

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01067 vom 2. Dezember 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-12-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.01067](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.01067)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01067 du 2 décembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01067 del 2 dicembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1961, war zuletzt von 1999 bis Februar 2004 bei der Y.\_\_\_\_ als Maschinist Profilbearbeitungszentrum tätig

(Urk. 7/3/4). Unter Hinweis auf eine seit 2004 bestehende depressive Symptomatik und auf posttraumatische Belastungssymptome meldete sich der Versicherte am 21. Oktober 2010 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/4 Ziff. 6.2-3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte bei Dr.

med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten ein, das am 26. Mai 2011 erstattet wurde (Urk. 7/22).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/81, Urk. 7/92, Urk. 7/94) sprach die IV-Stelle

dem Versicherten

mit Verfügung vom 22. Oktober 2013 eine von April bis August 2011 befristete ganze Invalidenrente zu (Urk. 7/96 und Urk.

7/103 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der

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

### **E. 1.3**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.4**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). 1. 5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die

geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 21. November 2013 Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. Oktober 2013 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm von April 2011 bis 31. August 2011 eine ganze und ab 1. September 2011

eine halbe Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei die Sache zur Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens beziehungsweise zur Anordnung einer beruflichen Umschulung an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. Januar 2014 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrer Verfügung (Urk. 2) die von April bis Ende August 2011 befristete Zusprache einer ganzen Invalidenrente damit, der Beschwerdeführer habe nach Ablauf der Wartezeit per 17. März 2010 andauernd seine angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben können und auch eine angepasste Tätigkeit sei nicht zumutbar gewesen.

Gemäss dem

Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom Mai 2011 habe sich der Gesundheitszustand derart verbessert, dass der Beschwerdeführer seit diesem Zeitpunkt in einer angepassten leichten bis mittelschweren, rückschonenden, wechselbelastenden

Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei.

Die nachgereichten medizinischen Berichte lieferten keine neuen relevanten Erkenntnisse.

Der Beschwerdeführer sei bereits erfolglos bei der beruflichen Wiedereingliederung unterstützt und die Eingliederungsmassnahmen seien im März 2013 abgeschlossen worden. Es sei ihm zuzumuten, selbständig nach Stellen zu suchen, zumal seit Mai 2011 von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % für angepasste Tätigkeiten ausgegangen werden könne (Verfügungsteil 2, S. 1 ff.).

### **E. 2.2**

).

Eine Verschlechterung in psychischer Hinsicht seit der psychiatrischen Begutachtung bei Dr. Z.\_\_\_\_

im Mai 2011 ist jedoch nicht ausgewiesen, zumal die behandelnde Psychiaterin jedenfalls seit Frühjahr 2011 durchgehend auch aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % bescheinigte, selbst in Zeiten, in denen sich der Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht stabil fühlte. Bereits in ihrem Bericht vom Dezember 2010 (vorstehend E.

3.2) war unklar, worauf sie die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 50

% denn stützte. So verwies sie mehrfach auf die Rückenschmerzen des Beschwerdeführers und führte auch aus, dass die somatischen Einschränkungen im Vordergrund stünden. Dass der Beschwerdeführer - wie Dr. C.\_\_\_\_

aufführte - aufgrund seiner vermeidenden Haltung gehindert sei, Probleme rechtzeitig anzugehen und sich durch sein Helfersyndrom in schwierige Lagen bringe sowie überempfindlich auf Kritik reagiere ,

vermag aus invalidenversicherungs rechtlicher Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen.

Das Gleiche gilt für psychosoziale Belastungsfaktoren wie gescheiterte berufliche Eingliederungsversuche und die selbstlose Unterstützung von Angehörigen, die Dr. C.\_\_\_\_ nicht ausreichend vom eigentlichen Krankheitsgeschehen abgrenzte .

Der Umstand, dass der Beschwerdeführer im Arbeitstraining

keine volle Leistung erreichte , ist auch nicht entscheidend. Ist doch die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteil des Bundesgerichts I 936/05 vom 2. April 2007 E. 3.3) .

Den von Dr . B.\_\_\_\_ ausgestellten Arbeitsunfähigkeitszeugnissen (Urk.

