

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00516 vom 29. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00516

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00516 du 29 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00516 del 29 novembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerb sunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgeme i nen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]).

Sie kann Folge von Geburtsgebr e chen, Krankheit ode r Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Ve r lust der Erwerbsmöglich keiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arb eitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliess lich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berü c sichtigen (Satz 1) . Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus o b jektiver Sicht nicht überw indbar ist (Satz 2).

E. 1.2

X.____ hatte der IV-Stelle am 29. Juni 2012 nochmals ein Anmeldeformular eing e reicht (Urk. 11/19), worauf diese den Verlaufsbericht von Dr. D.____ vom 9. November 2012 einholte und dabei erfuhr, dass wegen verstärkter Rücke n schmerzen von August bis Oktober 2012 weitere Untersuchungen (unter anderem weitere Magnetresonanztomographien der Lendenwirbelsäule) und Behandlungen in der C.____ durchgeführt worden waren (Urk. 11/32). Mit Vorbescheid vom 14. Dezember 2012 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie einen Re n tenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 28 % zu verneinen gedenke (Urk. 11/36; vgl. auch den Einkommensvergleich und das Feststellungsblatt in Urk. 11/33 und Urk. 11/34). Auf die Einwendungen des Versicherten vom 27. Januar 2013 hin (Urk. 11/37), holte die IV-Stelle bei Dr. med. E.____, Facharzt für Rheumatologie, F.____, den Bericht vom 8. Februar 2013 über die Behandlung einer rheumatoiden Arthritis von Mai bis August 2012 und ab Januar 2013 ein (Urk. 11/39) und entschied anschliessend mit Verfügung vom 8. März 2013 im Si n ne ihres Vorbescheids (Urk. 11/41). Die Verfügung blieb unangefochten.

E. 1.2.1

Im Hinblick auf das Erfordernis in Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG hat das Bundesgericht spezifische Leitlinien aufgestellt. Im Grundsatzurteil vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) hat es in Änderung seiner bisherigen Rechtsprechung ein neues Prüfungsra s ter in Form von spezifischen Standardindikatoren entwickelt, anhand dessen die Auswirkungen von

sogenannten pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage zu ermitteln sind. Das Raster präsentiert sich wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 und E. 6): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck.

Das Bundesgericht schreibt dem Raster normativen Charakter zu, weist jedoch darauf hin, dass es die Aufgabe der medizinischen Fachpersonen ist, mittels der einschlägigen Indikatoren das Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1 und E. 5.2). Die funktionellen Einschränkungen müssen mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein, und es ist die versicherte Person, welche die Beweislast für den Nachweis trägt (vgl. BGE 141 V 281 E. 6).

Ferner betont das Bundesgericht, dass es sich beim neu entwickelten Raster nicht um eine "abhakbare Checkliste" handelt, sondern dass dessen Handhabung den Umständen des Einzelfalls gerecht werden muss (BGE 141 V 281 E. 4.1.1).

E. 1.2.2

In einem weiteren Schritt hat das Bundesgericht in zwei Grundsatzurteilen vom 30. November 2017 die Anwendbarkeit der Standardindikatoren auf grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen ausgedehnt, indem es für alle diese Erkrankungen das strukturierte Beweisverfahren, wie es ursprünglich für die somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbare Leiden entwickelt worden war, als massgebend erklärt hat (BGE 143 V 418 E. 7, BGE 143 V 409 E. 4.4 und E. 4.5). Damit hat das Bundesgericht insbesondere seine bisherige Rechtsprechung zu den depressiven Störungen geändert und nicht länger daran festgehalten, dass rezidivierende oder episodische Depressionen leicht- bis mittelgradiger Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (vgl. die Zusammenfassung der bisherigen Rechtsprechung in BGE 143 V 409 E. 4.1).

E. 1.3

Im Herbst 2012 hatte X. die Arbeitsstelle bei der Z. durch Kündigung der Arbeitgeberin verloren (Notiz der IV-Stelle vom 14. September 2012, Urk. 11/26). Nach einer rund dreimonatigen Tätigkeit bei der G. (vgl. den Auszug aus dem individuellen Konto vom 5. März 2015, Urk. 11/55) trat er im Juli 2013 eine neue, durch eine Temporärunternehmung vermittelte Vollzeitstelle als Lüftungsmonteur an (vgl. Urk. 11/51/4). Ende August 2014 endete auch dieses Arbeitsverhältnis, und am 5. November 2014 meldete die ehemalige Arbeitgeberin der Zürich Versicherungsgesellschaft AG ("Zürich"), welche die kollektive Krankentaggeldversicherung durchführte, die Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit des Versicherten ab dem 2. September 2014 (Urk. 11/63/4).

