

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01295 vom 28. Februar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01295

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01295 du 28 février 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01295 del 28 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes 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). Das Sozialversicherungsgericht hat die Beweise dabei frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass es alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen

Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch dessen Bezeichnung als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).
2.

E. 1.4

Kurz darauf gab die IV-Stelle dem Versicherten mit Schreiben vom 13. Juni 2014 weitere Abklärungen im Rahmen der Neuanmeldung vom 23. Mai 2014 bekannt (Urk. 8/107). Sie holte wiederum einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 8/111) und diverse medizinische Berichte (Urk. 8/112, 8/115-117, 8/121 und 8/123) ein. Die erneut an die Hand genommene berufliche Eingliederung schloss sie am 6. Oktober 2015 mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit ab (Urk. 8/131). Des Weiteren stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 8. Oktober 2015 die Zusprechung einer Viertelsrente ab 1. März 2015 in Aussicht (Urk. 8/135). Dagegen erhob dieser Einwand (Urk. 8/138). Die IV-Stelle holte hierauf neue Arzt- (Urk. 8/140/4-10 und 8/141) und Laborberichte (Urk. 8/160-162) ein und beauftragte die A.____ mit der Erstellung eines internistischen, neurologischen, neuropsychologischen, psychiatrischen und rheumatologischen Gutachtens (Urk. 8/155). Dieses wurde am 30. Mai 2016 erstattet (Urk. 8/166). Nachdem der Versicherte (Urk. 8/169) sowie der RAD (Urk. 8/177/2-3) hierzu Stellung genommen hatten (Urk. 8/169), erliess die IV-Stelle am 11. Juli 2015 einen neuen Vorbescheid, mit welchem sie dem Versicherten nunmehr die Zusprechung einer halben Invalidenrente ab 1. März 2015 in Aussicht stellte (Urk. 8/172). Dagegen erhob der Versicherte erneut Einwand (Urk. 8/176). Schliesslich verfügte die IV-Stelle am 21. Oktober 2016 eine halbe Invalidenrente mit Wirkung ab 1. März 2015 (Urk. 8/182-183).

E. 2

Gegen den Entscheid erhob der Versicherte am 17. November 2016 Beschwerde. Darin beantragte er, ihm ab 1. März 2015 mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen, eventualiter die Sache zur weiteren Abklärung und neuen Entscheidung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 1). In der Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2017 ersuchte die IV-Stelle um Herabsetzung der halben Rente auf eine Viertelsrente (Urk. 7). Es wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 9). Die Replik datiert vom 19. Mai 2017 (Urk. 13), die IV-Stelle verzichtete explizit auf eine Duplik (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer erklärte sich explizit einverstanden mit dem Status als „vollerwerbstätig“, der 100%-Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie dem Rentenbeginn am 1. März 2015 (Urk. 1 Ziff. 5). Indes machte er geltend, in einer adaptierten Tätigkeit müssten die Arbeitsunfähigkeiten aus neurologischer, neuropsychologischer, psychiatrischer und rheumatologischer Sicht gemäss Gutachten ab

dem 23. November 2015 integriert werden. Davor sei gemäss Bericht der B. ___ allein schon aus rheumatologischer Sicht nur eine halbtägige Arbeitsfähigkeit in Frage gekommen, weshalb unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist bis Ende Februar 2016 Anspruch auf eine höhere Rente bestanden habe (Urk. 1 Ziff. 6). Werde ab März 2016 auf eine integrierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % abgestellt, rechtfertige sich aufgrund der Defizite aus neurologischen und psychischen Gründen, der engen Umschreibung des Zumutbarkeitsprofils sowie der Notwendigkeit von Teilzeitarbeit ein Leidensabzug von 25 % (Urk. 1 Ziff. 7; Urk. 13 Ziff. 5). Die Vergleichseinkommen seien im Umfang von mindestens 5.79 % zu parallelisieren, da sein Lohn als Rayonleiter 10.79 % weniger als der Durchschnittsverdienst von mindestens Fr. 72'173.65 (Schweizerische Lohnstrukturerhebung [LSE] des Bundesamtes für Statistik [BFS] für das Jahr 2012, Tabelle TA1, Zentralwert für Männer im Kompetenzniveau 2, wobei auch vom Kompetenzniveau 3 ausgegangen werden könnte, vgl. Urk. 3/3) betragen habe. Damit sei dem Valideneinkommen von Fr. 64'452.45 ein Invalideneinkommen von Fr. 23'547.50 gegenüberzustellen, so dass seit März 2016 Anspruch auf eine Dreiviertelrente bei einem Invaliditätsgrad von 63 % bestehe (Urk. 1 Ziff. 7; Urk. 13 Ziff. 4). Tatsächlich massgebend für die Bestimmung des Valideneinkommens sei allerdings sein Verdienst als stellvertretender Geschäftsführer, der an die Teuerung angepasst im Jahr 2015 weit über Fr. 70'000.-- betrage und einen weit höheren Invaliditätsgrad begründe (Urk. 1 Ziff. 8). Er habe diese Stelle nur wegen der seit dem Jahr 2000 bestehenden Rückenschmerzen aufgegeben. Er verweise diesbezüglich auf seinen Lebenslauf und das Arbeitszeugnis vom Dezember 2009 (Urk. 13 Ziff. 3).