7/94/20 21) lässt sich nicht entnehmen , aufgrund von welchen Beschwerden diese ausgestellt wurden. Im Übrigen hat das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Aus dem

fachärztlichen

Bericht betreffend das Wirbelsäulenleiden gehen

keine weitergehenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit hervor. So empfahl Dr. F.\_\_\_\_ im November 2011 (vorstehend E. 3.4 ) bei festgestellter ausgesprochener muskulärer Dekonditionierung die Verbesserung der Rumpfmuskulatur durch tägliches Schwimmen. Zu einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit äusserte er sich nicht.

Der Kardiologe Prof. I.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.8 ) schloss im Mai 2012 aus, dass die anstrengungsabhängigen Brustbeschwerden beim Beschwerdeführer

auf eine koronar-ischämische Ursache zurückzuführen seien. Betreffend das Herzleiden empfahl er eine Sekundärprophylaxe mit einem Statin und mit Aspirin und eine intensivierte Behandlung der COPD mittels Steroidstoss.

In Anbetracht dieser Aktenlage kann daher der Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ , RAD , vom Mai 2013 (vorstehend E. 3.10) gefolgt werden, dass weder von der Herzproblematik her noch durch die behandelte COPD eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit resultiere. 4.3

Nach dem Gesagten ist Dr. Z.\_\_\_\_ und

Dr. G.\_\_\_\_, RAD, folgend davon auszu gehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Schreiner nicht mehr

arbeitsfähig ist, der medizinische Sachverhalt aber als dahingehend erstellt zu erachten ist, dass ihm spätestens ab Mai 2011 eine behinderungsangepasste, rücken schonende Tätigkeit zu 100 % möglich und zumutbar ist.

Dass seither eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten wäre, ist nicht ausgewiesen. 5.

5.1

Hinsichtlich des vorzunehmenden Einkommensvergleiches kann offen bleiben, ob die Voraussetzungen für die Ermittlung des Invaliditätsgrads durch Prozentvergleich gegeben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_100/2010 vom 23.

März 2010 E. 2.1). Aufgrund der Akten können jedenfalls weder Validen- noch Invalideneinkommen anhand des tatsächlich erzielten Verdienstes vor und nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestimmt werden. So war der Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens nicht erwerbstätig, respektive hat letztmals im Jahr

2004 ein (geringes) Einkommen auf dem primären Arbeitsmarkt erzielt (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto ; Urk.

7 / 8 ).

Grundsätzlich ist für die Festsetzung des Invalideneinkommens nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 135 V 267 E. 5.2). Nicht das hypothetische Einkommen im Invaliditätsfall soll mithin für die Ermittlung des Invalideneinkommens massgebend sein, sondern im Regelfall der tatsächlich erzielte Verdienst. Da der Beschwerdeführer jedoch derzeit nicht erwerbstätig ist, ist zur Ermittlung des Invalideneinkommens ebenfalls auf Tabellenlöhne abzustellen.

Die beiden Einkommensgrössen sind daher ausgehend vom gleichen Tabellenlohn (Durchschnittslohn für Männer für sämtliche Hilfstätigkeiten) zu ermitteln. Unter diesen Umständen entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 (Urteil des Bundesgerichts 9C\_100/2010 vom 23. März 2010 E. 2.3.2.2 mit Hinweisen). 5.2

Da sich der Beschwerdeführer erst im Oktober 2010 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 7/4, Urk. 7/6) und der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach seiner Geltendmachung entsteht (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), besteht ein solcher erst ab April 2011. Zu diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer noch zu 100 % arbeitsunfähig. Hingegen ist ab Mai 2011 in angepasster Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (vorstehend E. 4.3).

Demnach resultiert bei der von

April

bis Mai 2011 vorliegenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit ein Invaliditätsgrad von 100 %.

In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV besteht demzufolge ab Rentenbeginn per 1. April 2011 ein bis Ende August 2011

(1. Mai 2011 zuzüglich drei Monate ) befristeter Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Danach resultiert bei einem - höchstens gerechtfertigten - leidensbedingten Abzug von 10 % ein diesem entsprechender Invaliditätsgrad von 10 %, bei welchem Ergebnis kein weiterer Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. 6. 6.1

Weiter zu prüfen ist der vom Beschwerdeführer gestellte Antrag auf Umschulung zum Möbelzeichner oder im Computerbereich (Urk. 1 S. 6 oben). 6.2

Gemäss Art. 17 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann (Abs. 1). Der Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit ist die Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf gleichgestellt (Abs. 2). Als Umschulung gelten gemäss Art. 6 Abs. 1 IVV Ausbildungsmassnahmen, die Versicherte nach Abschluss einer erstmaligen beruflichen Ausbildung oder nach Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ohne vorgängige berufliche Ausbildung wegen ihrer Invalidität zur Erhaltung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit benötigen.

