint in sich stimmig und mit Blick auf die medizinische Vorgeschichte und mehrfachen operativen Eingriffe nachvollziehbar. Das F.____-Gutachten ist somit beweiskräftig und daher verwertbar. Dem Beschwerdeführer wird in einer angepassten Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Massgeblich dabei ist hauptsächlich, dass es sich um eine wechselbelastende Tätigkeit handelt, bei welcher der Beschwerdeführer mal sitzen, mal gehen und mal stehen kann und in keiner dieser Positionen länger verharren muss. Dies deckt sich denn auch mit den übrigen medizinischen Berichten wie denjenigen von Dr. med. R.____, Dr. med. G.____ oder auch denjenigen des D.____.

6.2 Der Beschwerdeführer rügt in seiner Beschwerdeschrift, der Bericht von Dr. med. R.____ vom 23. Juli 2015 werde im Gutachten nicht aufgeführt (vgl. E. II. 4.12.1 hiervor und E. II. 5.2 hiervor). Dazu ist jedoch zu sagen, dass die Untersuchung bei Dr. med. Q.____ am 5. Juni 2015 stattfand, der Bericht von Dr. med. R.____ erging erst rund anderthalb Monate später. Zudem war den F.____-Gutachtern im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung gar nicht bekannt, dass von Dr. med. R.____ eine Beurteilung vorgenommen worden war. Aus der Beurteilung von Dr. med. R.____ ging sodann auch nichts hervor, das das Ergebnis der orthopädischen Begutachtung zu beeinflussen vermocht hätte.

6.3 Die zumutbare Tätigkeit wird im Gutachten genügend umschrieben. Insbesondere ist dem Gutachten genau zu entnehmen, bei welchen Bewegungen der Beschwerdeführer eingeschränkt ist, welche Tätigkeiten er gar nicht mehr ausführen sollte und welche Gewichtslimiten zu beachten sind (vgl. E. II. 4.11.4 hiervor). Weiter äussert sich das Gutachten auch zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten wie auch in einer Verweistätigkeit und gibt Auskunft darüber, ob vermehrte Pausen angezeigt sind. Das Gutachten setzt sich insbesondere mit der angestammten Tätigkeit als Pastor auseinander, indem angegeben wird, welche der in diesem Beruf enthaltenen Tätigkeiten noch ausführbar sind und welche nicht bzw. bei welchen der Beschwerdeführer eingeschränkt ist.

6.4 Auch dem beschwerdeführerischen Einwand, die Ergebnisse der Operation im Jahr 2016 hätten im Begutachtungszeitpunkt nicht berücksichtigt werden können, kann nicht gefolgt werden, denn bei diesem operativen Eingriff wurde lediglich das Osteosynthesematerial entfernt (ein Débridement [vgl. IV-Nr. 64 S. 3] und auch die geplante Re-Operation am hinteren Sprunggelenk [IV-Nr. 67 S. 2, Anamnese] wurden nicht vorgenommen). Der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers hatte sich bereits vor der Metallentfernung soweit stabilisiert, dass er gutachterlich abgeklärt werden konnte. Der Gesundheitszustand wurde von der Entfernung des Osteosynthesematerials nicht tangiert. Daher bestand kein Anlass, diesen Eingriff abzuwarten.