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdegegnerin entgegen, bereits im hausärztlichen Bericht vom 9. März 2015 sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit attestiert worden, die der RAD als plausibel beurteilt habe. Die in den verschiedenen Fachrichtungen attestierten Arbeitsunfähigkeiten seien zu integrieren, da es sich stets um eine Verlangsamung des Arbeitstempos und eine vermehrte Pausenbedürftigkeit handle (Urk. 2 S. 6). Des Weiteren erwog sie zum Valideneinkommen, massgeblich sei das im Jahr 2009 tatsächlich erzielte Einkommen als Rayonleiter. Angepasst an die Nominallohnentwicklung resultiere für das Jahr 2015 somit ein Betrag von Fr. 64'452.45. Es bestünden keine objektiven Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als stellvertretender Geschäftsführer im Jahr 2003 aus gesundheitlichen Gründen aufgegeben habe. Zudem habe dieser als Rayonleiter überdurchschnittlich verdient, da gestützt auf die LSE 2014, Kompetenzniveau 2 im Detailhandel ein branchenüblicher Lohn von Fr. 60'629.65 anzunehmen sei. Unzulässig sei es, im Rahmen der Einkommensparallelisierung auf einen branchenübergreifenden Zentralwert abzustellen (Urk. 7 Ziff. 2). Für das Invalideneinkommen sei der Zentralwert für Hilfsarbeiten heranzuziehen und dieses für das zumutbare 50%-Arbeitspensum auf Fr. 33'326.25 festzusetzen. Weder die Teilzeitarbeit noch der Umstand, dass keine schwere körperliche Arbeit mehr verrichtet werden könne, würden einen leidensbedingten Abzug rechtfertigen. Mit dem Teilzeitpensum werde die verminderte Arbeitszeit kombiniert mit einer Leistungseinbusse bereits berücksichtigt (Urk. 7 Ziff. 3). Da bei einem Invaliditätsgrad von 48 % nur Anspruch auf eine Viertelrente bestehe, sei dem Beschwerdeführer eine reformatio in peius anzudrohen (Urk. 7 Ziff. 1 und 4). 3. 3.1

Nach dem vorstehend Gesagten ist zwischen den Parteien mit Blick auf die medizinische Beurteilung einzig die Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit, vorab im Zeitraum März bis November 2015, strittig. Die Beschwerdegegnerin stütze sich hierbei auf das polydisziplinäre A. ___-Gut achten vom 30. Mai 2016, in welchem folgende (unstrittige) Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigt wurden: (1) Spondylitis ankylosans, HLA B27 positiv, mit progressiver Einsteifung sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte und schwerer Wirbelsäulenform (Hohlrundrücken mit ausgeprägter Hyperkyphose der Brustwirbelsäule mit schwerer Kopfprotraktion, Hyperlordose der Lendenwirbelsäule, linkskonvexe Brustwirbelsäulenskoliose), (2) multigsegmentale degenerative Veränderungen der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (3) Periartropathia humeroscapularis partim ankylosans beidseits mit AC Gelenksarthrose beidseits, partieller Supraspinatussehnen-Ruptur rechts und Verkalkung der linken Supraspinatus-Sehne, (4) leichte depressive Episode seit September 2015 (ICD-10: F32.0), (5) chronischer, zunehmender Schmerz seit 1998 (ICD-10: R52.0), (6) Status nach Subarachnoidalblutung am 26. März 2014 mit ruptiertem Arteria pericallosa-Aneurysma mit eventuellen leichten bleibenden kognitiven Beeinträchtigungen im Bereich der Aufmerksamkeit und des verbalen Gedächtnisses sowie (7) bestimmte andere Krankheiten in der Eigenanamnese (ICD-10: Z86) und Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10: Z56). 3.2

3.2.1

Dazu erläuterten die Gutachter in der Diskussion (Urk. 8/166/34-36), global sei der Beschwerdeführer aus medizinisch-theoretischer Sicht in seinem ursprünglichen Beruf als Rayonleiter bei Y. ___ seit dem 19. August 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. Führend sei die rheumatologische Pathologie. Aus psychiatrischer, neurologischer und neuropsychologischer Sicht ergebe sich eine Leistungsminderung von ca. 20 %. Aus rheumatologischer Sicht sei bereits anlässlich einer EFL im August 2009 eine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf festgestellt worden. Dies könne bestätigt werden. 3.2.2

Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer auch in einer adaptierten Tätigkeit spätestens seit dem 23. November 2015 zu 50 % eingeschränkt. Er könne wegen der Schmerzen nicht acht Stunden am Tag arbeiten und es komme zu einer Leistungseinbusse. Zu berücksichtigen sei folgendes Belastungsprofil: Der Beschwerdeführer könne manchmal Gewichte bis 5 kg, selten solche zwischen 5 bis 10 kg und nie solche über 10 kg bis zur Höhe der Hüften heben oder tragen; über Brusthöhe könne er selten Gewichte bis 5 kg und nie solche über 5 kg heben. Er könne häufige Präzisionswerkzeuge und manchmal mittelgrosse, aber nie schwere Geräte handhaben. Die Handrotation sei normal. Des Weiteren könne er selten Überkopfarbeiten, aber nie Rumpfdrehungen ausführen. Eine vornübergeneigte Haltung könne er sitzend wie stehend nur selten, aber manchmal eine kniende Haltung einnehmen, häufig die Knie biegen und selten kauern. Er könne nur selten eine länger andauernde sitzende oder stehende Position einnehmen, wobei er immer die Möglichkeit haben müsse, die Körperposition zu wechseln. Gehen könne er bis 50 m häufig, über 50 m manchmal und lange Strecken selten. Ebenso könne er manchmal auf unebenem Terrain gehen oder Treppen, aber nie auf Leitern steigen. 3.2.3