Der Anspruch auf Umschulung setzt voraus, dass die versicherte Person wegen der Art und Schwere des Gesundheitsschadens im bisher ausgeübten Beruf und in den für sie ohne zusätzliche berufliche Ausbildung offen stehenden zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinkunftslosigkeit von etwa 20 % erleidet, wobei es sich um einen blossen Richtwert handelt (BGE 124 V 108 E. 2a und b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 488 E. 4.2; AHI 2000 S. 27 E. 2b und S. 62 E. 1 je mit Hinweisen). 6.3

Wie ausgeführt (vorstehend E. 6.2 ) besteht ein Anspruch auf Umschulung ab einem Invaliditätsgrad von rund 20 %. Da vorliegend bei einem Invaliditätsgrad von 10 % (vorstehend E. 5 .2) die Erheblichkeitsschwelle demnach nicht erreicht wurde, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Umschulung.

Demnach erweist sich die Verfügung vom 22. Oktober 2013 als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt . 7. 7 .1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7 .2

Mit Kostennote vom 19 . November 2014 (Urk. 10 ) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von insgesamt 8 Stunden und Barauslagen von Fr. 35.-- geltend, was als angemessen erscheint (§ 34 Abs.

3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ). Demgemäss ist Rechtsanwalt Urs P. Keller bei einem gerichtsblichen Stundenansatz von Fr. 200.--

mit Fr. 1'765.80 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Urs P. Keller, Zollikon, wird mit Fr. 1'765.80 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Urs P. Keller -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Mosimann  
Schucan

### **E. 2.3**

Unbestritten blieb die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente von 1. April bis 31. August 2011.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Rente ab September 2011 verneint hat und ob ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Umschulung besteht.

3.

3.1

Dr. med.

B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, stellte in seinem Bericht vom 21. November 2010 (Urk. 7/12) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):  
- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, bestehend mindestens seit 2005 -  
ängstliche Persönlichkeitsstörung, schon immer - Diskushernie L5/S1 mit  
Nervenwurzelkompression S1, bestehend seit 2009

Dr. B.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Lungen-Tuberkulose im Jahr 1984 und eine leichte COPD mit Lungenemphysem, bestehend seit 2005.

Der Beschwerdeführer sei seit April 2004 bei ihm in Behandlung und die letzte Kontrolle habe am 1. Oktober 2010 stattgefunden (Ziff. 1.2). Es handle sich um einen entwurzelten Patienten mit einsamem Lebensstil. Er leide an chronischen Lendenwirbelsäulenschmerzen und es bestehe deswegen eine eingeschränkte Tragebelastung. Physisch sei er nur bedingt belastbar (Ziff. 1.4).

Seit dem 18. März 2009 bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei ihm

aufgrund der verminderten Belastbarkeit nicht mehr zumutbar (Ziff. 1.7). Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden (Ziff.

1.9). Eine IV-Werkstatt, wo der Druck des Bestehen- Müssens fehle, wäre optimal (Ziff. 1.11). In angepasster Tätigkeit sei eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50

% gegeben (S. 4). 3. 2

Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, D.\_\_\_\_, stellte in ihrem Bericht vom 22.

Dezember 2010 (7/15) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff.

1.1): - rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht bis mittelgradig ( ICD-10 F33.1), bestehend seit 2004 - posttraumatische Belastungsstörung ( ICD-10 F43.1) - vermeidende (ängstliche) Persönlichkeitsstörung ( ICD-10 F60.6) - somatisch: chronisches

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, lumbo radi ku läres Reizsyndrom S1 links

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer sei vom 6. Juli 2004 bis 29. Juni 2006 und erneut seit dem 7. Januar 2009 bei ihr in Behandlung. Die letzte Kontrolle habe am 14. Dezember 2010 stattgefunden (Ziff. 1.2). Der Beschwerdeführer sei am 30. Juni 2010 in die teilstationäre Behandlung eingetreten. Der Zeitpunkt der Entlassung sei offen (Ziff. 1.3).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe seit etwa 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Er sei somatisch durch die Rückenschmerzen eingeschränkt. Psychisch hindere ihn seine vermeidende Haltung, Probleme rechtzeitig anzugehen. Durch sein Helfersyndrom bringe er sich selber in schwierige Lagen. Er leide zudem unter Antriebslosigkeit (Ziff. 1.6).

