

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01296 vom 26. Januar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01296

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01296 du 26 janvier 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01296 del 26 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1979, arbeitete zuletzt seit März 2006 als Gerüstmonteur bei der Y.____ (vgl. Urk. 6/12 S. 1 f. Ziff. 2.1, Ziff. 2.7), als er sich am 28. Juli 2011 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an meldete (Urk. 6/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte die Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 6/4) ein und teilte dem Versicherten daraufhin mit, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen derzeit nicht möglich seien (vgl. Mitteilung vom 25. August 2011, Urk. 6/10). Sodann tätigte sie weitere Abklärungen der medizinischen und erwerblichen Situation (Urk. 6/11-13; Urk. 6/15; Urk. 6/18; Urk. 6/22-23). Nachdem die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 7. März 2012 (Urk. 6/26) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt und dieser dagegen Einwände (Urk. 6/29) erhoben hatte, nahm die IV-Stelle weitere Abklärungen (Urk. 6/37; Urk. 6/42; Urk. 6/50; Urk. 6/59; Urk. 6/62) vor und veranlasste ein polydisziplinäres Gutachten, welches am 10. Juni 2014 erstattet wurde (Urk. 6/82). Am 18. Juli 2014 teilte sie dem Versicherten wiederum mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 6/87). Schliesslich erfolgte eine psychiatrische Nachbegutachtung, über welche am 8. Dezember 2015 berichtet wurde (Urk. 6/113). Mit Schreiben vom 5. April 2016 (Urk. 6/117) auferlegte die IV-Stelle dem Versicherten als Schadenminderungspflicht eine engmaschige kontinuierliche psychiatrische und neurologische Behandlung durch einen muttersprachlichen Therapeuten sowie eine Optimierung der medikamentösen Behandlung.

Nach erneut durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/119; Urk. 6/125; Urk. 6/143) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 8. November 2016 (Urk. 6/127; Urk. 6/146 = Urk. 2) eine befristete ganze Invalidenrente für die Zeit vom 1. Februar 2012 bis 31. Juli 2013 zu.

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

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. 1.3

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 vielmehr 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).

E. 1.4

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).

E. 1.5

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 Vorak ten (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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 17. November 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. November 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine unbefristete Invalidenrente, auszurichten. Eventuell sei ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2017 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 16. Januar 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Mit Verfügung vom 5. April 2017 (Urk. 8) wurde der beantragte zweite Schriftenwechsel (vgl. Urk. 1 S. 2) als nicht erforderlich erachtet. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, der Beschwerdeführer sei seit dem 23. Januar 2011 erheblich in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit als Gerüstbauer sei ihm nicht mehr zumutbar. Die Leistungen könnten frühestens sechs Monate nach Eingang der Anmeldung und somit ab dem 1. Februar 2012 ausgerichtet werden. Seit dem 24. April 2013 sei er in einer angepassten Tätigkeit wiederum zu 70 % arbeitsfähig. Da nach Vornahme des Einkommensvergleichs kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr resultiere, werde die Invalidenrente drei Monate später und somit auf den 1. August 2013 aufgehoben. Der Beschwerdeführer habe demzufolge Anspruch auf eine befristete ganze Invalidenrente für die Zeit vom 1. Februar 2012 bis 31. Juli 2013 (S. 5 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, die Berichte der Z.____ dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zu unterbreiten. Eine ärztlich attestierte posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in Kombination mit einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom und einer rezidivierenden depressiven Störung führe ohne Weiteres zu einer dauernden Einschränkung der Erwerbsfähigkeit. Auch die Eingliederungsbemühungen seien gescheitert. Er habe daher Anspruch auf eine unbefristete ganze Invalidenrente. Eventuell sei ein Gerichtsgutachten anzuzuordnen. Falls von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werde, sei ein leidensbedingter Abzug von mindestens 10 % zu gewähren, wodurch er Anspruch auf eine Viertelsrente habe (S. 6 ff.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine unbefristete Invalidenrente. 3. 3.1

Mit Austrittsbericht vom 25. Januar 2011 (Urk. 6/15/9-10) informierten die Ärzte des A.____ über die notfallmässige Selbstzuweisung des Beschwerdeführers am 23. Januar 2011. Dieser habe berichtet, dass er durch Fusstritte gegen die rechte Flanke, gegen die Halswirbelsäule (HWS) sowie gegen den linken Gesichtsschädel tötlich angegriffen worden sei. Die Ärzte diagnostizierten dies bezüglich eine Commotio cerebri sowie eine Kontusion

der linken Flanke und entdeckten als Nebenbefund eine Leberzyste sowie eine Mikrohämaturie (S. 1). 3.2