Am 23. Februar 2015 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 11/51). Diese zog die Akten der "Zürich" bei (Urk. 11/63, Urk. 11/77 und Urk. 11/82), die neben den Zeugnissen und Verlaufsberichten des neuen Hausarztes Dr. med. H., Spezialarzt für Innere Medizin, den Bericht der A. über eine erneute

MRI- Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom 8. Oktober 2014 (Urk. 11/63/19) und den Bericht der C.____ vom 13. Februar 2015 (Urk. 11/63/9-10) enthielten, führte mit dem Versicherten von Mai bis Juli 2015 Gespräche zur beruflichen Eingliederung (Aufzeichnungen in Urk. 11/74; Verfügung vom 23. Juli 2015, wonach zur Zeit keine Arbeitsvermittlung möglich sei und die Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen würden, Urk. 11/73), holte die Berichte von Dr. H.____ vom 14. April 2015 und vom 29. Februar 2016 ein (Urk. 11/65 und Urk. 11/89) und liess durch die I.____, med. pract. J.____ und Dr. med. K.____, wo der Versicherte seit Juni 2015 in Behandlung stand, die Berichte vom 14. September 2015 und vom 7. März 2016 verfassen (Urk. 11/79 und Urk. 11/90). Danach liess sie den Versicherten durch die Gutachtenstelle L.____ interdisziplinär - rheumatologisch und psychiatrisch - begutachten (Untersuchungen vom 11. Mai 2016, Gutachten vom 7. Oktober 2016 von Dr. med. M.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, und Prof. Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Urk. 11/108).

Mit Vorbescheid vom 18. Januar 2017 eröffnete die IV-Stelle dem Versicherten, vertreten durch lic. iur. Y.____, dass sie seinen Rentenanspruch, diesmal aufgrund eines Invaliditätsgrades von 29 %, wiederum zu verneinen beabsichtige (Urk. 11/117; vgl. auch den Einkommensvergleich und das Feststellungsblatt in Urk. 11/115 und Urk. 11/116). Der Versicherte liess mit den Eingaben vom 15. Februar und vom 7. März 2017 Einwendungen erheben (Urk. 11/127 und Urk. 11/132). Die IV-Stelle hielt jedoch an ihrer Beurteilung fest und verneinte den Rentenanspruch mit Verfügung vom 24. März 2017 ankündigungsgemäss (Urk. 2 = Urk. 11/134; Feststellungsblatt in Urk. 11/133).

E. 1.3.1

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

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 (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen).

E. 1.3.2

Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 28 Abs. 1 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig war (lit. b), sofern sie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ist (lit. c). Zusätzlich kann der Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG nicht vor Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung entstehen.

Während für die Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) und den Invaliditätsgrad (Art. 8 und Art. 16 ATSG), wie sie nach Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG massgebend sind, nach dem Einkommen zu fragen ist, das eine Person auf dem gesamten in Frage kommenden Arbeitsmarkt mit einer dem Gesundheitsschaden angepassten zumutbaren Tätigkeit

erzielen könnte, beurteilt sich die Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG), wie sie für das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG massgebend ist, nach der gesundheitlich bedingten Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen, und es kommt dabei in der Regel einzig auf die Einschränkungen im bisherigen Beruf an (vgl. BGE 130 V 97 E. 3.2, 105 V 156 E. 2a, 97 V 226 E. 2).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt rechtsprechungsgemäss jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Die Grundsätze zur Rentenrevision gelten rechtsprechungsgemäss auch dort, wo sich eine versicherte Person, deren Rentenanspruch verneint worden ist, bei der Invalidenversicherung erneut zum Rentenbezug anmeldet. Auch dort ist zu prüfen, ob seit dem Erlass des rentenabweisenden Entscheids eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist (vgl. BGE 130 V 71 E. 3.1 und 3.2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.4).

Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist gestützt auf Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird, und sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist nach Art. 88a Abs. 2 IVV zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat.

E. 2

Die Beschwerdegegnerin hatte den Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit der Verfügung vom 8. März 2013 ein erstes Mal verneint (Urk. 11/41), und diese Verfügung war unangefochten geblieben und in Rechtskraft erwachsen. Bei der neuen Anmeldung vom 23. Februar 2015 war daher vorab zu prüfen, ob seit dem Erlass der Verfügung vom 8. März 2013 eine Änderung im Sachverhalt eingetreten war. Dies hat die Beschwerdegegnerin, wie sich aus dem Folgenden ergibt, zu Recht implizit bejaht.