Der Beschwerdeführer könnte sich gut vorstellen, wieder als CNC Programmierer zu arbeiten. Die zu erstellenden Teile dürften jedoch wegen seines Rückenproblems nicht schwer sein (Ziff. 1.7).

Dr. C.\_\_\_\_ führte weiter aus, die Einschränkungen des Beschwerdeführers liessen sich durch Weiterführung der psychiatrischen Behandlung und Behandlung der Rückenbeschwerden vermindern (Ziff. 1.8). Ab Frühjahr 2011 könne mit der Wiederaufnahme der Tätigkeit im Umfang von 50% gerechnet werden (Ziff.

1.9).

Zur Krankheitsentwicklung führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, der Versicherte sei von Juni bis September 1992 in einem bosnischen Kriegslager festgehalten worden und habe täglich Erniedrigungen erlebt und Todesangst verspürt. Im Dezember 1993 sei ihm die Flucht via E.\_\_\_\_ in die Schweiz gelungen, wo er Asyl bekommen habe. Aus der Schweiz habe er versucht, mit allen Mitteln den Verwandten und Freunden zu helfen, habe sich jedoch selber in eine sehr schwierige finanzielle und emotionale Lage gebracht.

Zum Psychostatus vom 14. Dezember 2010 führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, der Versicherte wirke leicht ungepflegt, sei wach, allseits orientiert, kooperativ und freundlich. Das Denken sei grübelnd. Anamnestisch habe er Flashbacks aus dem Kriegslager. Es lägen keine Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen, Ichstörungen oder Zwänge vor. Der Versicherte habe eine leise Stimme und sei etwas verlangsamt. Die Stimmung sei bedrückt. Er klage über Müdigkeit und starke Rückenschmerzen. Der Antrieb sei vermindert. Unter Remeron habe er weniger Ein- und Durchschlafstörungen. Es bestehe keine Suizidalität.

Der Versicherte sei stets pünktlich zu den Terminen erschienen und habe sich kooperativ und motiviert gezeigt. Bei der Einstellung auf die Psychopharmaka habe er gut und geduldig mitgewirkt. Bei den wichtigen Entscheidungen habe er jedoch motiviert werden müssen, und er ziehe sicher gerne zurück. Er habe Mühe, sich Unterstützung zu holen. Sein ausgeprägtes Stolzgefühl hindere ihn daran. Zur Zeit stehe die somatische Einschränkung im Vordergrund.

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, sie halte die Prognose für relativ günstig. Der Versicherte sei arbeitswillig und habe ein sehr fundiertes Fachwissen über Informatik, jedoch keine abgeschlossene Ausbildung auf diesem Gebiet (Ziff. 1.4). Der Patient sei auf die fachliche Unterstützung bei der Arbeitssuche und bei den Wiedereingliederungsmassnahmen angewiesen. Eine schrittweise Steigerung der Arbeitstätigkeit sei zu empfehlen (S. 5 f.) . 3.  
3

Dr. Z.\_\_\_\_ erstattete am 26. Mai 2011 sein psychiatrisches Gutachten (Urk.

7/22). Er nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert; ICD-10 F33.4. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine post traumatische Belastungsstörung, ICD-10 F43.1, und eine intermittierende Akzentuierung der ängstlich-abhängigen Persönlichkeitszüge, ICD-10 Z73.1

(S.

5 Ziff. 5.1-2).

Gemäss eigenen Angaben des Beschwerdeführers

fühle sich dieser gegenwärtig wenig depressiv und wolle auch arbeiten. Wegen seines Rückenleidens sei es sehr schwierig, eine entsprechende Arbeitsstelle für ihn zu finden. Er habe eine Umschulung beantragt, die jedoch abgelehnt worden sei (S. 4 Ziff. 3.3 unten).