Am 21. April 2011 erfolgte im B.____ eine Aspiration der Zyste, eine Installation einer hypertonen Kochsalzlösung sowie eine Fenestration und Omentoplastik (vgl. Operationsbericht vom 21. April 2011, Urk. 6/4/30-31). Der Beschwerdeführer war vom 19. bis 29. April 2011 stationär hospitalisiert, wobei dem Austrittsbericht vom 27. April 2011 (Urk. 6/4/32-35) folgende Diagnosen zu entnehmen sind (S. 1): - grosse Echinococcus-Zyste (Echinococcus cysticus) im Lebersegment VII/VIII, Erstdiagnose (ED) Januar 2011 - grosse septierte Zyste mit bildgebendem Verdacht auf eine Infiltration in die Vena cava inferior mit präoperativer fraglicher Apoplexie in der Vena cava inferior und Verdacht auf Infiltration der rechten Lebervene - Eosinophilie - Splenomegalie - Behandlung mit Zentel seit Mitte Februar - Status nach Sepsis unklarer Ätiologie im März 2011, Differentialdiagnose (DD): Superinfektion einer Zyste, anaphylaktischer Schock bei begrenzter Zystenruptur - chronische Kopfschmerzen bei Status nach HWS-Schleudertrauma

Der Verdacht auf einen Thrombus der Vena cava inferior habe sich anlässlich der Operation nicht bestätigt (S. 3). 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und D.____, dipl. Psychologin, informierten mit Bericht vom 20. Juni 2011 (Urk. 6/15/15) über das kurz zuvor erfolgte Erstgespräch mit dem Beschwerdeführer und diagnostizierten eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23). Die Symptome im Sinne von Angstzuständen, sozialem Rückzug, nächtlichen Alpträumen, Schreckhaftigkeit sowie innerer Unruhe und Schlafstörungen stünden im direkten Zusammenhang mit einem am 23. Januar 2011 erlittenen tätlichen Angriff. 3.4

Mit Bericht vom 5. September 2011 (Urk. 6/13/1-3) erwähnte Dr. med. E.____, Fachärztin für Chirurgie, B.____, einen Status nach am 21. April 2011 erfolgter Aspiration einer grossen Echinococcus-Zyste im Lebersegment VII/VIII, Installation einer hypertonen Kochsalzlösung sowie Fenestration und Omentoplastik als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit vom 19. April bis 5. September 2011 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 6. September 2011 sei er wiederum vollständig arbeitsfähig (S. 2 f. Ziff. 1.6-1.7, Ziff. 1.9). 3.5

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab mit Bericht vom 20. November 2011 (Urk. 6/15/3-6) an, dass er den Beschwerdeführer seit September 2002 behandle (S. 2 Ziff. 1.2) und folgende – hier gekürzt aufgeführte – Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 1 f. Ziff. 1.1): - grosse Echinococcus-Zyste im Lebersegment VII/VIII - akutes Lumbovertebralsyndrom mit sensiblem Reizsyndrom L5 rechts mit rechts-foraminaler Diskushernie L4/5 mit Druck auf die Nervenwurzel L5 und einseitiger Spondylolyse L5 rechts - Status nach am 23. Januar 2011 erlittenem tätlichen Angriff mit Comotio cerebri und Kontusion der Flanke links, Reaktivierung der Lumboischialgie rechts sowie Angstzuständen, Angstträumen und einer starken inneren Nervosität

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachtete er einen seit dem 15. November 2011 bestehenden links-glutealen bakteriellen Infekt (S. 2 Ziff. 1.1). Die Prognose sei noch unklar (S. 3 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen

Tätigkeit seit dem 23. Januar 2011 bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.6). Die Tätigkeit als Gerüstbauer sei mittelfristig nicht mehr möglich. Falls die Abdominalschmerzen durch die vorgesehene erneute Operation behandelt würden, sei eine 100%ige Arbeitsaufnahme wahrscheinlich möglich (S. 4 Ziff. 1.7-1.8). 3.6

Dem Schreiben von Dr. C.____ vom 6. Februar 2012 (Urk. 6/18) ist als Diagnose weiterhin eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23) zu entnehmen. Der Beschwerdeführer sei am 15. und 23. Juni 2011 für zwei Konsultationen in der Praxis gewesen. Danach sei er nicht mehr erschienen. 3.7