Nachdem die erste MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule vom Januar 2012 den Befund einer Diskushernie auf der Höhe L3/4 mit Nervenwurzelkompression ergeben hatte (Urk. 11/10/5), entschied sich der Beschwerdeführer nach einer Besprechung in der C.____ für eine konservative Behandlung mit Schmerzmitteln und Physiotherapie (Urk. 11/10/7), und unter dieser Behandlung ging die Symptomatik gemäss den Berichten von Dr. D.____ vom 3. Februar und vom 13. März 2012 zurück. Auch wenn die Hausärztin ihn für die körperlich belastende Tätigkeit an der angestammten Stelle nach wie vor als nicht arbeitsfähig einschätzte (Urk. 11/4/1 und Urk. 11/10/3), gelang es dem Beschwerdeführer nach dem erstmaligen negativen Rentenentscheid vom März 2013, während rund eineinhalb Jahren wieder als Lüftungsmonteur zu arbeiten; auf Ende August 2014 verlor er die zuletzt innegehabte Stelle jedoch und wurde ab Anfang September 2014 erneut wegen Rückenproblemen arbeitsunfähig geschrieben. Diese Veränderung in der Arbeitssituation mit erneutem Arbeitsunfähigkeitsattest war schon für sich allein grundsätzlich dazu

geeignet, sich auf den Rentenanspruch auszuwirken, unabhängig davon, ob sich auch der Gesundheitszustand massgebend verändert hatte. Es braucht daher nicht näher geprüft zu werden, ob sich die Veränderungen, welche die MRI-Untersuchung vom Oktober 2014 im Vergleich zu derjenigen vom Januar 2012 zeigte - Rückbildung der ursprünglichen Diskushernie auf der Höhe L3/4 und neu aufgetretene Diskushernie auf der Höhe L4/5 mit Erreichen der Nervenwurzel (Urk. 11/63/19) -, bereits vor der erstmaligen Rentenverneinung vom 8. März 2013 oder erst danach eingestellt haben. Neu war aber auf jeden Fall die psychische Problematik, die im Frühjahr 2015 auftrat, sich gemäss den Berichten der I. ___ vom 14. September 2015 und vom 7. März 2016 in einer herabgesetzten Stimmungslage äusserte und zur Diagnose einer depressiven Episode führte (Urk. 11/79/4 und Urk. 11/90/6).

Angesichts dieser nachgewiesenen, potentiell anspruchrelevanten Veränderungen hat die Beschwerdegegnerin die Voraussetzungen für eine Revision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG zu Recht als gegeben erachtet und hat daher den Rentenanspruch des Beschwerdeführers richtigerweise frei und umfassend neu geprüft (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3, 117 V 198 E. 4b, je mit Hinweisen).

E. 3

Im Rahmen dieser neuen Prüfung erfolgte die rheumatologische und psychiatrische Begutachtung durch die Gutachtenstelle L. ___ mit den Untersuchungen vom Frühjahr 2016 und der Fertigstellung des Gutachtens im Oktober 2016 (Urk. 11/108).

Die Gutachter gelangten in der bidisziplinären Gesamtbeurteilung zur Beurteilung, aus somatischer Sicht bestehe bereits seit Dezember 2011 keine Arbeitsfähigkeit für körperlich belastende Tätigkeiten mehr, hingegen sei ab diesem Zeitpunkt von einer vollen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten auszugehen. Aus psychiatrischer Sicht wurde die depressive Erkrankung als remittiert beurteilt, und es wurden ihr lediglich vorübergehende Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zugeschrieben. Des Weiteren gingen die Gutachter von einer fortbestehenden Suchterkrankung ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus, die sich jedoch ebenso wie die invaliditätsfremden psychosozialen Begleitumstände als reintegrationshindernd herausstellen könnte (Urk. 11/108/9). Es ist diese Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, welche die Beschwerdegegnerin ihrer Invaliditätsbemessung zugrunde legte (vgl. Urk. 2 S. 2).

E. 4.1

Der rheumatologische Fachgutachter Dr. M. ___ diskutierte aus der Sicht seines Fachgebietes die Befunde im Bereich der Lendenwirbelsäule im Zeitverlauf und gelangte anhand der Analyse der Vorakten, insbesondere auch der Berichte der C. ___ vom Januar 2012 und von August bis Oktober 2012 (Urk. 11/10/6-7 und Urk. 11/32/7-12), und der eigenen Untersuchungsergebnisse zur Diagnose eines chronischen lumboradikulären Auffallsyndroms L5 linksseitig mit belastungsabhängig intermittierender irritativer radikulopathischer Komponente; als hauptsächliche klinische Erscheinungen beschrieb er zum einen eine seit August 2012 persistierende linksseitige Fussheberparese des Grades M4 mit der Folge einer Gangunsicherheit und zum andern eine alternierende Schmerzsymptomatik an beiden Beinen, die er indessen nicht ohne Weiteres als direkte Manifestation der Radikulopathie interpretieren konnte (Urk. 11/108/44 46). Des Weiteren konstatierte Dr. M. ___ die seit dem Jahr 2012 aktenkundig beschriebene seropositive rheumatoide Arthritis mit beidseitigen zystischen Veränderungen in den Handwurzeln.