Dr. Z.\_\_\_\_ führte aus, beim Exploranden bestünden aufgrund der anamnestischen Angaben weder eine genetische Vulnerabilität noch Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung der psychiatrischen Erkrankungen. Seine Kindheit sei ohne gravierende traumatische Ereignisse verlaufen. Er habe die Mittelschule abgeschlossen, und damit könnten beim Exploranden sowohl eine Intelligenzminderung als auch Verhaltensauffälligkeiten in der Kindheit und im Pubertätsalter sowie eine Persönlichkeitsstörung im frühen Erwachsenenalter ausgeschlossen werden. Er sei militärtauglich gewesen und habe einen einjährigen Militärdienst geleistet. Damit könnten gravierende Persönlichkeitsdefizite in Form einer Persönlichkeitsstörung zusätzlich ausgeschlossen werden. Der Explorand sei ausserdem im Erwachsenenalter über Jahre den sozialen Anforderungen gewachsen gewesen. Er habe jahrelang eine konstante Arbeitsleistung (in der letzten Firma habe er über 7 Jahre als CNC Programmierer und Maschinenbediener gearbeitet) erbracht. Anhaltende Störungen der Impulskontrolle seien weder anamnestisch erhoben, noch

aktenmässig dokumentiert worden, womit beim Exploranden eine Persönlichkeitsstörung definitiv ausgeschlossen werden könne .

Der Explorand habe in den Kriegswirren sehr viele gravierende traumatische Ereignisse erlebt, die zur Entwicklung einer leichten posttraumatischen Belastungsstörung geführt hätten, welche jedoch seine Arbeitsfähigkeit nie eingeschränkt habe (S. 6 Ziff. 6 oben) .

Er habe eine sehr enge Beziehung zu seinen Eltern und zu seiner Schwester, insbesondere Verantwortungsgefühle als einziger Sohn ihnen gegenüber, was eigentlich für seine persönlichen Ressourcen und gegen eine Persönlichkeitsstörung spreche. Die Familienkonstellation habe aber beim Exploranden schon aufgrund der Erziehungsart zur Bildung einer Persönlichkeit mit vermehrten ängstlich-abhängigen Zügen geführt, zu deren Akzentuierung es in den belastenden Situationen in den letzten Jahren gekommen sei.

Die Akzentuierung der Persönlichkeitszüge, erstmals nach dem Tod seiner Schwester im Jahr 2001 und Erkrankung seiner Mutter an Alzheimer so wie nach dem Verlust der Arbeitsstelle , habe im Jahr 2004 zum Ausbruch der ersten depressiven Episode geführt, weshalb der Explorand vom 6. Juli 2004 bis 29.

Juni 2006 in der regelmässigen psychiatrischen Behandlung bei Dr. C.\_\_\_\_ gewesen sei.

Seither habe er mehrere depressive und depressionsfreie Phasen gehabt, weshalb in diagnostischer Hinsicht von einer rezidivierenden depressiven Störung aus gegangen werden könne. Zur letzten depressiven Dekompensation sei es gemäss Akten im Januar 2009 gekommen . Seither habe der Explorand unter einer mit teilsgradigen depressiven Symptomatik gelitten, die seine Arbeitsfähigkeit seit Januar 2009 um etwa 50 % eingeschränkt habe. Vom 30.

Juni 2010 bis Ende 2010 sei er in der tagesklinischen Behandlung gewesen, weshalb ihm aufgrund der Therapiepräsenz eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für diesen Zeitraum zu attestieren sei (S. 6 Ziff. 6 Mitte).

Seit der tagesklinischen Behandlung sei es offenbar zu einer weiteren zunehmenden Verbesserung des psychischen Zustandes gekommen und anlässlich der Exploration vom 17. Mai 2011 habe sich der Explorand in psychopathologischer Hinsicht ganz unauffällig präsentiert, so dass man von einer Remission der letzten depressiven Episode ausgehen könne. Er habe während der Exploration ganz unauffällige psychokognitive Funktionen gezeigt, weshalb ihm auch keine weitere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestiert werden könne. Er stehe offenbar in fachlich sehr kompetenter Behandlung, die trotz mehrfachen Belastungen immer wieder zu Verbesserungen seines psychischen Zustandes und letztendlich auch zur vollständigen Remission der letzten depressiven Episode geführt habe.

Trotz der Remission der depressiven Störung bleibe die psychische Belastbarkeit des Exploranden postdepressiv weiterhin leicht reduziert, weshalb er eine fachliche Unterstützung bei der Stellensuche brauche. Unter Kombination der therapeutischen und beruflichen Massnahmen sei

mit der weiteren Stabilisierung des psychischen Zustandes des Exploranden und damit der Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auszugehen. Damit könne man dem Beschwerdeführer eine günstige Prognose stellen (S. 6 Ziff. 6 unten) .