Mit Bericht vom 4. Juli 2012 (Urk. 6/42/2-8) informierten die Ärzte des B.____ über die Beurteilung des Beschwerdeführers im Rahmen der interdisziplinären Schmerzsprechstunde und stellten dabei folgende Diagnosen (S. 4 f.): - chronisches rechts-hemikorporell-betontes gemischt neuropatisch-nozizeptives Schmerzsyndrom mit/bei: - oberbauchbetonten Abdominalschmerzen bei Status nach Echinococcus-Zyste Lebersegment VII/VIII mit Infiltration in Vena cava inferior und Verdacht auf Infiltration der rechten Lebervene, Status nach Aspiration Zysteninhalte, Instillation hypertoner Kochsalzlösung und Zysten-Fenestration, Omentoplastik und Cholezystektomie am 19. April 2011 mit postoperativer Wundheilungsstörung mit offener Wundbehandlung sowie bei Status nach Adhäsionslyse und offener Hemihepatektomie rechts bei anhaltend massiven Oberbauchschmerzen am 29. November 2011 - nicht-näher bezeichneter depressiver Störung - lumbospondylogem rechtsbetontem Panvertebralsyndrom bei Status nach sensiblem Reizsyndrom L5 rechts Februar 2012 bei degenerativen Veränderungen und Diskushernie L4/5 rechts sowie bei aktuell klinisch keiner radikulären Reiz- oder Ausfallsymptomatik - chronischen rechts-zerviko-okzipitalen nach temporo-parietal ausstrahlenden Kopfschmerzen bei Mischbild aus zerviko-zephallem Schmerzsyndrom mit möglicher Medikamentenübergebrauchskomponente, anamnestisch bland bezüglich vorgängiger primärer Kopfschmerzen - Status nach Commotio/Contusio cerebri bei tätlicher Auseinandersetzung am 23. Januar 2011 - hyperchrome mikrozytäre Anämie unklarer Genese

Das lumbospondylogene rechtsbetonte Panvertebralsyndrom, die oberbauchbetonten Abdominalschmerzen sowie die Kopfschmerzen würden durch ein chronisches Schmerzverhalten deutlich überlagert. Auch finde eine gewisse Ausweitung der Schmerzsymptomatik statt, welche die objektive Beurteilung erschwere. Eine Rückkehr in die bisherige Tätigkeit als Gerüstbauer sei bei der aktuellen Schmerzsymptomatik nicht vorstellbar. Bei deren Stabilisierung sei eine mindestens mittelschwere ganztägige Tätigkeit nicht ausgeschlossen. Die Rehabilitationsaussichten seien in Anbetracht der psychosozialen Faktoren mit eher niedriger Schulbildung, nicht abgeschlossener Berufsausbildung, Verhangensein in einem eher traditionell anmutenden Männerbild sowie fehlender Akkulturation als eher ungünstig zu bewerten. Ein gewisses fremdaggressives Gefährdungspotential sei nicht auszuschließen (S. 5 f.). 3.8

Dem Bericht von Dr. med. G.____, praktischer Arzt, B.____, vom 19. Juli 2013 (Urk. 6/59/5-6) ist als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach am 25. März 2013 erfolgter Zwerchfellhernienreparatur rechts bei iatrogenen Zwerchfellhernien nach Hemihepatektomie rechts zu entnehmen. Der Verlauf sei erfreulich. Sodann nannte er folgende – hier gekürzt aufgeführte - Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Status nach Hemihepatektomie rechts bei Echinococcus cystus November 2011 mit Verwachsungsbauchbeschwerden und Hyperpathie der hypertrophen Bauchnarbe -

lumbospondyloges rechtsbetontes Panvertebralsyndrom bei Status nach sensiblem Reizsyndrom L5 rechts Februar 2012 - hyperchrome mikrozytäre Anämie

Der Beschwerdeführer sei aufgrund der postoperativen Schmerzen bis zum 23. April 2013 arbeitsunfähig gewesen. Danach habe aus chirurgischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestanden (S. 2 Ziff. 1.7). 3.9

Am 10. Juni 2014 erstatteten die Gutachter des H. ___ ihr polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/82). Dabei nannten sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 Ziff. 6.1): - neuropathisches Schmerzsyndrom bei Status nach mehrfachen Baucheingriffen mit/bei: - Entfernung Leberzyste (Echinococcus cysticus), April 2011 - offener Hepatektomie rechts und Adhäsiole, November 2011 - operativer Versorgung einer iatrogenen Zwerchfellhernie, März 2013 - Spannungskopfschmerzen mit migräniformer Komponente und Ausstrahlung in Richtung Nacken ohne Blutung, Raumforderung oder Hirndruckzeichen (Computertomographie, CT, Schädel vom Januar 2011)

Zudem erwähnten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 Ziff. 6.2): - chronisches Lendenwirbelsäule (LWS)-Syndrom mit pseudoradikulärer Reizsymptomatik L5 links mit/bei: - rechtsforaminaler Diskushernie L4/5 mit Druck auf die Nervenwurzel L5 (Magnetresonanztomographie, MRI, LWS vom November 2011) - Kontakt zwischen lateraler Diskusprotrusion L4/5 rechts und der Wurzel L5 rechts, aktuell ohne eindeutige Kompression - Status nach Commotio cerebri und HWS-Distorsion (Januar 2011) bei Verdacht auf traumaassoziierte geringgradige Gefügestörung C3/4 und C4/5 sowie Einriss des Anulus fibrosus C3/4 (MRI HWS vom Mai 2011)

Im Rahmen der internistischen Untersuchung sei ein deutlich inkonstantes, grobtes Gangbild aufgefallen. Das Schmerzverhalten und die Schmerzangaben würden sich medizinisch nicht einordnen lassen. Bei der Untersuchung des Abdomens habe der Beschwerdeführer seine Abdomenmuskulatur so stark angespannt, dass eine Untersuchung nicht möglich gewesen sei (S. 13 Ziff. 4.2, S. 23 Ziff. 7.1).