Bei der neuropsychologischen Testung habe der Beschwerdeführer Inkohärenzen gezeigt, die nicht organisch erklärbar seien. Die Beeinträchtigung, die er beim verbalen und visuell räumlichen Gedächtnistest zeige, seien dergestalt stark, dass sie nur mit einer

fortgeschrittenen Demenz vereinbar wären. Deshalb seien sie in seinem Fall nicht glaubhaft. Auch die ausgeprägte Beeinträchtigung der visuellen Gnosien, die er präsentiere, erscheine unwahrscheinlich, handle es sich doch um einen sehr leicht durchführbaren Test. Ebenso wenig nachvollziehbar seien die ausgeprägten Beeinträchtigungen der selektiven und Daueraufmerksamkeit sowie des logischen Denkens, so dass ein Malingering-Test durchgeführt worden sei. Bei diesem handle es sich um simple Aufgaben, die schwierig dargestellt würden und auch von Patienten mit ausgeprägten Hirnstörungen ausgeführt werden könnten. Dort habe der Beschwerdeführer schlechte Testergebnisse gezeigt. Insgesamt sei deshalb zu sagen, dass aus neurologischer Sicht in der Rehabilitationsklinik kognitive Beschwerden nach einer Subarachnoidalblutung leichten Grades festgestellt worden seien. Nach einer solchen komme es in der Regel nicht zu einer zusätzlichen Verschlechterung, sondern eher zu einer Verbesserung der Beschwerden. Die aktuellen Testergebnisse seien daher nicht verwertbar. Eine residuell vorhandene Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistung sei jedoch möglich, weshalb auch in adaptierten Tätigkeiten unter Umständen eine 20%ige Leistungseinbuße attestiert werde.

3.2.4

Aus psychiatrischer Sicht bestehe ebenfalls eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit September 2015. Sowohl die Depression als auch die Anpassungsstörung hätten im Allgemeinen eine gute Prognose. In diesem Fall würden aber zusätzliche Belastungsfaktoren hinzukommen, die sich in den letzten Jahren nicht verändert hätten. Die Zunahme der Schmerzen wegen des somatischen Leidens sei ungünstig und könne zu einer Chronifizierung oder Verschlechterung der aktuell leichten Depression führen. Die Arbeitsunfähigkeit von 20 % sei durch die reduzierte emotionale Belastbarkeit begründet. Der Beschwerdeführer habe eine Antriebsverminderung und beschäftige sich häufig mit seinen chronischen Schmerzen, was die Konzentration beeinträchtige. Hinzu komme die Müdigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Eingliederung in einen geeigneten Arbeitsplatz erforderlich. Es seien folgende Einschränkungen zu beachten: leichte Beeinträchtigung bei der Anpassung an Regeln und Routinen, bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben, bei der Gruppenfähigkeit, bei familiären bzw. intimen Beziehungen, bei Spontan-Aktivitäten sowie der Selbstpflege. Ferner bestehe eine mittelgradige Beeinträchtigung der Flexibilität, Umstellungs-, Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit. Schwere Beeinträchtigungen bestünden keine.

3.2.5

Zusammenfassend sei der Beschwerdeführer daher auch in einer den oben genannten Leistungsprofilen angepassten Tätigkeit spätestens seit dem 23. November 2015 zu 50 % eingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeiten aus neurologischer, neuropsychologischer, psychiatrischer und rheumatologischer Sicht müssten integriert und dürften nicht summiert werden. Es handle sich stets um eine Verlangsamung des Arbeitstempos und um vermehrte Pausenbedürftigkeit. Aus rheumatologischer Sicht bestünden somit keine Diskrepanzen zu vorbestehenden Arztberichten. Die von der Hausärztin attestierte volle Arbeitsunfähigkeit könne nicht bestätigt werden. Die Testergebnisse insbesondere der neuropsychologischen Untersuchung würden zeigen, dass die kognitive Beeinträchtigung nicht dergestalt schwer sei.

3.3

3.3.1

Ergänzend ergibt sich aus dem rheumatologischen Teilgutachten bzw. dessen Zusammenfassung, dass im November 2011 [recte: 2015] eine Verschlechterung der Schmerzsymptomatik mit nicht dokumentiertem Anstieg der humoralen

Entzündungsparameter beschrieben werde. Im Januar 2016 habe die behandelnde Rheumatologin ein CRP von 11,4 mg/l und eine Blutsenkungsreaktion von 25 [recte: 35] mm pro Stunde festgestellt. Die 50%-Arbeitsunfähigkeit sei kombiniert und bedingt durch eine verminderte Arbeitszeitpräsenz und eine Leistungseinbusse (Rendement; Urk. 8/166/30-31). Die Arbeitsfähigkeits einschätzung sei analog zur Beurteilung der B.____ erfolgt, deren Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit auch vor dem 23. November 2015 gelten würden (Urk. 8/166/52-53). 3.3.2

Der neurologischen und neuropsychologischen Beurteilung ist ergänzend zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer am 28. März 2014 eine bifrontale Kraniotomie und ein Aneurysma-Clipping notwendig waren. In der Rehabilitation sei die motorische Erholung gut gewesen, so dass er wieder frei gehen können. Indes hätten im Juni 2014 kognitive Störungen persistiert. Er habe eine Aufmerksamkeitsstörung gezeigt, das verbale Gedächtnis sei vermindert gewesen und er habe Schwierigkeiten bei höheren, komplexen Anforderungen gehabt. Die Fehlerkontrolle und die Arbeitsgeschwindigkeit seien reduziert gewesen und es habe eine fehlende Störungseinsicht bestanden. Die Fahrtauglichkeit sei ihm abgesprochen worden. Die Hausärztin habe Wortfindungsstörungen, eine deutliche Verlangsamung und Vergesslichkeit beschrieben. Bei der neurochirurgischen Kontrolle im Juli 2014 sei von einer Selbständigkeit in den basalen körperlichen Alltagstätigkeiten gesprochen worden. Die Aufmerksamkeit habe sich verbessert, indes hätten relevante Defizite bei komplexen Anforderungen bestanden. Im CT der letzten Kontrolle im September 2015 habe kein Aneurysmarezidiv oder neues Aneurysma nachgewiesen werden können. Im Anschluss an den Eingriff habe während vier Monaten eine 100%-Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 8/166/32-33). 3.3.3