zelknochen; er bezeichnete sie als aktuell in Remission stehend, nachdem letztm a lig im August 2015 ein Schub aufgetreten sei (Urk. 11/108/44-45). Schliesslich führte er symptomatische Spreizfüsse und ein grenzwertiges Untergewicht mit muskulärer Atrophie der oberen und der unteren Extremitäten auf (Urk. 11/108/45).

E. 4.2

Was die Auswirkungen der genannten Befunde und Diagnosen auf die Leistungsfähigkeit im angestammten Beruf betrifft, so gelangte Dr. M.____ zum Schluss, dass der Beschwerdeführer für die bisherige, als körperlich belastend eingestufte Tätigkeit durchgehend seit Mitte Dezember 2011 nicht mehr arbeitsfähig sei (Urk. 11/108/49-50; vgl. auch Urk. 11/108/46+48).

Dieser Beurteilung liegt eine eingehende und sorgfältige Diskussion der Vorakten, der selber erhobenen Befunde und der Angaben des Beschwerdeführers zugrunde. Es ist daher darauf abzustellen. Daran ändert nichts, dass dem Rheumatologen Dr. M.____ möglicherweise nicht ganz präsent war, dass der Beschwerdeführer in den Jahren 2013 und 2014 nochmals im angestammten Beruf tätig gewesen war. Denn seine Feststellung, die Ausführung dieser Tätigkeit hätte zu einer Verschlechterung der Symptomatik geführt (Urk. 11/108/50), hat sich in den Jahren 2013 und 2014 verifiziert.

E. 4.3.1

Demgegenüber beurteilte Dr. M.____ den Beschwerdeführer für eine angepasste Tätigkeit aus rein medizinisch-rheumatologischen Gründen ab Mitte Dezember 2011 als zu 100 % arbeitsfähig, und er umschrieb die angepasste Tätigkeit als leichte körperliche Tätigkeit mit der Möglichkeit, wechselnd zu stehen, zu gehen und zu sitzen, ohne die Notwendigkeit von monotonen oder ungünstigen, beispielweise vorgeneigten Körperhaltungen und ohne das Erfordernis, repetitiv Lasten über 10 kg zu heben, zu tragen oder zu stossen (Urk. 10/108/50+52).

Der Beschwerdeführer hielt eine aus rheumatologischer Sicht volle Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten generell für zu hoch bemessen und liess im Besonderen geltend machen, Dr. M.____ habe die Auswirkungen der rheumatoiden Arthritis nicht ausreichend berücksichtigt (Urk. 1 S. 8, S. 9 und S. 13).

E. 4.3.2

Was die Erhebungen von Dr. M.____ zur rheumatoiden Arthritis anbelangt, so trifft entsprechend der Rüge in der Beschwerdeschrift zu, dass die Beschwerdegegnerin im Vorfeld des Begutachtungsauftrags keinen Bericht von Dr. E.____ eingeholt hatte und dem Rheumatologen Dr. M.____ daher nur der Bericht von Dr. E.____ vom 8. Februar 2013 (Urk. 11/39) vorlag. Es hätte daher nicht ausgereicht, wenn Dr. M.____ seiner Beurteilung allein die Angaben in diesem damaligen Bericht zugrunde gelegt hätte. Er verfügte jedoch zusätzlich immerhin über den aktuell en Bericht von Dr. H.____ vom 29. Februar 2016, in dem der Hausarzt von einem letzten Polyarthritisschub im August 2015 sprach (Urk. 11/89/4), und er nahm auch die Schilderungen des Beschwerdeführers persönlich zum Krankheitsverlauf entgegen, nach denen sich körperliche Beeinträchtigungen vor allem während der unregelmässig auftretenden Schübe zeigten (Urk. 11/108/39). Überdies liess der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren den selbst eingeholten aktuellen Bericht von Dr. E.____ vom 10. April 2017 einreichen, worin der Arzt zum einen festhielt, dass er ihn seit April 2016 nach einem längeren Unterbruch wieder regelmässig behandle und dass

gegenwärtig starke Schmerzen im Bereich der Fussballen und der Handgelenke im Vordergrund stünden, und zum andern die Situation bezüglich der Gelenkschmerzen unter der seit Juni 2016 etablierten medikamentösen Behandlung als knapp kompensiert bezeichnete

(Urk. 3/24). Da diese Angaben zum Beschwerdebild vergleichbar sind mit denen im früheren Bericht des Jahres 2013, verfügte Dr. M.____ insgesamt über genügend Informationen zum Leiden der rheumatoiden Arthritis, wie es sich auch in der nachfolgenden Zeit bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. März 2017 noch manifestierte.