Aus rheumatologischer Sicht stehe ein Beschwerdebild im Vordergrund, welches somatisch nicht erklärt werden könne. Es lägen lediglich milde degenerative Veränderungen vor. Hinweise auf eine sensorische oder motorische Reiz- oder Ausfallsymptomatik fänden sich neurologisch nicht. Deutlich im Vordergrund stünden Befunde, die im Sinne einer Schmerzfehlverarbeitung interpretiert werden müssten. Es könne kein rheumatologisches Krankheitsbild diagnostiziert werden, welches die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen oder jeglichen anderen Tätigkeiten einschränke. Es seien Diskrepanzen aufgefallen, welche sich medizinisch nicht erklären liessen (S. 17 f. Ziff. 5.2, S. 23 Ziff. 7.1, S. 48 f. Ziff. 4).

In neurologischer Hinsicht stünden die Bauchschmerzen im Vordergrund. Die klinische Beurteilbarkeit sei aufgrund von Kooperationsschwierigkeiten etwas eingeschränkt. Gesamthaft sei bezüglich der anhaltenden Bauchbeschwerden von neuropathischen Schmerzen bei Status nach mehrfachen Baueingriffen auszugehen. Hinsichtlich der Kopfschmerzen seien sämtliche migräniformen Begleitsymptome bestätigt worden, dies allerdings erst nach dezidiertem Nachfragen. In der klinischen Untersuchung zeige sich eine Klopfschmerzhaftigkeit im Bereich der gesamten Wirbelsäule und eine Druckschmerzhaftigkeit der paravertebralen Muskulatur im Bereich der HWS sowie eine

Schmerzangabe bei Rechts- und Linkswendung des Kopfes und Angabe einer Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der Supra- und Infraorbitalpunkte linksseitig. Die Kopfschmerzen seien gesamthaft als Spannungskopfschmerzen mit migräniformer Begleitsymptomatik einzustufen, da die erst bei Nachfrage bestätigten Begleitsymptome als nicht im Vordergrund stehend eingeschätzt würden. Eine Analgetika-induzierte Komponente sei möglich. Schliesslich zeige sich bildgebend ein Kontakt zwischen einer lateralen Diskusprotrusion L4/5 rechts und der Wurzel L5 rechts, jedoch ohne eindeutige Kompression. Aktuell sei am ehesten von einem chronischen LWS-Syndrom ohne Hinweis auf eine sensorische oder motorische Reizsymptomatik und ohne motorische Ausfälle auszugehen. In Anbetracht der im Vordergrund stehenden abdominalen neuropathischen Schmerzen sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Gerüstbauer sowie in schweren und überwiegend mittelschweren Tätigkeiten nicht mehr arbeitsfähig. In der aktuellen sowie einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit mit der Möglichkeit der Wechselbelastung und der individuellen Pausengestaltung sei er zu 70-80 % arbeitsfähig (S. 18 ff. Ziff. 5.3, S. 23 Ziff. 7.1, S. 57 ff. Ziff. 4).

Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung habe keine Erkrankung festgestellt werden können. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestehe nicht. Der Beschwerdeführer sei euthym und gut schwingungsfähig, weshalb auch keine depressive Entwicklung festgestellt werden könne. Eine PTBS könne auf Grund der Symptomatik ebenfalls nicht diagnostiziert werden. Psychiatrisch auffällig sei eine Diskrepanz zwischen dem geklagten Beschwerdebild und dem erhobenen Befund. Die geklagten Beschwerden seien in hinreichendem Ausmass überwindbar und daher invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der bisherigen sowie jeglicher anderen Tätigkeit voll arbeitsfähig (S. 14 ff. Ziff. 5.1, S. 23 Ziff. 7.1, S. 41 f. Ziff. 4).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer durch Diskrepanzen zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung und dem Verhalten respektive den objektivierbaren Befunden aufgefallen sei, welche als erheblich in Richtung bewusstseinsnaher Aggravation einzustufen seien. Entsprechend könne weder aus rheumatologischer noch psychiatrischer oder in ternistischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit plausibilisiert werden (S. 24 Ziff. 7.1). In der bisherigen Tätigkeit als Gerüstbauer bestehe auf Grund der neurologischen Beschwerden keine Arbeitsfähigkeit mehr. In der aktuell ausgeübten Tätigkeit als Bauhelfer sowie jeglicher anderen körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit mit der Möglichkeit der Wechselbelastung und der individuellen Pausengestaltung sei er seit spätestens dem 24. April 2013 wieder zu 70-80 % arbeitsfähig. Die Einschränkung begründe sich mit einem erhöhten Pausenbedarf aufgrund der in neurologischer Hinsicht dargestellten Beschwerden. Für die Zeit zwischen dem aufgrund der Echinococcus-Zyste erfolgten Ersteingriff und der zuletzt am 25. März 2013 durchgeführten Operation sei auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der behandelnden Ärzte abzustellen (S. 24 f. Ziff. 7.2-7.4). Eine fachneurologische Mitbetreuung zwecks Optimierung der Schmerzmedikation werde empfohlen. Zudem sollte die Schmerzbetreuung fortgeführt werden. Durch diese Massnahmen könne eine Verbesserung des Schmerzbildes und möglicherweise auch der Arbeitsfähigkeit erzielt werden (S. 25 Ziff. 7.5). 3.10