6.5 Der Beschwerdeführer bringt in seiner Beschwerdeschrift weiter vor, beim RAD hätte eine abschliessende Beurteilung eingeholt werden müssen und es wäre eine EFL angezeigt gewesen. Ein EFL-Testverfahren ist jedoch allenfalls dann in Betracht zu ziehen, wenn sich die beteiligten Fachärzte ausser Stande sehen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen, und deshalb eine konkrete leistungsorientierte berufliche Abklärung als zweckmässigste Massnahme ausdrücklich empfehlen (BGer-Urteile 9C_768/2011 vom 8. Februar 2012 E. 2.4 und 9C_556/2012 vom 25. Februar 2013 E. 5.4). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Dr. med. Q.____ äussert sich klar dazu, was dem Beschwerdeführer noch zumutbar ist und was nicht. Er differenziert sogar innerhalb seiner bisherigen Tätigkeit als Pastor, welche Teiltätigkeiten davon noch verrichtet werden können und welche nicht bzw. bei welchen er eingeschränkt ist. Eine EFL war unter diesen Gegebenheiten nicht angezeigt und es ist der Beschwerdegegnerin somit nicht vorzuwerfen, dass sie keine solche eingeholt hat. Aus demselben Grund war es denn auch nicht notwendig, beim RAD eine abschliessende Beurteilung einzuholen. Das Gutachten äussert sich klar zu den zumutbaren bzw. eingeschränkt zumutbaren Tätigkeiten und ergibt eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Verweistätigkeit. Somit bestand auch kein Anlass, die Arbeitssituation vor Ort zu evaluieren, wie dies seitens des RAD vorgeschlagen wurde.

6.6 Einen weiteren Vorwurf erhebt der Beschwerdeführer dahingehend, die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, die Zusprache einer temporären Rente zu prüfen.

Gemäss Hausarztbericht vom 1. Juni 2011 war der Beschwerdeführer ab 1. April 2011 erneut arbeitsunfähig (IV-Nr. 6.3 S. 3 f., vgl. E. II. 4.2 hiervor) und zwar durchgehend bis mindestens 1. Mai 2013 (ab 1. Mai 2013 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres [IV-Nr. 32 S. 5 ff., vgl. E. II. 4.6 hiervor], anschliessend Operation am 20. August 2013 [vgl. E. 4.7 hiervor]). Die Arbeitsunfähigkeit betrug in dieser Zeit zwischen 40 % und 100 %. Am 20. August 2013 kam es dann zu einem erneuten operativen Eingriff am linken Sprunggelenk. Gemäss F.____-Gutachten zog dieser Eingriff aus orthopädischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit während neuen Monaten nach sich, anschliessend eine 75%ige während sechs Wochen und eine 50%ige während weiterer sechs Wochen, so dass ein Wiedereinstieg in eine adaptierte (zu 100 %) oder in die angestammte (zu 70 %) Tätigkeit ab dem 21. August 2014 nachvollziehbar denkbar war (vgl. E. II. 4.11.4 hiervor). Im erwähnten Zeitraum von April 2011 bis zur erneuten Operation im August 2013 befand sich der Beschwerdeführer regelmässig in Behandlung. Trotz der Operation im Mai 2010 war der Beschwerdeführer von Schmerzen und körperlichen Einschränkungen geplagt. Einerseits weil die Operation nicht den gewünschten Erfolg brachte, andererseits, weil es sich bei Arthrose um eine chronische Erkrankung handelt. Erschwerend kam noch die Thrombose im Bereich des Unterschenkels links hinzu. Zu berücksichtigen gilt es auch, dass es sich bei den Operationen im Mai 2010 und im August 2013 um erheblich operative Eingriffe handelt, die nur vorgenommen werden, wenn Beschwerden in einem erheblichen Ausmass vorliegen. Nachvollziehbarerweise begründen solche Beschwerden auch Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Schlüssig erscheint denn auch, dass nach solchen Operationen der Heilungsprozess eine gewisse Dauer in Anspruch nimmt. Die vorhandenen echtzeitlichen Berichte der behandelnden Ärzte (Hausarzt und Spezialisten) stützten sich auf regelmässige Konsultationen und Untersuchungen, berücksichtigen die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, stimmen untereinander überein und ergeben ein einheitliches Beschwerdebild. Gestützt darauf sowie aufgrund der indizierten operativen Eingriffe erscheinen die dem Beschwerdeführer für die Zeit von April 2011 bis August 2013 attestierten Arbeitsunfähigkeiten als grundsätzlich - mit Vorbehalt hinsichtlich der Schwankungen ■ nachvollziehbar. Für die Zeit vom 21. August 2013 bis 21. August 2014 ist auf das beweiskräftige F.____-Gutachten abzustellen. Die übrigen attestierten Arbeitsunfähigkeiten, die sich auf die Zeit vor April 2011 bzw. auf die Zeit nach August 2014 beziehen, waren stets nur vorübergehender Natur, unabhängig davon, ob diese nun aus angiologischer, orthopädischer oder ophthalmologischer Sicht attestiert wurden.