Angesichts dieser Informationen leuchtet allerdings nicht ein, weshalb Dr. M.____ die rheumatoide Arthritis anders als die Rückenproblematik unter die rheumatologischen Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einordnete (Urk. 11/108/44-45). Denn auch wenn Dr. M.____ zur Zeit der Begutachtung keine Anhaltspunkte für eine residuelle Aktivität der Arthritis erkennen konnte (Urk. 11/108/44+47), wies er doch selber auf den schubartigen Charakter dieser Erkrankung hin. Die Vermutung einer vollständigen Remission (Urk. 11/108/47) bestätigte sich denn auch nicht, wie die Angaben im Bericht von Dr. E.____ vom 10. April 2017 zeigen. Damit sind entgegen Dr. M.____ Auswirkungen der rheumatoiden Arthritis auf die Arbeitsfähigkeit anzuerkennen; es ist hier auf die Beurteilung von Dr. E.____ vom Februar 2013 zu verweisen, wonach es dem Beschwerdeführer nicht zumutbar ist, schwere Lasten zu heben und zu tragen und schwere Werkstücke zu montieren (Urk. 11/39/2). Einzuräumen ist allerdings, dass das Belastbarkeitsprofil, wie es Dr. M.____ unter Berücksichtigung des Rückenleidens formulierte, den Einschränkungen seitens der rheumatoiden Arthritis weitgehend ebenfalls Rechnung trägt.

E. 4.3.3.1

Der Beschwerdeführer stellte das Belastbarkeitsprofil als solches auch nicht in Frage, erachtete jedoch ein volles Pensum als rheumatologisch nicht zumutbar

(Urk. 1 S. 8, S. 9 und S. 13).

E. 4.3.3.2

Dr. M.____ befasste sich im Rahmen seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zunächst mit den Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der behandelnden medizinischen Fachpersonen. Er wies darauf hin, dass die frühere Hausärztin Dr. D.____ dem Beschwerdeführer in den Jahren 2011 und 2012 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten attestiert habe (Urk. 11/108/50-51), indem sie ihm im Bericht vom 13. März 2012 eine 100%ige Leistungsfähigkeit für wechselbelastende Tätigkeiten bescheinigt hatte (vgl. Urk. 11/10/2) und im Bericht vom 9. November 2012 festgehalten hatte, der Beschwerdeführer wäre in einer angepassten Tätigkeit bis zu 100 % arbeitsfähig (vgl. Urk. 11/32/6). Dazu erwähnte Dr. M.____ die Einschätzung von Dr. E.____ im Bericht vom 8. Februar 2013, wonach für „Regieaufgaben“ (also für Tätigkeiten der Anordnung und Überwachung, bei denen die sich die attestierten Einschränkungen im Heben und Tragen von schweren Lasten und im Montieren von schweren Werkstücken nicht auswirken) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestand (Urk. 11/108/51; vgl. Urk. 11/39/2). Diesen hausärztlichen und fachrheumatologischen Einschätzungen stellte Dr. M.____ sodann die abweichende Einschätzung des späteren Hausarztes Dr. H.____ gegenüber (Urk. 11/108/51), der in seinen Berichten vom 23. Februar und vom 14. April 2015 sowie vom 29. Februar 2016 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Tätigkeit ausgegangen war (vgl.

Urk. 11/63/8, Urk. 11/65/6 und Urk. 11/89/4).

In der nachfolgenden Diskussion hielt Dr. M.____ vorab fest, die Frage der restlichen Belastbarkeit des geschädigten Rückens bei Persistenz einer leichtgradigen motorischen Parese des Fusshebers sei nicht einfach zu beantworten, wenn man ausschliesslich von einer rein theoretischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus gehe. Ausschlaggebend dafür, dass Dr. M.____ dem Beschwerdeführer schliesslich eine volle Leistungsfähigkeit für eine rückenadaptierte Tätigkeit zuerkannte, waren dann aber dessen Angaben im Rahmen einer Konsistenzprüfung. Der Beschwerdeführer schilderte nämlich ihm gegenüber sowie gegenüber dem psychiatrischen Fachgutachter Prof. N.____, täglich Zeit bei seinem Pferd zu verbringen, es zu pflegen und mit ihm spazieren zu gehen, dazu regelmässig Kontakte mit seiner Ex-Freundin, ihrer Tochter und ihren Enkelkindern zu pflegen und abends in den Ausgang zu gehen, um Dart oder Billard zu spielen (Urk. 11/108/40+49 sowie Urk. 11/108/29). Diese Schilderungen relativierten für Dr. M.____ das Ausmass der Schmerzsymptomatik und machten eine verbliebene berufliche Leistungsfähigkeit plausibel (Urk. 11/108/51).