RAD-Arzt Dr. med. Dr. rer. pol. I. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erachtete das Gutachten mit Stellungnahme vom 17. Juli 2014 für umfassend und stellte für die

Beurteilung darauf ab (vgl. Urk. 6/116 S. 5 f.). 3.11

Mit Schreiben vom 20. Oktober 2014 (Urk. 6/92) äusserte Dr. med.

J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Kritik am psychiatrischen Teilgutachten. Es sei nicht nachvollziehbar, dass keine affektive Veränderung festzustellen sei. Der Beschwerdeführer nehme auch regelmässig Medikamente ein und befinde sich in regelmässiger psychiatrischer Behandlung sowie in einer speziellen Traumatherapie. Die Aussagen hinsichtlich Angsterkrankung seien absolut unverständlich. Das Gutachten widerspreche sich häufig und sei sachlich sowie fachlich falsch (S. 4 f.). 3.12

Die daraufhin veranlasste psychiatrische Nachbegutachtung durch das H.____er folgte am 10. August 2015. Dem diesbezüglichen Gutachten vom 17. August 2015 (Urk. 6/113) ist als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) zu entnehmen. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit konnten keine gestellt werden (S. 9 Ziff. 3).

Im Vordergrund des Erlebens und der Beschwerdepräsentation stünden Angst und Schmerzen. Bei fixiertem Krankheitsverständnis sei eine stationäre psychosomatische Behandlung zur Klärung und Behandlung der Störung indiziert. Die Kriterien einer PTBS seien nicht erfüllt. Vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte sei durchaus denkbar, dass zeitweilig unspezifische Symptome einer PTBS bestünden, die sich vor allem in impulsivem Verhalten entladen würden. Gegenwärtig handle es sich um eine Verdachtsdiagnose. Im Zusammenhang mit der Konfliktsituation werde eine emotionale Erregung deutlich. Es würden Wut, Ärger, Kränkung und Empörung dominieren. Angst, Lähmung und Leere lägen weniger vor. Der Beschwerdeführer erwähne zwar Angst. Aufgrund von Diskrepanzen in der Aussage sei jedoch kritisch zu bewerten, ob ein Vermeidungsverhalten bestehe. Die Schilderungen bezüglich der gegenwärtigen Alltagsgestaltung seien spärlich und zu wenig differenziert, um diese Symptome zu bestätigen. Die Ängste würden somit die Kriterien einer Angststörung nicht erfüllen. Der Verdacht auf Anteile situationsbefundenen aggravierenden Verhaltens sei auch in der gegenwärtigen Situation nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer mache verschiedentlich diskrepante Angaben hinsichtlich seines Vermeidungsverhaltens und auch bei der Medikamentendosierung. Er habe versucht, die gemachten Angaben bei Ankündigung der Blutentnahme nachträglich zu korrigieren. Die Laboruntersuchungen hätten bestätigt, dass er die Medikation nicht einnehme. Darin seien Ansätze dissozialer Verhaltensweisen erkennbar. Gesamthaft sei die Aussage des erstbegutachtenden Psychiaters, wonach der Sachverhalt nicht abschliessend zu klären sei, nachvollziehbar. Der Einwand von Dr. J.____ sei nur begrenzt richtig (S. 11 ff. Ziff. 4). Trotz des Vorliegens von Inkonsistenzen, welche der Explorationssituation und dem Krankheitsbild zugeordnet würden, sei der Beschwerdeführer aufgrund der chronischen Schmerzstörung zu 30 % arbeitsunfähig in sämtlichen Verweistätigkeiten. Die Ressourcen zur Überwindung dieser Störung seien bei somatischem Krankheitskonzept, mangelhafter Bildung und emotionaler Instabilität reduziert (S. 14 f.). 3.13

Mit Stellungnahme vom 7. Januar 2016 erachtete RAD-Arzt Dr. I.____ das aktuelle psychiatrische Gutachten als umfassend und schlüssig (vgl. Urk. 6/116 S. 7 f.). 3.14