Somit ist davon auszugehen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom 1. April 2011 bis 20. August 2013 eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % bestanden hat. Insgesamt ergibt sich aus dem Dargelegten, dass das Wartejahr (vgl. E. II. 2.2 hiervor) erst im April 2011 mit der attestierten 75%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. II. 4.6 hiervor) zu laufen begonnen hat. Ein allfälliger Rentenanspruch konnte somit im April 2012 entstehen (Anmeldung im Juli 2011; durchgehende mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit seit April 2011).

6.7 Eine ophthalmologische Begutachtung, wie sie vom Beschwerdeführer verlangt wurde, war nicht angezeigt. Die ophthalmologischen Beschwerden führten jeweils nur zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit. Auch der behandelnde Augenarzt war der Meinung, die bisherige Tätigkeit als Pastor sei dem Beschwerdeführer weiterhin zu 100 % zumutbar und zwar ohne Leistungseinbusse (vgl. E. II. 4.13.4 hiervor). Gemäss Aussage des Beschwerdeführers anlässlich der Instruktionsverhandlung vom 4. Juli 2017 sei es

insgesamt zu sieben Eingriffen am rechten Auge gekommen, vier davon seien operative Eingriffe gewesen und drei Laserbehandlungen (vgl. Protokoll der Parteibefragung vom 4. Juli 2017, S. 4 RZ 34 ff.). Im Juli 2016 sei der letzte Eingriff erfolgt, bei dem ein Silikonband eingefügt wurde, um den Druck, der auf der Netzhaut lastete, zu minimieren. Bislang sei der Zustand gut. Aufgrund des stabilisierten Zustandes bestand für die Beschwerdegegnerin kein Anlass, eine ophthalmologische Begutachtung durchzuführen.

Auch für eine zusätzliche angiologische Abklärung gab es kein Erfordernis. Dr. med. R.____ bezeichnete die chronische venöse Insuffizienz (bei postthrombotischem Syndrom nach wahrscheinlich tiefer Beinvenenthrombose links im Mai 2010) als irrelevant für die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 67). Dr. med. R.____ kam zudem zum Schluss, dass aufgrund der durchgeführten phlebologischen Beurteilung keine Limitationen bestünden. Es bestanden somit keinerlei Anhaltspunkte, die venösen Beschwerden des Beschwerdeführers noch weiter abzuklären. Insofern kann es der Beschwerdegegnerin auch nicht angelastet werden, wenn sie diesbezüglich kein Gutachten in Auftrag gegeben hat.

6.8 Insgesamt ist dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Pastor in einer Freikirche zu 70 % und eine angepasste Verweistätigkeit zu 100 % zumutbar. Anlässlich der Parteibefragung vom 4. Juli 2017 sagte der Beschwerdeführer aus, er schätze, um in einer reformierten Kirche arbeiten zu können, müsste er wohl noch ein paar Kurse besuchen, ansonsten wäre es für ihn (von der Ausbildung her) wohl kein Problem. Er habe halt einfach etwas Schwierigkeiten damit, was sie in der reformierten Kirche glaubten. In der Ostschweiz sei dies anders. Dort gebe es verschiedene Kirchgemeinden, bei denen er es sich überlegen könnte (vgl. Protokoll Parteibefragung vom 4. Juli 2017, S. 8, RZ 18 ff.). Würde sich der Beschwerdeführer dafür entscheiden, in einer staatlichen Kirche sein Amt auszuüben, müsste er aufgrund des kürzeren Gottesdienstes nicht mehr anderthalb bis zwei Stunden am Stück stehen und aufgrund der verkürzten Gottesdienstdauer, müsste er auch weniger Zeit für die Predigt aufwenden und daher weniger lange sitzen. D.h., würde sich der Beschwerdeführer für eine staatliche Kirche in der Ostschweiz entscheiden, so könnte er einerseits weiterhin seiner angestammten Tätigkeit nachgehen und andererseits könnte er diese möglicherweise auch in einem höheren Pensum als 70 % ausüben. Massgebend ist vorliegend allerdings, dass in einer angepassten Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Darauf ist der nachfolgende Einkommensvergleich abzustützen.