Im psychiatrischen Teilgutachten bzw. dessen Zusammenfassung wurde zusätzlich darauf hingewiesen, dass die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit mit ca. 60 bis 70 % durch die behandelnde Psychiaterin zu hoch sei. Es sei anzunehmen, dass sie gemäss ihrer Auflistung die Gesamtheit an Erkrankungen berücksichtigt habe (Urk. 8/166/61). Der Beschwerdeführer könne sechs bis sieben Stunden am Arbeitsplatz anwesend sein, benötige aber häufige Pausen (Urk. 8/166/62). In den Jahren 2010 und 2013 sei es zu zwei protrahierten depressiven Belastungsreaktionen (infolge Kündigung und Diagnosestellung bzw. Schmerzzunahme und erfolgloser Stellensuche, vgl. Urk. 8/166/59-60) gekommen. Nach einer Hirnblutung habe sich im Jahr 2015 eine weitere Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen entwickelt, die zwar auf die Behandlung angesprochen habe, aber trotzdem in eine eigentliche depressive Störung leichten Grades übergegangen sei (Urk. 8/166/61). 4. 4.1

Die Gutachter haben sich somit im Detail mit den subjektiv geklagten Beschwerden, den früher erhobenen und den eigenen Befunden sowie den vorliegenden Arbeitsfähigkeitseinschätzungen auseinandergesetzt. Dabei legten sie nachvollziehbar dar, dass in allen Fachdisziplinen neben einer reduzierten Präsenz am Arbeitsplatz letztlich eine Leistungseinbusse aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs und eines verlangsamten Arbeitstempos resultiert, sei es zufolge der Schmerzen bzw. Bewegungseinschränkungen oder der kognitiven Defizite, verstärkt durch die leichte Depression mit vermindertem Antrieb, Müdigkeit und die Schmerzen. Der Beschwerdeführer bestritt weder die in den einzelnen Fachdisziplinen festgestellten Arbeitsunfähigkeiten noch erläuterte er, weshalb er nicht dieselben Pausen für die physische und psychische Erholung nutzen kann bzw. weshalb das bereits somatisch bedingt verlangsamte Arbeitstempo nicht auch den

kognitiven Defiziten zugute kommt. Mit anderen Worten brachte er nichts Konkretes vor, was gegen eine Leistungsfähigkeit von 50 % sprechen würde. 4.2

4.2.1

Mit Blick auf die Berichte der behandelnden Fachpersonen ist zudem zu erwähnen, dass Dr. med. C.____, Leitende Oberärztin der Rheumatologie in der B.____, am 31. August 2009 berichtete, dass infolge der Grunderkrankung Morbus Bechterew, des langen Krankheitsverlaufs sowie der radiologisch bereits nachweisbaren Verknöcherungen (Ankylosierungen) bezüglich körperlicher Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit eher von einer ungünstigen Prognose auszugehen sei. Denkbar sei, dass unter der geplanten Intensivierung der Behandlung der Entzündungsprozess minimiert und die Leistungsfähigkeit so verbessert werden könne. Als Angestellter von Y.____ bestehe seit Mitte Februar 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Sowohl die verminderte Beweglichkeit wie auch die durch die Entzündung hervorgerufene Schmerzsymptomatik würden sich massiv einschränkend auf die Arbeit im Lager auswirken. Behinderungsangepasst sei eine körperlich leichte bis allenfalls mittel schwere Arbeitstätigkeit mit seltenem Tragen von leichten Lasten, Bücken und Heben. Es sei denkbar, dass in einer leichten körperlichen Tätigkeit mit der Möglichkeit zu Wechselpositionen (z.B. Arbeit an der Kasse mit der Möglichkeit zum Aufstehen) und unter Berücksichtigung von vermehrten Pausen eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werde (Urk. 8/123/11-14; vgl. ferner das Ergebnis der vom Krankentaggeldversicherer veranlassten EFL, wonach eine Steigerung des Arbeitspensums in einer adaptierten leichten und wechselbelastenden Tätigkeit nach einer Angewöhnungsphase, abhängig vom Behandlungsverlauf von 50 auf 100 % möglich sein sollte, Urk. 8/48/8). 4.2.2

Während Dr. C.____ die vorstehende Einschätzung in den Verlaufsberichten vom 10. August 2010 (Urk. 8/43/7) und 23. Mai 2012 (Urk. 8/69) noch bekräftigte, kam sie am 26. Mai 2015 zum Schluss, die aktuelle Prognose müsse gegenüber der ursprünglichen Beurteilung als deutlich eingeschränkt beurteilt werden. Es bestehe eine hohe entzündliche Aktivität der ankylosierenden Spondylitis mit Schmerz- und Entzündungsschüben, jedoch auch einer anhaltenden erhöhten Krankheitsaktivität. Mittlerweile sei es zu einer deutlichen Einsteifung aller Wirbelsäulenabschnitte gekommen, vor allem thorakolumbal, der linken Schulter und beider Hüftgelenke. Medizinisch-theoretisch aus muskuloskelettaler Sicht möglich wäre eine sehr leichte bis leichte Arbeitstätigkeit mit der Möglichkeit zu häufigen Wechselpositionen, ohne Arbeiten über der Horizontalen oder statische Positionen (insbesondere vorn Übergeneigtes Stehen/Sitzen), ohne das Heben von Gewichten von 5 kg, Knien oder häufiges in die Hocke gehen bzw. Treppensteigen (Urk. 8/123/8-9). 4.2.3