E. 4.3.3.3

Tatsächlich kann das Aktivitätsniveau ausserhalb des Berufs nicht nur im Falle einer psychischen Erkrankung, sondern auch im Falle eines körperlichen Leidens eine Rolle spielen für die Beurteilung der einschränkenden Auswirkungen. Aus den vorliegend geschilderten ausserberuflichen Aktivitäten lässt sich indessen wohl auf eine gewisse körperliche Leistungsfähigkeit schliessen, die verblieben ist (Pferdepflege, Darts und Billard), jedoch sprechen diese Aktivitäten für sich allein entgegen Dr. M.____ nicht ohne Weiteres für die Fähigkeit, ein volles berufliches Pensum in einer körperlich angepassten Tätigkeit zu verrichten (das Wort „nicht“ im Satz, es lasse sich nicht plausibilisieren, dass der Explorand in einer rückenadaptierten Tätigkeit noch eine restliche volle Arbeitsfähigkeit erbringen könne [Urk. 11/108/51], muss aufgrund des Kontextes auf ein Versehen zurückzuführen sein). Denn sie können hinsichtlich Anforderungen und Durchhaltevermögen nicht ohne Weiteres mit einer beruflichen Tätigkeit verglichen werden.

Ein tauglicheres Indiz für eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ist demgegenüber der Umstand, dass es dem Beschwerdeführer in den Jahren 2013 und 2014 sogar gelungen war, die an sich nicht mehr zumutbare körperlich schwere Arbeit als Lüftungsmonteur noch einmal vollzeitlich zu verrichten, bevor sich die Rückenprobleme wieder stärker bemerkbar machten. Wenn Dr. M.____ unter diesen Umständen eine vollumfängliche Leistungsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit der beschriebenen Art damit begründete, dass hier keine Gefährdungen des Gesundheitszustandes mit Schmerzexazerbationen der Rückensymptomatik zu erwarten seien (Urk. 11/108/50), so leuchtet dies ein. Diese Einschätzung ist des Weiteren auch unter Berücksichtigung der rheumatoiden Arthritis noch plausibel. Denn Dr. E.____ erwähnte in seinem aktuellen Bericht vom 10. April 2017 zwar, dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als Lüftungsmonteur aufgrund der genannten Beschwerden habe aufgeben müssen und weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 3/24 S. 1). Diese Arbeitsunfähigkeit kann sich jedoch nicht auch auf eine leichte Tätigkeit bezogen haben, was aus der nachfolgenden Bemerkung deutlich wird, dass der Beschwerdeführer die Tätigkeiten als Lüftungsmonteur und als Bäcker nicht mehr ausüben können (Urk. 3/24 S. 2). Und soweit der Beschwerdeführer sich auf das abweichende Attest einer

50%igen Arbeitsfähigkeit durch Dr. H. ___ in den Berichten vom 14. April 2015 und vom 29. Februar 2016 berief (Urk. 1 S. 13; vgl. Urk. 11/65/6 und Urk. 11/89//4), so fehlt dieser Beurteilung der umfassende, abschliessende Charakter unter Diskussion sämtlicher Vorakten. Zudem deutet die Formulierung, wie sie Dr. H. ___ im älteren Bericht wählte, dass der Beschwerdeführer nämlich „ auf dem freien Arbeitsmarkt zu 50 % vermittelbar sei“ für eine geeignete Arbeit (Urk. 11/65/6), darauf hin, dass in seine Einschätzung auch nicht-medizinische Überlegungen einfließen sind.