7. Um den Invaliditätsgrad bestimmen zu können, 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 i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG).

7.1 Für die Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des Rentenbeginns (hier: April 2012) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde. Dieses Gehalt ist, wenn nötig, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung anzupassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_671/2010 vom 25. Februar 2011 E. 4.5). Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE

135 V 58 E. 3.1 S. 59 mit Hinweisen).

7.1.1 Gemäss Arbeitgeberbericht vom 14. Juli 2012 (IV-Nr. 20) hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2012 bei voller Arbeitsfähigkeit ein Einkommen von CHF 66'300.00 erzielt. Dabei handelte es sich gemäss seiner Aussage anlässlich der Instruktionsverhandlung um einen sogenannten Bedürfnislohn. Ein solcher orientiert sich daran, was die betreffende Person benötigt, ob sie ledig oder verheiratet ist, wie alt die betreffende Person ist etc. (vgl. Protokoll der Parteibefragung vom 4. Juli 2017, S. 4 RZ 23 ff.). Gemäss Aussage des Beschwerdeführers sei ganz klar vorgesehen gewesen, dass sein Lohn steigen sollte. Er und seine Frau seien seit dem Jahr 2000 bei der christlichen Gemeinde B.____ [...] gewesen und hätten diese von Grund auf aufgebaut (Protokoll der Parteibefragung, S. 1 RZ 2 ff.). Zu Beginn habe es noch keine Mitglieder gegeben. Mit der Zeit seien immer mehr Leute dazugestossen. Die Kirchgemeinde sei stetig gewachsen, wobei er keine genauen Angaben über die Mitgliederzahl machen könne (Protokoll der Parteibefragung, S. 3 RZ 1 ff.). Viele Leute seien einfach so dabei gewesen, die Mitgliedschaft habe keine so grosse Rolle gespielt. Man habe dann nach einem grösseren Saal gesucht. In einem Fabrikareal habe man einen Saal für 100 Leute gefunden. Da er dann aber aufgrund seiner gesundheitlichen Situation seine Leistung nicht mehr erbringen können, hätten sich die Leute anderen Kirchen zugewandt.

7.1.2 Aus dem IK-Auszug ist ersichtlich, dass das Einkommen des Beschwerdeführers seit dem Jahr 2000 stetig angestiegen ist (IV-Nr. 75 S. 4 ff.). Gemäss Arbeitgeberbericht hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2012 ein Einkommen von CHF 66'300.00 erzielt (IV-Nr.20 S. 3 oben). Der Beschwerdeführer macht geltend, sein Lohn wäre weiterhin gestiegen und im Verfügungszeitpunkt sei von einem massgeblichen Valideneinkommen von mindestens CHF 112'932.00 (gemäss Beschwerdeschrift) bzw. CHF 130'000.00 (gemäss Parteivortrag anlässlich der Hauptverhandlung) auszugehen. Aufgrund der vergrösserten Kirchgemeinde wäre es möglich gewesen, ihm einen höheren (marktgerechten) Lohn auszurichten. Als einziger Anhaltspunkt für das Valideneinkommen findet sich in den Akten der für das Jahr 2012 angegebene Verdienst von CHF 66'300.00 mit dem Hinweis, dass es sich dabei um einen Bedürfnislohn handle. Gemäss IK-Auszug stellt sich die Lohnentwicklung von 2000 bis 2011 (bevor dann im Jahr 2012 IV-Taggelder bezogen wurden) wie folgt dar:

2000:	CHF 31'909.00
2001:	CHF 30'153.00
2002:	CHF 32'140.00
2003:	CHF 32'140.00
2004:	CHF 39'820.00
2005:	CHF 40'300.00
2006:	CHF 46'858.00
2007:	CHF 52'857.00
2008:	CHF 56'550.00
2009:	CHF 56'128.00
2010:	CHF 58'000.00

2011: CHF 61'200.00

Der Beschwerdeführer ist seit 1991 verheiratet (IV-Nr. 3). Dieser Umstand ist demnach in den von 2000 bis 2011 ausgerichteten Bedürfnislöhnen bereits berücksichtigt ebenso wie sein Alter und die zunehmende Berufserfahrung. Von 2000 bis 2011, d.h. innerhalb von elf Jahren, hat sich sein Einkommen um rund CHF 30'000.00 erhöht. Gemäss seiner Aussage in der Beschwerdeschrift hätte sich sein Einkommen von 2011 bis 2016, d.h. innert fünf Jahren, um weitere CHF 51'732.00 erhöht. Für diese Voraussage existieren in den Akten allerdings keine Anhaltspunkte. Der Beschwerdeführer hat zwar anlässlich der Parteibefragung ausgesagt, die Kirchengemeinde sei stetig gewachsen und sie hätten einen Saal gemietet, in dem 100 Personen Platz gehabt hätten, wie viele zahlende Mitglieder jedoch effektiv dabei waren, konnte er nicht sagen. Auch in den Akten finden sich keine Dokumente, aus denen (steigende) Mitgliederzahlen, Mitgliederbeiträge oder Spenden ersichtlich wären und die für das Jahr 2016 geltend gemachte Lohnsumme stützen würden. Das geltend gemachte Einkommen von CHF 112'932.00 ist für einen Pfarrer zwar nicht abwegig, doch gilt es zu beachten, dass es sich beim Beschwerdeführer um einen Pastor einer Freikirche handelt, dessen Einkommen tatsächlich von der Anzahl Mitglieder abhängig ist. Wie sich der Mitgliederbestand und die Finanzlage der Freikirche nach 2011 entwickelt hätte, wenn der Beschwerdeführer seine Arbeit hätte fortsetzen können, ist unklar. Es können einzig Spekulationen angestellt werden, die aber keine Grundlage für die Invaliditätsbemessung bilden. Mangels zuverlässigen Indizien zur mutmasslichen Einkommensentwicklung im Gesundheitsfall und ausgehend davon, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall weiterhin bei der christlichen Gemeinde B.____ gearbeitet hätte (gemäss eigener Aussage wäre ein Wechsel zu einer Staatskirche nicht in Frage gekommen, zumindest nicht in der hiesigen Region [vgl. Protokoll der Parteibefragung, S. 8 RZ 18 ff.]), ist auf die allgemeine Lohnentwicklung und somit auf den im Arbeitgeberbericht für das Jahr 2012 angegebenen Lohn von CHF 66'300.00 abzustützen.

7.2 Das Invalideneinkommen ist entweder ausgehend vom tatsächlich erzielten Verdienst oder auf der Basis statistischer Werte (Schweizerische Lohnstrukturerhebung [LSE]) zu bestimmen.

7.2.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 124 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf jedoch 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5B/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 8C_724/2012 vom 8. Januar 2013 E. 4.4).

7.2.2 Die Frage, ob aufgrund der Umstände ein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist oder nicht, ist eine Rechtsfrage, welche das Gericht frei zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Hat der Versicherungsträger einen Abzug gewährt, bilden dessen Bemessung dagegen eine Ermessensfrage. Bei deren Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle

darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzten. Es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 ff., 126 V 75 E. 6 S. 81).