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei von Januar 2009 bis 29. Juni 2010 zu 50 % und vom 30. Juni bis 31. Dezember 2010 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Vom 1. Januar bis Mai 2011 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden und seit dem 17. Mai 2011 sei der Explorand zu 100

% arbeitsfähig in der bisherigen Tätigkeit und auch in einer adaptierten Tätigkeit. Er könne sämtliche Tätigkeiten seinem Bildungsniveau entsprechend ohne Einschränkungen ausüben (S. 7 Ziff. 7.1-4).

Dr. Z.\_\_\_\_ führte weiter aus, der Explorand brauche dringend fachliche Unterstützung bei der Stellensuche für eine seinen körperlichen Leiden angepasste Tätigkeit. Bei mangelnder genetischer Vulnerabilität und Mangel an Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung der psychiatrischen Erkrankung sei von einer günstigen Prognose bezüglich der Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei ausschliesslich auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen. Der Explorand fühle sich gegenwärtig nur schmerzbedingt arbeitsunfähig, wobei auch objektiv aus psychiatrischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne (S. 7 Ziff. 8.2-5). 3. 4

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie,

fürte in seinem Bericht vom 2. November 2011 (Urk. 7/42/8-9) aus, der Patient weise eine ganz schlechte Stammmuskulatur auf. Die Haltung sei vornübergebeugt mit langgezogenem, verstärktem und fixierter Brustkyphose. Es bestehe eine schmerzhafte Funktionsstörung lumbal, keine radikuläre Irritation und keine radikuläre Kompression (S. 1).

Dr. F.\_\_\_\_ führte aus, es liege eine chronifizierte

thoraco-lumbovertbrale

Schmerzsymptomatik vor, im Rahmen der Segmentdegenerationen L5/S1, weniger L4/5 sowie bei Verdacht auf daselbst segmentale Instabilität bei ausgesprochen muskulärer Dekonditionierung. Es bestehe eine fixierte Fehlform der Brustwirbelsäule mit thoraco-vertebralem Schmerzsyndrom nach durchgemachtem Morbus Scheuermann sowie bei diffuser, idiopathischer, skelettaler

Hyperostose (S. 2 oben).

Es liege sicher keine vorbestehende Bechterew-Erkrankung vor. Der einzig therapeutische Ansatz bei diesem Patienten, neben den bisherigen Massnahmen und einer Erhöhung der Lyrica-Medikation auf 400mg versuchsweise, bestehe darin, den Nikotinkonsum einzustellen und mit dem gesparten Geld täglich eine Stunde im Hallenbad Crawlschwimmen zu beginnen, um die Rumpfmuskulatur zu verbessern. Ob dies in der Praxis umgesetzt werde, sei leider zu bezweifeln. Andere diagnostische Massnahmen oder invasive therapeutische Behandlungen seien nicht indiziert (S. 2 Mitte). 3. 5

Dr. B.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 4. März 2012 (Urk. 7/42/1-4) als neue Diagnose seit dem 21. November 2010 degenerative Veränderungen der Brustwirbelsäule/Lendenwirbelsäule und der Halswirbelsäule und einen Status nach Scheuermann. Es liege kein Morbus Bechterew vor. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine passagere Hämaturie, bestehend seit Dezember 2010 (Ziff. 1.1).

Der Beschwerdeführer sei seit dem 25. August 2004 bei ihm in Behandlung und die letzte Kontrolle habe am 29. Februar 2012 stattgefunden (Ziff. 1.2). Dr.

B.\_\_\_\_ führte aus, die Prognose sei reserviert , und eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 50 % sei theoretisch (Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schreiner aufgrund der Einschränkungen im Rücken vermindert zu 50 % arbeitsfähig. Auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei lediglich im Umfang von 50 % möglich (Ziff. 1.6-7). Im Übrigen sei auf das Schmerzprotokoll vom 1. Januar bis 29. Februar 2012 verwiesen (Ziff. 1.11). 3. 6

Dr. C.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 4. Mai 2012 (Urk. 7/46) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - vermeidende (ängstliche) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) - somatische Diagnosen siehe Bericht Dr. B.\_\_\_\_

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer sei seit Januar 2011 bei ihr in Behandlung und die letzte Kontrolle habe am 12. April 2012 stattgefunden (Ziff.