E. 5.1

Das psychische Leiden ist erstmals im Bericht der I. ___ vom 14. September 2015 dokumentiert. Der Beschwerdeführer hatte die Klinik im Juni 2015 wegen Niedergestimmtheit, Freudverlusts, Interesslosigkeit, verminderten Antriebs, Konzentrationsstörungen mit erhöhter Vergesslichkeit, Gedankenkreisens und Schlafstörungen aufgesucht, und die Klinik stellte die Diagnose einer seit März 2015 bestehenden mittelgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom (Code F32.10 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 ; Urk. 11/79/4). Es wurde eine ambulante Behandlung bestehend aus psychotherapeutischen Einzelsitzungen und Pharmakotherapie etabliert (Urk. 11/79/5), und die Fachpersonen der Klinik attestierten dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, die sie mit den Defiziten in der Konzentration, der Umstellungsfähigkeit und des Durchhaltevermögens sowie mit der Antriebsminderung, der erhöhten Erschöpfbarkeit und den Durchschlafstörungen begründeten (Urk. 11/79/6-7). Im Behandlungsverlauf bis zur Zeit der Berichterstattung vom September 2015 konstatierten die Fachpersonen der Klinik eine Stimmungsaufhellung, eine leichte Abnahme der Antriebsminderung sowie eine Abnahme des Gedankenkreisens und der Schlafstörungen, wogegen die verminderte Konzentrationsfähigkeit und ein deutlich verminderter Appetit unverändert vorhanden seien (Urk. 11/79/5). Dementsprechend blieben sie beim Attest der 50%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/79/6), äusserten aber die Hoffnung, dass die Arbeitsfähigkeit in den nächsten Monaten gesteigert werden könne, und wiesen gleichzeitig auf die Gefahr hin, dass sich die depressive Störung bei einer Zunahme der Schmerzproblematik verstärken könnte und sich dies wiederum negativ auf die Schmerzwahrnehmung auswirke (Urk. 11/79/8).

Am 7. März 2016 berichteten die psychiatrischen Fachpersonen der I. ___ über eine weitere Verbesserung des Zustands mit intakter Auffassung und Aufmerksamkeit, Rückgang der Konzentrationsstörungen, die nur noch bei komplexen Aufgabenstellungen vorhanden seien, deutlicher Verbesserung der Freud- und Interessefähigkeit, normalisiertem Antrieb und weitgehender affektiver Ausgeglichenheit. Fortbestehend waren gemäss der Klinik Stimmungseinbrüche im Zusammenhang mit den rheumatischen Beschwerden und mit Überforderungen, eine gelegentliche Appetitminderung bei zurückgegangener Appetitstörung und schwach ausgeprägte Schlafstörungen (Urk. 11/90/7). Diagnostisch bezeichneten die Fachpersonen die depressive Episode als gegenwärtig nur noch leichtgradig ausgeprägt, nachdem sie von März bis November 2015 von mittlerem Schweregrad gewesen sei (Urk. 11/90/6). Dennoch hielten sie an der 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht fest und rieten zusätzlich auch aus psychiatrischer Sicht von einer Wiederaufnahme der körperlich schweren Tätigkeit als Lüftungsmonteur ab, da diese Tätigkeit zu einer Schmerzzunahme und damit auch zu einer Verstärkung der Depression führen würde (Urk. 11/90/7).

E. 5.2

Prof. N.____ der Gutachtenstelle L.____ bezeichnete die depressive Störung anlässlich des Explorationsgesprächs vom Mai 2016 als inzwischen abgeklungen (Urk. 11/108/32). Er beobachtete geringfügige Schwierigkeiten beim Memorieren von acht unterschiedlichen Begriffen, eine leichte Verlangsamung bei der fortgesetzten Zahlensubtraktion und eine leichte Beeinträchtigung in der Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit (Urk. 11/108/30-31), thematisierte aber im Übrigen die Symptomatik der durchgemachten Depression nicht mehr näher, sondern legte das Schwergewicht seiner Ausführungen auf verschiedene Anhaltspunkte für eine Suchtproblematik. Dabei gab er die Darlegungen des Beschwerdeführers wieder, am Abend ein bis zwei Flaschen Bier oder auch mehr zu trinken, zeitweise viel gefestet und getrunken zu haben und mit einem Führerschein entzug wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand belegt worden zu sein (Urk. 11/108/28-29), ferner sprachen für Prof. N.____ auch die morgendliche Appetitlosigkeit, eine mögliche periphere Neuropathie mit dem Symptom der Gefühllosigkeit in den Fusssohlen, der gestörte Schlaf und der Blutbefund einer leichten makrozytären Anämie für einen erhöhten Alkoholkonsum (Urk. 11/108/31). Dementsprechend nannte Prof. N.____ als psychiatrische Diagnose neben der als remittiert bezeichneten depressiven Episode ein Alkoholabhängigkeitssyndrom mit episodischem übermässigem Gebrauch bei schädlichem Gebrauch von Alkohol (ICD-10 Codes F10.26 und F10.1); er schrieb diesen beiden Diagnosen jedoch gegenwärtig keine Auswirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit zu (Urk. 11/108/32-33).