7.2.3 Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns, d.h. im April 2012 52 Jahre alt. Er ist in der Lage, eine angepasste Verweistätigkeit in einem 100 %-Pensum auszuführen. Für leichte körperliche, wechselbelastende Arbeiten und ohne die Notwendigkeit auf unebenem Gelände laufen oder gehen zu müssen, Treppen oder Leitern steigen zu müssen, sei der Beschwerdeführer vollumfänglich ganztägig arbeitsfähig. Weiter besteht eine Gewichtslimite von 10 kg. Vor diesem Hintergrund hat die Beschwerdegegnerin einen leidensbedingten Abzug von 15 % gewährt. Diese Einschätzung lässt sich im Rahmen der Angemessenheitsprüfung nicht beanstanden. Der Beschwerdeführer verfügt über eine gute schulische und berufliche Ausbildung und ist Schweizer Bürger. Mit 52 Jahren hat der Beschwerdeführer denn auch noch eine mehr als zehnjährige berufliche Laufbahn vor sich, weshalb auch der Faktor «Alter» nicht zu einem höheren Abzug führen kann. Daher ist der gewährte Abzug von 15 % zu bestätigen.

7.3 Von August 2013 bis August 2014 ist gemäss F.____-Gutachten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Für die Zeit davor, d.h. ab April 2012 bis Juli bzw. Mitte August 2013, ist gestützt auf die echtzeitlichen medizinischen Berichte mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer durchgehenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Zwar attestierte der Hausarzt kurzzeitige, davon abweichende Arbeitsunfähigkeiten. Diese Abweichungen waren jedoch vorübergehend und der Grund für die unterschiedlichen Einschätzungen lässt sich den Akten höchstens teilweise entnehmen. Eine erhebliche, dauerhafte Veränderung ist daher nicht ausgewiesen und es ist für den gesamten Zeitraum von April 2012 bis Juli 2013 von 50 % auszugehen. Da die angestammte Tätigkeit in den damaligen, echtzeitlichen ärztlichen Stellungnahmen als geeignet angesehen wurde, hat diese Einschränkung auch für Verweistätigkeiten Gültigkeit. Der Beschwerdeführer war somit während des genannten Zeitraums in sämtlichen geeigneten Tätigkeiten zu 50 % arbeitsunfähig.

7.3.1 Unter der Annahme, die bisherige Tätigkeit sei für diesen Zeitraum als leidensangepasste Arbeit zu betrachten, wird der Invaliditätsgrad mit Blick auf die angestammte Tätigkeit ermittelt. Demnach bilden die im Arbeitgeberbericht angegebenen CHF 66'300.00 die Ausgangsgrösse.

Valideneinkommen 2012 bei 100 %: CHF 66'300.00

Invalideneinkommen 2012 bei 50 %: CHF 33'150.00

Erwerbseinbusse: CHF 33'150.00

IV-Grad: 50 %

Stellt man für das Invalideneinkommen auf die von der Beschwerdegegnerin gewählten und nicht zu beanstandenden Werte der LSE-Tabelle T 17 (Monatlicher Bruttolohn nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht) aus dem Jahr 2012 ab und stützt man sich auf die Berufsgruppe «Bürokräfte und verwandte Berufe» des Kompetenzniveaus 2, Total, Männer, (CHF 5'871.00 pro Monat), ergibt sich unter Berücksichtigung der im Jahr 2012 geltenden durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Total 2012) ein jährliches Valideneinkommen von CHF 73'446.00. Wird für das Invalideneinkommen der

von der Beschwerdegegnerin gewählte Abzug vom Tabellenlohn von 15 %, der zwar hoch aber noch angemessen erscheint, berücksichtigt, ergibt sich für ein 50 %-Pensum ein jährliches Invalideneinkommen von CHF 31'215.00 und somit ein IV-Grad von 57 %.