1.2). Zur Zeit sei der Versicherte sehr verunsichert und um seine psychische und körperliche Integrität besorgt. Man dürfe nicht vergessen, dass es sich hier um einen schwer traumatisierten Mann handle, dessen Wahrnehmung der Welt und sich selbst verändert sei. Er könne sehr schlecht mit den Erwartungen an ihn betreffend die berufliche Reintegration umgehen. Er fühle sich nicht in der Lage , diese Erwartungen zu erfüllen, wolle aber nicht als Verweigerer gesehen werden. So arbeite er über seine Schmerzgrenze hinweg und nehme viele Schmerzmittel ein. Er leide unter Schlafstörungen, Erschöpfung und depressiver Stimmung. Die Prognose sei relativ gut (Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer stehe in sozialpsychiatrischer Behandlung und es fänden nebst einer Psychopharmakotherapie alle zwei bis drei Wochen stützende Gespräche statt . Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, sie empfehle eine Weiterführung der Behandlung und eine genaue Abklärung betreffend die Rückenbeschwerden (Ziff. 1.5).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe seit 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % . Der Versicherte sei vor allem wegen seiner körperlichen Beschwerden nicht in der Lage , auf seinem Beruf zu 100 % zu arbeiten. Die psychischen Einschränkungen bestünden in seiner Überempfindlichkeit gegenüber Kritik und seiner Aufopferungsbereitschaft bis hin zur Selbstschädigung. Dies führe zu krankheitsbedingten Ausfällen von mindestens 50 % bis 100 % (Ziff. 1.6-7). 3. 7

Dr. med. G.\_\_\_\_ ,

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 14. Mai 2012 (Urk. 7/52/4-5) aus, es sei klar deklariert worden, dass der Versicherte vor allem aus körperlichem Grund nicht fähig sei, seinen Beruf als Schreiner zu erledigen. Psychiatrischerseits könne für eine den körperlichen Befunden angepasste Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden . Die Skelettbefunde mit den von Dr.

H.\_\_\_\_ im Bericht vom September 2011 aufgeführten , teils radikulären Symptomen L5 und S1 links, schränkten den Versicherten mässig ein. So sei eine schwere Tätigkeit (die normale Tätigkeit als Schreiner) nicht als voll möglich ausübbar anzusehen.

Eine leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeit mit Gewichtsbelastung von etwa 10-12.5 kg und ohne vorgeneigte Zwangshaltungen der Wirbelsäule und ohne viel Beugen und Strecken mit teils Wechselbelastung sei vollständig möglich . Dies unterstütze auch der

Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 2. November 2011 (vorste hend E. 3 .4 ), wo keine Hinweise mehr auf radikuläre Symptome aufgeführt würden. Die zuvor noch ausgewiesene n radikulären Befunde seien damals nicht mehr nachweisbar, demnach gebessert gewesen. 3.

#### **E. 7**

Mai 2014 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S.

2 ) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

#### **E. 8**

Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ ,

Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, J.\_\_\_\_ , Herzgefässzentrum, stellte in seinem Bericht vom 24. Mai 2012 ( Urk. 7/75 /1-2 ) folgende Diagnosen (S. 1): - nic ht hämodynamisch signifikant ste nosierende koronare 2 Aster krankung mit 50%iger Stenose der Arteria

coronaria

dextra und des Posterolateralastes des Ramus

circumflexus - normale linksventrikuläre Funktion, LVEF 63 % - Risikofaktoren: Nikotinabusus , Depression - COPD

Prof. I.\_\_\_\_ führte aus, beim Patienten bestehe zwar eine deutliche Koronarskle rose, die eine Sekundärprophylaxe mit einem Statin und mit Aspirin rechtfertige. Der Befund sei insofern überraschend, als keine höhergradige

Stenosierung vorliege und damit die Genese der anstrengungsabhängigen Brustbeschwerden beim Patienten mit Sicherheit nicht einer koronar-ischämischen Ursache entsprechen. Die Erklärung bei diesem Patienten sei am ehesten in der begleitenden chronischen obstruktiven Lungenerkrankung zu sehen. Auf jeden Fall bestehe jetzt mit Hinblick auf das weitere Vorgehen Sicherheit. Bei Persistenz der Beschwerden sei eine intensivierete Behandlung der COPD eventuell mit einem Steroidstoss zu empfehlen (S. 2). 3.