Gemäss Folgebericht von Dr. C.____ vom 24. November 2015 trat alsdann eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein. Es sei noch nicht absehbar, ob diese vorübergehend oder richtungsweisend sei. Anlässlich der Kontrollen vom 19. Oktober und 23. November 2015 sei es trotz ausgebauter immunsuppressiver Therapie zu einem Entzündungsschub mit Verschlechterung der Schmerzsymptomatik, der Beweglichkeit auf allen Wirbelsäulenabschnitten und der Schultergelenke gekommen. Die Exazerbation spiegelte sich auch deutlich in den erhöhten humeralen Entzündungsparametern. Die Prognose müsse im Vergleich zum Mai 2015 als ungünstig eingestuft werden. Die Einschränkungen würden nicht nur durch die Schmerzen und Bewegungseinschränkungen zustande kommen, sondern auch durch die systemische erhöhte Entzündungsaktivität. Diese beeinträchtigte zusätzlich die Leistungsfähigkeit auf neuropsychologischer Ebene

betreffend Konzentration, Aufmerksamkeit und mentale Ausdauer. Eine sehr leichte bis leichte körperliche Tätigkeit sei deshalb als halbtags [recte: zumutbar] zu beurteilen (Urk. 8/140/4 5). In ihrem letzten Bericht vom 25. Januar 2016 bezeichnete Dr. C.____ den Verlauf als stationär ohne Entzündungsschübe (Urk. 8/166/88). 4.2.4

Ferner berichtete Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am 3. April 2016, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 28. September 2015 bei ihr in Behandlung. Durch das Einsetzen von Antidepressiva und die Psychotherapie sei eine gewisse Stabilisierung der Stimmung eingetreten. Die Schlafstörung habe sich trotz Schlafmitteln nicht verbessert. Die depressive Symptomatik sei einerseits als Psychosyndrom der körperlich bedingten chronischen Schmerzen anzusehen, andererseits begründet in den erheblichen psychosozialen Folgekomplikationen wie dauerhafte Einschränkung der körperlichen Arbeitsfähigkeit, Verlust der Arbeitsstelle sowie Einschränkungen bei der Ausübung von Alltagsaktivitäten, verbunden mit einem massiven Einbruch in die Selbstwertproblematik. Die psychisch bedingten Beschwerden hätten sich erst im Laufe des Schmerzchronifizierungsprozesses entwickelt und zunehmend verstärkt. Zweifelsohne sei die Wahrnehmung der somatischen Beschwerden depressiv verstärkt, die Einschränkungen in der Belastbarkeit seien zu einem nicht unerheblichen Teil auf die somatischen Beschwerden zurückzuführen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit könnten die somatische und psychische Ebene nicht getrennt voneinander beurteilt werden. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund einer verminderten Leistungsfähigkeit – bedingt durch eine Einschränkung der Aufmerksamkeit, Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit (kognitive Störungen seit dem Hirn schlag) sowie einer verminderten emotionalen Belastbarkeit – zu ca. 60 bis 70 % arbeitsunfähig (Urk. 8/166/91). 4.2.5

Demnach stehen die von den Gutachtern festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen, funktionellen Einschränkungen sowie der von ihnen gezeichnete Krankheitsverlauf im Einklang mit den massgeblichen fachärztlichen Beurteilungen der Behandlungspersonen. Gleiches gilt überdies für die Arbeitsfähigkeitseinschätzung der behandelnden Rheumatologin. Diejenige der behandelnden Psychiaterin weicht zwar von der gutachtlichen Beurteilung ab, doch haben die Gutachter zutreffend darauf hingewiesen, dass sie wohl auch nicht psychisch bedingte, von ihr als untrennbar beschriebene Beschwerden mitberücksichtigte. Angesichts der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arzt personen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc) und die Psychiaterin die somatischen und neuropsychologischen Defizite mangels Fachkenntnissen bzw. entsprechender Testung nur bedingt beurteilen konnte, vermag ihre Einschätzung somit keine Zweifel am Gutachten zu wecken. Der Vollständigkeit halber sei angefügt, dass die im Gutachten gestellten psychiatrischen Diagnosen vom Beschwerdeführer nicht in Frage gestellt werden, wobei eine leichte depressive Episode wohl nur unter sehr aussergewöhnlichen Umständen eine Arbeitsunfähigkeit von 60 bis 70 % zu begründen vermag. 4.3

Aus den Berichten der Behandlungspersonen ergibt sich alsdann eindeutig eine Verschlechterung und nicht – wie von den Parteien offenbar angenommen – eine Verbesserung sowohl der somatischen als auch der psychisch bedingten Beschwerden ab Herbst 2015, wie der RAD schon in seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2015 festgestellt und weshalb er eine Begutachtung veranlasst hatte (Urk. 8/177/2). Diese

Verschlechterung fand auch Eingang in die gut achtliche Einschätzung, indem im Vergleich zu den früheren Rentenentscheiden erstmals eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch in einer an das Leid adaptierten Tätigkeit festgehalten wurde. Konkret wurde aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung um 20 % ab Beginn der psychiatrischen Behandlung im September 2015 und aus rheumatologischer Sicht eine Einschränkung um 50 % nach dem Entzündungsschub im Oktober/November 2015 attestiert, zumal auch Dr. C.____ diesen zum Anlass nahm, sich erstmals klar für ein massiv reduziertes Arbeitspensum auch in einer dem körperlichen Leiden angepassten Tätigkeit auszusprechen. Allerdings brachte sie hierbei klar zum Ausdruck, dass ihre Beurteilung im Mai 2015 zu optimistisch gewesen sei. Andererseits wurde im Gutachten die Formulierung „spätestens“ verwendet sowie für die Zeit vor November 2015 auf die Beurteilungen von Dr. C.____ verwiesen. Insofern erscheint es vertretbar bzw. lag im Ermessen der IV-Stelle anzunehmen, die Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten sei aus rheumatologischer Sicht am 1. März 2015 bereits eingetreten gewesen (vgl. ferner die Laborwerte „Blut senkung“ und „CRP“ seit September 2014, Urk. 8/166/80; 50%-Arbeitsfähigkeit gemäss hausärztlichem Bericht vom 9. März 2015, Urk. 8/121). 4.4