Valideneinkommen 2012 bei 100 %: CHF 73'446.00

Invalideneinkommen 2012 bei 50 %: CHF 31'215.00

Einkommenseinbusse: CHF 42'231.00

IV-Grad: 57 %

Somit ergibt sich für die Zeit von April 2012 bis 19. August 2013 bzw. unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV bis Oktober 2013 (vgl. E. II. 2.3 hiervor) ein Anspruch auf eine halbe IV-Rente.

7.3.2 Gemäss F.____-Gutachten ist für die Zeit von August 2013 bis August 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Ein Einkommensvergleich erübrigt sich daher und es besteht für die Zeit von November 2013 bis November 2014 (wiederum unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV) ein Anspruch auf eine befristete ganze Rente.

7.3.3 Ab 21. August 2014 besteht in einer Verweistätigkeit wiederum eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Für das Valideneinkommen wird das Einkommen gemäss Arbeitgeberbericht (CHF 66'300.00) für das Jahr 2014 aufindexiert (Teuerung Stand 2012: 101.2 / Stand 2014: 101.7, Wirtschaftszweig Q, Tabelle T1.10). Für das Invalideneinkommen wird auf den Tabellenlohn 2012 (gemäss E. II. 7.3.1 hiervor, d.h. CHF 73'446.00) abgestützt und ebenfalls für das Jahr 2014 aufindexiert (Teuerung Stand 2012: 101.5 / Stand 2014: 103.5, Wirtschaftszweig N, Tabelle T1.10). Zu berücksichtigen ist beim Invalideneinkommen wiederum ein Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von 15 %. Der Einkommensvergleich stellt sich somit wie folgt dar:

Valideneinkommen 2014 bei 100 %: CHF 66'628.00

Invalideneinkommen 2014 bei 100 %: CHF 63'659.00

Einkommenseinbusse: CHF 2'969.00

IV-Grad: 5 %

Somit ist ab Dezember 2014 (vgl. E. II.

E. 8

8.1 Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine anteilmässige Parteientschädigung. Bei bloss teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das weitergehende Rechtsbegehren den Prozessaufwand erhöht hat. Hätte sich der Beschwerdeführer darauf beschränkt, den ihm zugesprochenen Anspruch geltend zu machen, wäre der grösste Teil des Aufwands entfallen. Der Zeitaufwand hätte sich auf rund einen Viertel reduziert. Dementsprechend ist die Parteientschädigung zu bemessen. Das Gericht setzt die Kosten der berufsmässigen Vertretung nach dem Aufwand fest, welcher für eine sorgfältige und pflichtgemässe Vertretung erforderlich ist (§ 161 Abs. 1 Kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11]). Insgesamt macht der Vertreter des Beschwerdeführers Kosten für anwaltliche Bemühungen (inkl. Auslagen und 8 % Mwst) in der Höhe von CHF 7'823.85 geltend. In Anbetracht des darin geltend gemachten Kanzleiaufwands, der nicht zusätzlich vergütet wird, sondern im Stundenansatz eines Rechtsanwalts bereits enthalten ist, der Kopien, die mit jeweils

CHF 1.00 statt mit CHF 0.50 pro Stück verrechnet wurden (§ 160 Abs. 5 GT), des überhöhten Stundenansatzes (praxisgemäss wird nur im Ausnahmefall ein höherer Stundenansatz als CHF 260.00 zugesprochen; ein solcher ist vorliegend jedoch nicht gegeben) sowie mit Blick auf vergleichbare Fälle, erscheinen die geltend gemachten Kosten zu hoch. Die dem Beschwerdeführer zuzusprechende Parteientschädigung wird auf pauschal CHF 1'500.00 (inkl. Auslagen und 8 % Mwst) festgesetzt. 8.2 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. Im vorliegenden Fall unterliegt der Beschwerdeführer im Umfang von drei Vierteln weshalb er Verfahrenskosten im Umfang von CHF 750.00 zu bezahlen hat, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zu verrechnen sind. Die Differenz von CHF 250.00 ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten. Entsprechend ihrem Unterliegen von einem Viertel hat die Beschwerdegegnerin CHF 250.00 der Verfahrenskosten zu übernehmen.

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