Die Ärzte der Z.____ informierten mit Austrittsbericht vom 3. Juni 2016 (Urk. 6/131) über die stationäre Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 22. April bis 17. Mai 2016 und stellten folgende Diagnosen (S. 1): - PTBS (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive

Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - andauernde
Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80)

Das Zustandsbild habe sich unter den stationären Wirkfaktoren stabilisiert. Auf dem Boden einer PTBS und ausgedehnten Laparotomien habe sich eine rezidiierende depressive Störung ausgebildet, wobei beim Eintritt die Kriterien für eine mittelgradige Ausprägung erfüllt gewesen seien (S. 3). 3.15

Dem Austrittsbericht der Ärzte der Z.____ vom 6. Oktober 2016 (Urk. 6/142) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 20. September bis 6. Oktober 2016 stationär hospitalisiert gewesen sei und weiterhin dieselben Diagnosen gestellt werden könnten (S. 1). Die Zuweisungsdiagnosen hätten klinisch bestätigt werden können. Bei klinisch fehlendem Hinweis auf eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung und komplikationslos verlaufenen Belastungsproben mit Übernachtungen zuhause sei der Beschwerdeführer entlassen worden (S. 3). Er sei vom 20. September bis 6. Oktober 2016 vollständig arbeitsunfähig gewesen (S. 6). 4. 4.1

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das polydisziplinäre Gutachten des H.____ (vorstehend E. 3.9) einschliesslich der erfolgten psychiatrischen Nachbegutachtung (vorstehend 3.12) den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich entspricht, weshalb für die Entscheidungsfindung – der RAD-Stellungnahme folgend (vgl. Urk. 6/116 S. 5 ff.) – darauf abgestellt werden kann. So erweist es sich als für die strittigen Belange umfassend, werden die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand sowie Arbeitsfähigkeit ausführlich begründet und beruht es auf den notwendigen Untersuchungen in internistischer, rheumatologischer, neurologischer sowie psychiatrischer Hinsicht mit jeweils ausführlicher Befundaufnahme, welche allerdings – unter anderem aufgrund fehlender Kooperation - teilweise erschwert war (vgl. Urk. 6/82 S. 13 f. Ziff. 4.2, S. 41 Ziff. 2.2, S. 47 f. Ziff. 2.2, S. 56 f. Ziff. 2.2-2.3; Urk. 6/113 S. 7 f. Ziff. 2.2). Dabei wurden die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 6/82 S. 11 f. Ziff. 4.1, S. 36 Ziff. 2.1, S. 45 f. Ziff. 2.1, S. 53 Ziff. 2.1; Urk. 6/113 S. 2 ff. Ziff. 2.1) in angemessener Weise berücksichtigt und das Gutachten wurde in Kenntnis der Vorakten erstattet (vgl. Urk. 6/82 S. 5 ff. Ziff. 3). Der konkreten medizinischen Situation trägt es angemessen Rechnung. 4.2

So legten die Gutachter in somatischer Hinsicht in nachvollziehbarer Weise dar, dass lediglich die anhaltenden neuropathischen Bauchschmerzen aufgrund der mehrfach erfolgten Baueingriffe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermögen. Wesentliche fassbare Befunde konnten dabei allerdings nicht erhoben werden. Vielmehr stützte man sich hierfür vor allem auf die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 6/82 S. 24 Ziff. 7.1, S. 59 ff. Ziff. 4). Sowohl aus internistischer als auch aus rheumatologischer Sicht konnten keine relevanten pathologischen Befunde erhoben werden, zeigten sich insbesondere einzig milde degenerative Veränderungen. Die Beschwerden liessen sich somatisch nicht erklären. Auffällig waren schliesslich verschiedene erhebliche Diskrepanzen, welche sogar als in Richtung bewusstseinsnaher Aggravation eingestuft wurden (vgl. Urk. 6/82 S. 13 f. Ziff. 4.2-4.3, S. 24 Ziff. 7.1, S. 48 f. Ziff. 4). Ein solches Verhalten erkannten bereits die Ärzte des B.____ (vgl. Urk. 6/42/2-8 S. 5). 4.3

Aus psychiatrischer Sicht überzeugt die gutachterliche Beurteilung ebenfalls. So konnten sowohl anlässlich der Erst- als auch der Nachbegutachtung weder eine Angststörung noch

eine affektive Störung oder eine PTBS diagnostiziert werden. Dabei erweist sich insbesondere die Beurteilung anlässlich der Nachbegutachtung als nachvollziehbar und plausibel, wurden die genannten Diagnosen unter Berücksichtigung der Schilderungen des Beschwerdeführers sowie des erhobenen Befundes ausführlich und in schlüssiger Weise anhand der ICD-Kriterien verneint. Zu den divergierenden Ansichten des erstbegutachtenden Arztes sowie des behandelnden Psychiaters Dr. J.____ wurde ebenfalls Stellung genommen und insbesondere plausibel begründet, weshalb ursächlich für die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sei. Die bereits anlässlich der Erstbegutachtung erkannten Diskrepanzen und das als in Richtung bewusstseinsnaher Aggravation weisende Verhalten wurden erneut hervorgehoben, allerdings der Explorationsituation und dem Krankheitsbild zugeordnet. Dass die Ressourcen zum Umgang mit dem Störungsbild aufgrund des somatischen Krankheitskonzepts, der mangelhaften Bildung sowie der emotionalen Instabilität als reduziert angesehen wurden, überzeugt