Klarzustellen ist ferner, dass die neurologischen Defizite im Gutachten zu Gunsten des Beschwerdeführers – bei selbstverschuldet unverwertbaren aktuellen Testergebnissen – als seit der letzten Testung (Bericht vom August 2014) weiter hin in leichter Ausprägung bestehend angenommen und mit einer Leistungseinbusse von 20 % berücksichtigt wurden. Eine Verschlechterung konnte dabei mangels neuer organischer Ursachen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Eine volle Arbeitsunfähigkeit wurde vom begutachtenden Neurologen dementsprechend ausdrücklich nur für die ersten vier Monate nach der Hirnblutung im März 2014 konstatiert.

Diese Beurteilung ist mit den Vorakten vereinbar. Im Berufstherapie-Bericht vom 20. Mai 2014 fanden sich zwar trotz der in der Neuropsychologie festgestellten nur leichten kognitiven Defizite noch keine Anhaltspunkte für eine berufliche Wiedereingliederung. Für eine solche wurde indes vorausgesetzt, dass die Defizite weiterhin und deutlich rückläufig seien und sich die Alltagskompetenzen (z.B. Selbständigkeit in offenen Situationen, Fehlerkontrolle) verbesserten (vgl. Urk. 8/117/18). Eine entsprechende Verbesserung ergibt sich, wie von den Gutachtern festgestellt, aus dem Verlaufsbericht des Facharztes für Neurologie, Dr. med. E.____, vom 5. August 2014. Diesem ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei noch durch eine leichte Wortfindungsstörung eingeschränkt. In den basalen und komplexen Aktivitäten des täglichen Lebens sei er selbständig. Deutlich verbessert würden sich die Aufmerksamkeitsleistungen nach einer erneuten Testung zeigen. Es bestünden jedoch besonders bei komplexeren Anforderungen relevante Defizite. Insgesamt sei von einem leichten kognitiven Defizit auszugehen. Die Hauptschwierigkeiten würden in den Bereichen der Aufmerksamkeit und in den verbalen Gedächtnisleistungen liegen (Urk. 8/117/4). 4.5

Zusammenfassend vermag die vom Beschwerdeführer angestrebte Auslegung des A.____-Gutachtens also nicht zu überzeugen. Die Beschwerdegegnerin hat ihr Ermessen vollumfänglich zu seinen Gunsten ausgeschöpft, indem sie die erstmals im November 2015 von einem rheumatologischen Facharzt festgestellte zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 50 % unter Verweis auf einen hausärztlichen Bericht rückwirkend ab März 2015 berücksichtigte (vgl. RAD-Stellungnahme vom 3. Juni 2016, Urk. 8/177/3 und 8/182/1). Weder die Vorakten

noch das Gutachten geben Anlass zur Annahme, dass aus interdisziplinärer Sicht vor November 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % bestand. 5. 5.1 5.1.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis). 5.1.2

Bezogen auf eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte. Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind. Diese Parallelierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). Eine Parallelierung ist indessen nur vorzunehmen, wenn die Differenz zum massgebenden Durchschnitt deutlich ist. Deutlich unterdurchschnittlich im Sinne von BGE 134 V 322 E. 4 ist der tatsächlich erzielte Verdienst, wenn er mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn abweicht (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.2).

5.2

5.2.1

Wie die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zutreffend feststellte, war die letzte Tätigkeit des Beschwerdeführers Rayonleiter bei Y.____. Als solcher erzielte er gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin zuletzt ein Jahreseinkommen von Fr. 61'750.-- im Jahr 2009 (vgl. Urk. 8/12/5). Darauf gestützt berechnete die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer bis zum Jahr 2015 (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100; im Internet abrufbar], Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne [T.39])

einen Basisbetrag von Fr. 64'452.45 (Urk. 8/178). 5.2.2

Soweit der Beschwerdeführer dagegen einwendete, es sei auf das in der zwischen dem 1. Januar 1999 und 31. Dezember 2002 ausgeübten Funktion als stellvertretender Geschäftsführer erzielte Einkommen abzustellen, ist festzuhalten, dass nichts auf eine gesundheitsbedingte Aufgabe dieser Tätigkeit hindeutet. Vielmehr lassen seine eigenen Angaben (Urk. 8/60/10) sowie die medizinischen Unterlagen (Urk. 8/16/6, 8/14/6 und 8/13/9) darauf schliessen, dass die Schmerzen erst ab dem Jahr 2006 einer intensiveren

Behandlung bedurften. Der Wechsel vom Geschäftsführer zum Ladenmitarbeiter, d.h. in eine körperlich schwerere Arbeit hätte unter dem Aspekt des zu erwartenden Krankheitsverlaufs denn auch kaum Sinn gemacht. Augenfällig ist bei fehlender Berufsausbildung und nur kurzer Innehabung der besser bezahlten Positionen an zwei verschiedenen Standorten zudem die Tatsache, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2007 entgegen dem Krankheitsverlauf wieder administrative und Führungsaufgaben übernahm, wurde er doch damals zum Rayonleiter befördert (Urk. 8/73/3). Inwiefern der Lebenslauf und das Arbeitszeugnis (Urk. 8/73) eine gesundheitliche Beeinträchtigung als Beendigungsgrund der Tätigkeit als Geschäftsführer belegen sollen, ist deshalb nicht ersichtlich und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht weiter erörtert. 5.2.3