#### **E. 9**

Dr. C.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 26. April 2013 ( Urk. 7/94 /1-2 = Urk. 3/3 ) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Akzentuierung der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszüge - chronisches Schmerzsyndrom - somatisch: chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom; COPD Gold Stadium II, koronare 2-Asterkrankung

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer habe sich aufgrund der selbstlosen Unterstützung seiner Angehörigen und der Hemmungen rechtzeitig Hilfe für sich zu holen, immer wieder in eine ganz schwierige Lage gebracht.

Es fänden 14-tägliche Konsultationen, bei Krisen wöchentliche Konsultationen statt. Mit der aktuellen integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung habe bis jetzt auf eine Einweisung in die psychiatrische Klinik verzichtet und die Krisen, zum Teil mit Todeswünschen, hätten aufgefangen werden können. Es werde an den Fähigkeiten des Beschwerdeführers gemäss Einschätzung der Beeinträchtigung in Anlehnung an

„Mini-ICF“ gearbeitet. Sehr wahrscheinlich bleibe der Patient in den nächsten zwei Jahren auf eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung angewiesen (S. 2). 3.

#### **E. 10**

Dr. G.\_\_\_\_, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2013 (Urk.

7/79/5) aus, die Abklärung der Herzsituation habe keine Einschränkung der Herzfunktion gezeigt (LVEF sei 63 % gewesen; nicht hämodynamisch signifikante stenosierende koronare 2-Ast Erkrankung).

Die COPD habe gut auf Symbicort angesprochen. Somit könne weiterhin die 100%ige Arbeitsfähigkeit angepasst gelten. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit könne auf den 18. März 2009 festgelegt werden. 3.

#### **E. 11**

Dr. C.\_\_\_\_ führte in ihrem Bericht vom 18. November 2013 (Urk. 3/4) aus, der Beschwerdeführer sei seit Januar 2011 zu 50 % arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht sei er für die Tätigkeit als Zeichner, Schreiner, Maschinist oder als Mitarbeiter in der Werkstatt und im Computerbereich zu 50 % arbeitsfähig. Aus somatischen Gründen sollte er einer leichteren Tätigkeit nachgehen. Die psychischen Probleme machten ihn zu 50 % arbeitsunfähig. Er sei nicht in der Lage über längere Zeit die Kontinuität aufrechtzuerhalten und leide unter Konzentrationsstörungen. Seit Mai 2011 hätten verschiedene Integrationsmassnahmen der Invalidenversicherung stattgefunden. Alle seien ohne Erfolg geblieben und der Beschwerdeführer habe stark darunter gelitten. Er fühle sich als Versager und sein schon angeschlagenes Selbstwertgefühl sei noch schwächer geworden. Es sei eine Mischung aus Ohnmacht und Wut und der Patient habe sich immer wieder ungerecht behandelt gefühlt. Zudem bestehe eine Verzweiflung, was zu ausgeprägter Schlafstörung, gelegentlichen Selbstmordgedanken, depressiver Stimmung und zu den Flashbacks führe. Es seien noch neue somatische Diagnosen dazugekommen. Der Patient leide unter Schmerzen und Atembeschwerden. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze ihre Verfügung auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom Mai 2011 (vorstehend E. 3. 3) sowie auf die Stellungnahmen des RAD (vorstehend E. 3.7 und E. 3.10) und ging davon aus, dass beim Beschwerdeführer nach

Ablauf der Wartezeit Mitte März 2010 eine generelle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Ab Zeitpunkt der Begutachtung im Mai 2011 sei von einem insofern verbesserten Gesundheitszustand auszugehen, als dass dem Beschwerdeführer eine angepasste, den Rücken schonende wechselbelastende Tätigkeit in einem Pensum von 100 % zumutbar sei (vorstehend E.

2.1) . 4.2

Das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom Mai 2011 berücksichtige die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setze sich mit diesen umfassend auseinander. Es wurde sodann in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Es erfüllt daher die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.4), so dass darauf abgestellt werden kann.

Der Beschwerdeführer bestreite denn auch nicht grundsätzlich den Beweiswert der psychiatrischen

Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_ vom Mai 2011, sondern machte vielmehr eine seither eingetretene Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend und verwies auf die Einschätzungen der langjährig behandelnden Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E 3.2, E. 3.6, E. 3.9 und E. 3.11) , wonach in angepasster Tätigkeit lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % gegeben sei (vorstehend E.

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