ebenfalls (vgl. Urk. 6/113 S. 9 ff. Ziff. 3-4). Eine ausführliche Prüfung der Standardindikatoren (vgl. hierzu BGE 141 V 281) erübrigt sich jedoch, da – wie sich nachfolgend zeigen wird (vgl. nachstehend E. 5) – selbst bei Annahme der 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit kein Rentenanspruch mehr resultiert. 4.4

Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nach der H.____-Begutachtung zweimal stationär in der Z.____ hospitalisiert war, ändert daran nichts. Soweit dieser bemängelt, dass die entsprechenden Austrittsberichte weder dem RAD vorgelegt noch von der Beschwerdegegnerin in deren Entscheidung erwähnt worden seien (vgl. Urk. 1 S. 6), trifft dies zwar zu (vgl. aber die Stellungnahme der Beschwerdegegnerin in Urk. 6/144). Allerdings kann er hieraus nichts zu seinen Gunsten ableiten, vermögen diese Berichte keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung aufkommen zu lassen und es lässt sich damit auch keine relevante, dauerhafte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes begründen. Insbesondere attestierten die involvierten Ärzte nur eine Arbeitsunfähigkeit für die Dauer des stationären Aufenthalts und berichteten von einem verbesserten Zustand bei Austritt (vgl. Urk. 6/142). Auf weitere Abklärungen sowie auf das vom Beschwerdeführer eventuell beantragte Gerichtsgutachten (vgl. Urk. 1 S. 2), kann im Sinne antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d) verzichtet werden, erweist sich der medizinische Sachverhalt als hinreichend klar.

So enthalten beide Berichte wenig relevante Befunde und die gestellten Diagnosen werden weder in irgendeiner Weise begründet noch nach den ICD-Kriterien hergeleitet, womit diese nicht nachvollzogen werden können. Sowohl für eine PTBS als auch für eine andauernde Persönlichkeitsänderung ergeben sich aus den Berichten überhaupt keine Hinweise. Im Bericht vom Juni 2016 wird zudem erwähnt, dass das Rentengesuch des Beschwerdeführers zwei Wochen vor Eintritt in die Klinik abgelehnt worden sei (vgl. Urk. 6/131 S. 2), wodurch sich die damals festgestellte mittelgradige depressive Episode zwar allenfalls erklären lässt, jedoch möglicherweise psychosozialen Ursprungs zu sein scheint. Ausserdem stabilisierte sich das Zustandsbild während des Aufenthalts. Eine Befunderhebung bei Austritt erfolgte allerdings nicht, weshalb sich der Gesundheitszustand in diesem Zeitpunkt nicht beurteilen lässt. Eine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung unterblieb ebenfalls. Im Bericht vom Oktober

2016 wird sodann eine vollständige Arbeitsunfähigkeit lediglich für die Zeit des stationären Aufenthaltes und nicht für die Zeit danach attestiert (vgl. Urk. 6/142 S. 6). 4.5

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gestützt auf die beweiskräftige gutachterliche Beurteilung seit dem 23. Januar 2011 in der bisherigen Tätigkeit als Gerüstbauer nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer angepassten Tätigkeit in Beachtung des Belastungsprofils besteht dagegen – nach einer zuvor ebenfalls vollständigen Arbeitsunfähigkeit - seit spätestens dem 24. April 2013 wiederum eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. 5. 5.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen, wo bei der Beschwerdeführer unbestrittenermassen als zu 100 % Erwerbstätiger zu qualifizieren ist. Somit ist ein Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG vorzunehmen. 5.2

Für die Periode der unbestritten gebliebenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten vom 23. Januar

2011 bis 24. April

2013 bedarf es zur Invaliditätsbemessung keines Einkommensvergleichs, da der Invaliditätsgrad 100 % beträgt. 5.3

Beim Einkommensvergleich für die Bemessung des Invaliditätsgrades ab dem 24. April 2013 stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Valideneinkommens (vgl. Urk. 2 S. 6; Urk. 6/115 S. 1) auf die Angaben des Arbeitgebers des Beschwerdeführers bezüglich der vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübten Tätigkeit als Gerüstbauer und berechnete – angepasst an die Nominallohnentwicklung – ein hypothetisches Valideneinkommen von rund Fr. 69'254.-- für das massgebende Jahr 2013 (vgl. hierzu BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1, 129 V 222). Dies ist angesichts der Akten (vgl. Urk. 6/12 S. 2 f. Ziff. 2.10-2.11) nicht zu beanstanden und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten.

Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens (vgl. Urk. 2 S. 6; Urk. 6/115 S. 2) stützte sie sich – in Beachtung der geltenden Rechtsprechung (BGE 129 V 472 E. 4.2.1) – auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik her ausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) und dabei auf den standardisierten Durchschnittslohn für Männer in einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Natur in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors (vgl. LSE 2012, S. 35, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1). Angepasst an die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit und die Nominallohnentwicklung bei den Männern im Jahr 2013 berechnete die Beschwerdegegnerin ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 45'989.-- im Jahr 2013 für ein Pensum von 70 % (Fr. 5'210.-- : $40 \times 41.7 \times 12 \times 1.008 \times 0.7$). Auch dies blieb von Seiten des Beschwerdeführers unbestritten und ist – angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdeführer derzeit keine relevante Tätigkeit mehr ausübt (vgl. etwa Urk. 6/88 S. 12) - nicht zu beanstanden.

Strittig ist denn auch einzig das Gewähren eines allfälligen leidensbedingten Abzuges (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Die Beschwerdegegnerin gewährte vorliegend keinen Abzug (Urk. 2 S. 6; Urk. 6/115 S. 2), wogegen der Beschwerdeführer einen solchen von mindestens 10 % als angemessen erachtete (vgl. Urk. 1 S. 8 f.). Angesichts der Gesamtumstände erscheint vorliegend ein Abzug als nicht angezeigt. So erfasst der Tabellenlohn im tiefsten Kompetenzniveau bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer auf eine

wechselbelastende Tätigkeit angewiesen ist, ist im Hinblick auf den allein massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht abzugsrelevant (vgl. statt vieler Urteile des Bundesgerichts 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4 und 8C_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8). Weitere gesundheitsbedingte Einschränkungen, welche allenfalls einen Abzug rechtfertigen würden, sind nicht ausgewiesen. Sodann begründet der Umstand, dass der Beschwerdeführer nach der gutachterlichen Beurteilung nur noch zu 70 % arbeitsfähig ist, keinen Abzug infolge Teilzeitarbeit, ergibt sich die prozentuale Einschränkung lediglich aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs (vgl. Urk. 6/82 S. 25 Ziff. 7.3), womit er in der Lage sein sollte, die Arbeitsfähigkeit vollschichtig auszuüben. Zwar verfügt er nur über die Aufenthaltsbewilligung B (vgl. Urk. 6/5). Es ist aber nicht davon auszugehen, dass er deswegen – insbesondere bei einer Hilfstätigkeit im tiefsten Kompetenzniveau – in relevanter Weise weniger verdienen kann (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts I 210/05 vom 10. November 2005 E. 3.5). Die fehlende Berufsausbildung des im Verfügenszeitpunkt erst 37-jährigen Beschwerdeführers begründet ebenfalls keinen Anspruch auf einen Abzug, ist diese doch bei der Bestimmung des Kompetenzniveaus zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_427/2011 vom 15. September 2011 E. 5.2). Dem wurde hier Rechnung getragen, indem die Tabellenlöhne des niedrigsten Kompetenzniveaus, welches keine Berufsausbildung erfordert, verwendet wurden. Einfache und repetitive Tätigkeiten erfordern weder gute Sprachkenntnisse noch ein besonderes Bildungsniveau (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.2).

Wird das Valideneinkommen von Fr. 69'254.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 45'989.-- gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 23'265.-- und somit ein nicht mehr rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 34 %. 5.4

Anhand der medizinischen Akten lässt sich mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 6/116 S. 9 f.) erkennen, dass ab dem 23. Januar 2011 ununterbrochen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde und das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vorstehend E. 1.2) somit am 23. Januar 2012 erfüllt war (vgl. etwa Urk. 6/4/16-18; Urk. 6/4/20-23; Urk. 6/13/1-3 S. 2 f. Ziff. 1.6, Ziff. 1.9; Urk. 6/15/3-6 S. 3 Ziff. 1.6; Urk. 6/23/15). Angesichts der erst am 8. August 2011 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Anmeldung zum Leistungsbezug (vgl. Urk. 6/2-3; Aktenverzeichnis zu Urk. 6 S. 1) ist die sechsmonatige Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG allerdings erst im Februar 2012 abgelaufen. Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer daher und in Beachtung von Art. 88a Abs. 1 IVV (Berücksichtigung der Verbesserung erst nach drei Monaten) zutreffenderweise eine ganze Invalidenrente für die Zeit vom 1. Februar 2012 bis 31. Juli 2013 zu. Ab dem 1. August 2013 hat der Beschwerdeführer keinen Rentenanspruch mehr.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und 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. 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 Sebastian Lorentz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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, 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Meierhans

E. 6

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.