In der angefochtenen Verfügung berechnete die Beschwerdegegnerin alsdann ein branchenübliches Einkommen als Rayonleiter von Fr. 69'027.20 gestützt auf die LSE 2014, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Ziff. 47 Detailhandel, Durchschnitt der Kompetenzniveaus 2 und 3 für Männer. Daraus schlussfolgerte sie, es sei eine Einkommensparallelisierung im Umfang von 1.63 % vorzunehmen (Urk. 8/178). In der Beschwerdeantwort erklärte sie, eine Mischrechnung sei unzulässig und eine Einkommensparallelisierung entfalle, da der Verdienst über dem Vergleichswert im Kompetenzniveau 2 liege (E. 2.1). Der Beschwerdeführer vertrat indes die Auffassung, massgebend sei der Zentralwert für Männer, wobei auch vom Kompetenzniveau 3 ausgegangen werden könne (vgl. E. 2.2). 5.2.4

Hervorzuheben ist, dass für die Ermittlung der Unterdurchschnittlichkeit des Valideneinkommens der branchenübliche Tabellenlohn massgeblich ist (vgl.

Urteile des Bundesgerichts 8C_437/2013 vom 27. August 2013 E. 2.1 und 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2). Dies schliesst ein Abstellen auf den alle Wirtschaftszweige berücksichtigenden Zentralwert aus. Zutreffend hat die Beschwerdegegnerin zudem dargelegt, dass das Bundesgericht sich bei der Bestimmung des Invalideneinkommens wiederholt gegen die Verwendung eines „Durchschnittswerts“ im Sinne eines arithmetischen Mittels aus zwei unterschiedlichen Kompetenzniveaus ausgesprochen hat mit der Begründung, diesem komme statistisch keine zuverlässige Aussagekraft zu (vgl. BGE 8C_418/2015 vom 7. Oktober 2015 E. 6.2). Die Anstellung als Rayonleiter bei Y.____ ist deshalb unter den Tabellenlohn gemäss LSE 2014, Tabelle T1_tirage_skill_level, Ziff. 47 Detailhandel, Kompetenzniveau 2 für Männer zu subsumieren. Die Einordnung ins Kompetenzniveau 3 rechtfertigt sich nicht, da darunter komplexere praktische Tätigkeiten zu verstehen sind, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen. Indes umfasste der Aufgabenbereich des Beschwerdeführers vorab das Bedienen und Beraten von Kunden, das Disponieren/Kontrollieren/Einräumen von Waren sowie das Planen und Organisieren von Aktionen (Urk. 8/12), auch wenn die Formulierung im Arbeitszeugnis auf gewisse komplexere Aspekte hinweist (z.B. unter Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher Grundsätze und Einhalten der Qualitäts- und POS-Richtlinien, Urk. 8/73/3). Der Aufgabenbereich liegt letztlich näher bei den praktischen Tätigkeiten Verkauf und Administration, die noch beim Kompetenzniveau 2 einzuordnen sind. Der massgebliche standardisierte Monatslohn beträgt demnach Fr. 4'832.–. Umgerechnet auf die im Jahr 2015 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit für Ziff. 47 von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik [BFS], betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, abrufbar im Internet) und angepasst an die entsprechende Nominallohnentwicklung für Männer entspricht dies einem Jahreseinkommen von

Fr. 60'629.70. Damit entfällt eine Einkommensparallelisierung. Im Übrigen hat der Beschwerdeführer auch nicht substantiiert dargelegt, welche konkreten invaliditätsfremden Gründe dazu führen sollen, dass er in einer Hilfstätigkeit nur unterdurchschnittlich verdienen kann. 5.3 5.3.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE

139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2). 5.3.2

Der Tabellenlohn kann gekürzt werden, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht (nicht) berücksichtigt, ist der Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E.

3.2 und 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen). 5.4 5.4.1

Die Parteien sind sich einig, dass für das Invalideneinkommen vom Zentralwert für Männer für Hilfsarbeiten (LSE 2014, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1 für Männer) auszugehen ist, so dass unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit und Nominallohnentwicklung für das Jahr 2015 ein Betrag von Fr. 33'326.25 für das zumutbare 50% Arbeitspensum resultiert (Fr. 5'312.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.003 x 0.5). Stellt man diesen dem Valideneinkommen von Fr. 64'452.45 gegenüber, ergibt sich ein Anspruch auf eine Viertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von 48,3 %. 5.4.2

Umstritten ist der leidensbedingte Abzug. Im Gerichtsverfahren verlangte die Beschwerdegegnerin die Streichung des ursprünglich von ihr gewährten Abzugs von 15 %, während der Beschwerdeführer die Erhöhung auf das zulässige Maximum forderte (vgl. E. 2). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Dabei dürfen bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (Urteil 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1). Dies gilt vorliegend für den erhöhten Pausenbedarf und das verminderte Arbeitstempo, die bereits bei der medizinischen

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt wurden (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_607/2012 vom 3. Dezember 2012 E. 4.1). 5.4.3

Weiter ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum hinzutretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistisch noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen. Lediglich wenn - auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (zu diesem Begriff BGE 110 V 273 E. 4b S. 276) - unter Berücksichtigung solcher Einschränkungen, die personen- oder arbeitsplatzbezogen sein können, kein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten mehr besteht, rechtfertigt sich allenfalls ein Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 8C_693/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.2.1 mit Hinweisen; ferner Urteile des Bundesgerichts 9C_294/2012 vom 7. Mai 2012 E. 3.3.2.2 und 9C_264/2016 vom 7. Juli 2016 E. 5.2 beide mit Hinweisen). Vorliegend steht ausser Frage, dass der Beschwerdeführer auf dem in Frage kommenden Arbeitsmarktsegment im Kompetenzniveau 1 gesundheitlich bedingt nicht mehr sämtliche Arbeiten ausführen kann. Das ergo nomische Profil sieht nämlich neben der Möglichkeit zu häufigen Positionswechseln und der fehlenden Möglichkeit, Gewichte zu tragen, auch Einschränkungen betreffend das Arbeiten über Kopf, die Rotationen, Gehstrecken über 50 m und eine vorn Übergeneigte Körperhaltung vor (vgl. E. 3.2.2). Das Spektrum an Verweisungstätigkeiten ist daher zu einem gewissen Grad eingeschränkt, wobei der Beschwerdeführer zwar über eine langjährige, aber sehr einseitige Arbeitserfahrung verfügt.

Im Gutachten werden weiter vorwiegend leichte, teilweise mittelgradige Beeinträchtigungen in einzelnen Funktionen aus psychiatrischer Sicht erwähnt. Diese Vorgaben vermögen keinen Abzug vom Tabellenlohn zu begründen, zumal sie soweit sie nicht im Zusammenhang mit der verminderten Belastbarkeit im Rahmen der attestierten Leistungseinbusse von 20 % abgegolten sind - zumindest in der integrierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % berücksichtigt sein dürften und eine durch das psychische Leiden der versicherten Person bedingte verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen nicht als eigenständig abzugsfähiger Umstand gilt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_693/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.2.2 und 9C_637/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 2.1.3). 5.4.4

Ferner lässt das A. ___-Gutachten darauf schliessen, dass der Beschwerdeführer auf ein Teilzeitpensum angewiesen ist. So wurde von den Gutachtern dargelegt, dass der Beschwerdeführer weder aus psychiatrischer noch rheumatologischer Sicht 8 Stunden am Arbeitsplatz präsent sein kann. Andererseits kann er trotz Arbeitspausen und reduziertem Arbeitstempo letztlich eine Leistung von 50 % erbringen, so dass die Präsenzzeit deutlich mehr als 4 Stunden betragen muss. Für die Erbringung der Leistung von 50 % ist sein Arbeitsplatz demnach zu mehr als 50 % ausgelastet, ohne dass er aber vollschichtig anwesend wäre.

Grundsätzlich ist ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wenn ein Versicherter seine Arbeitsfähigkeit nicht vollschichtig umsetzen kann, weil Teilzeitarbeit bei Männern

statistisch gesehen vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit. Allerdings muss dies stets mit Blick auf den konkreten Beschäftigungsgrad und die jeweils aktuellen Werte beurteilt werden: Laut der gestützt auf die LSE 2012 erstellten Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen rechtfertigt ein Beschäftigungsgrad von deutlich über 50 % bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) keinen zusätzlichen Tabellenlohnabzug (Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22.

Oktober 2014, Anhang; vgl.

dazu BGE 142 V 178 E. 2.5.1 S. 184 mit Hinweis). Denn auf dieser Ebene besteht bei Männern zwischen dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von nur noch 50-74 % proportional bezogen auf ein 100 % -Pensum (Fr. 6'080.-) und dem Durchschnittslohn bei einem Vollzeitpensum (Fr. 6'085.-)

kein wesentlicher Unterschied. Bei einem Teilzeitpensum von 75-89% ist der Lohn sogar überproportional (Fr. 6'663.-). In der für das Jahr 2014 aktualisierten Tabelle beläuft sich die Differenz bei den angegebenen Werten (Fr. 5'714.- [Teilzeitpensum] und Fr. 6'069.- [Vollzeitpensum]) zwar auf Fr. 355.- (oder 5,85 %). Gemäss dem Bundesgericht handelt es sich dabei nicht um eine überproportionale Lohneinbusse, so dass sich die Verweigerung eines Abzugs nicht geradezu als bundesrechtswidrig erweisen würde. Nichtsdestotrotz liess es aber offen, ob nicht dennoch auf die neuen Werte abzustellen und bestenfalls ein Abzug von 5 bis 6 %

vorzunehmen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 mit diversen Hinweisen; vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.3.2, wonach ein 75%-Arbeitspensum einen Abzug vom Tabellenlohn zu rechtfertigen vermag). 5.4.5

Zusammenfassend erscheint aufgrund des Arbeitsplatzprofils, des Teilzeitpensums und der erhöhten Auslastung des Arbeitsplatzes bei verminderter Leistungsfähigkeit ein leidensbedingter Abzug von 5 % ohne weiteres vertretbar. Es resultiert bei einer Reduktion des Invalideneinkommens um 5 % auf Fr. 31'659.93 ein Mindestinvaliditätsgrad von gerundet 51 % (zur Rundungsregel: BGE 130 V 121 E. 3), so dass Anspruch auf eine halbe Invalidenrente besteht. Die Androhung einer reformatio in peius ist unter diesen Umständen nicht angezeigt. Angesichts der vorstehenden Darlegungen bzw. mit Blick auf die Gerichtspraxis in vergleichbaren Fällen (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C_294/2012 vom 7. Mai 2012 E. 3.3) nicht mehr rechtfertigen lässt sich indes ein leidensbedingter Abzug von 20 % oder mehr, da die einzelnen Aspekte jeweils nur knapp abzugsrelevant sind. Selbst bei einem maximal denkbaren Abzug von 15 % ergäbe sich ein Invalideneinkommen von Fr. 28'327.31 und somit – gemessen am Valideneinkommen von Fr. 64'452.45 – mit 56 % ein Verlust der Erwerbsfähigkeit, der zum Bezug keiner höheren als einer halben Rente berechtigen würde. 6.

Zusammenfassend ist eine reformatio in peius nicht angezeigt. Die Beschwerde ist indessen abzuweisen. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200. -- bis Fr. 1'000. -- festzulegen (Art. 69

Abs. 1 bis IVG). Sie sind vorliegend auf Fr. 8 00.-- anzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung 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, zuzustellen.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

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