E. 5.3

Soweit der Beschwerdeführer geltend machen liess, die Feststellungen von Prof. N.____ zum übermässigen Alkoholkonsum basierten lediglich auf Vermutungen, die in den übrigen medizinischen Unterlagen keine Stütze fänden (Urk. 1 S. 10 ff.), so fällt tatsächlich auf, dass die I.____, wo der Beschwerdeführer zur Zeit der Begutachtung schon während rund eines Jahres in Behandlung und namentlich auch in einer Gesprächstherapie stand, in den Berichten der Jahre 2015 und 2016 keine Suchtproblematik erwähnte und im neu eingereichten Bericht vom 18. April 2017 explizit festhielt, der klinische Eindruck in den nach wie vor stattfindenden Konsultationen ergebe keine Hinweise für ein gegenwärtiges Alkoholabhängigkeitssyndrom und es bestehe auch nicht der Eindruck, dass ein solches die Ursache der psychischen Beschwerden oder der Arbeitsunfähigkeit sei (Urk. 3/26 S. 2). Des Weiteren finden sich in den medizinischen Vorakten teilweise anderweitige Erklärungen für die einschlägigen, von Prof. N.____ (und auch von Dr. M.____; vgl. Urk. 11/108/47-48) mit einem übermässigen Alkoholkonsum in Zusammenhang gebrachten Symptome, so die Radikulopathie und die rheumatoide Arthritis als Erklärung für die Schmerzen im Bereich der Fussballen (Urk. 11/63/9-10 und Urk. 3/24 S. 1) und die Depression für die Appetitminderung und die Schlafstörungen. Auf der anderen Seite gewann Prof. N.____ die Hinweise auf einen erhöhten Alkoholkonsum zu einem guten Teil aus den Darlegungen des Beschwerdeführers selber, und in den Notizen der Beschwerdegegnerin über ein Telefongespräch vom Juni 2012 ist zudem die Aussage des Beschwerdeführers wiedergegeben, er befindet sich in einer Suchtbehandlung (Urk. 11/18/6). Die Überlegungen von Prof. N.____ und auch von Dr. M.____ zu einer Suchtproblematik sind daher nicht abwegig, und es erscheint insbesondere auch als sinnvoll, dass Dr. M.____ auf das Ergebnis hinwies, eine solche Problematik bei der medikamentösen Behandlung des rheumatologischen Leidens zu berücksichtigen (vgl.

Urk. 11/108/52-53).

In welchem Mass ein Suchtgeschehen an der psychischen Symptomatik beteiligt ist, braucht indessen für die vorliegend zu prüfende Rentenfrage nicht abschliessend beantwortet zu werden. Denn ungeachtet des Hintergrundes der psychischen Symptomatik leuchtet ein, dass Prof. N.____ dem Beschwerdeführer im Begutachtungszeitpunkt aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestierte. So konnte die I.____ nach ihrer eigenen, eingehenden Darstellung einen namhaften Behandlungserfolg ausweisen, der sich in einer Rückbildung der depressiven Symptome auf das Niveau einer nur noch leichtgradigen Ausprägung manifestierte und dazu führte, dass die Behandlungsfrequenz auf einen monatlichen Termin reduziert werden konnte (vgl. Urk. 11/90/8). Sodann besteht mit dem rheumatologischen Leiden zwar eine Komorbidität, welche sich nach der Beurteilung in den Berichten der I.____ im Falle einer Schmerzzunahme verstärkend auf die depressive Symptomatik auswirken könnte. Der Beschwerdeführer zeigte aber mit seinen Ausführungen zur Tagesgestaltung - am Morgen gehe er zu seinem Pferd, da er nicht gerne im Bett liegen bleibe, zum Mittagessen koche er sich etwas Einfaches, am Nachmittag gehe er vielleicht nochmals zu seinem Pferd, um mit ihm zu spazieren, wenn er auch wegen des Rückens nicht mehr reite, manchmal erteile er einem Mädchen Reitstunden und am Abend spiele er mit Kollegen Dart oder Billard (Urk. 11/108/29+49) -, dass er gelernt hatte, mit den Schmerzen so umzugehen, dass sie ihn psychisch in den Belangen des täglichen Lebens nicht massgebend hinderten. Unter diesen Umständen bestehen keine Anhaltspunkte für die Befürchtung des Beschwerdeführers, Prof. N.____ habe depressive, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Symptome fälschlicherweise dem Alkoholkonsum zugeschrieben und sie bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zu Unrecht nicht berücksichtigt (vgl. Urk. 1 S. 15). Und umgekehrt leuchtet auch ein, dass Prof. N.____ einer allfälligen Suchtproblematik, die sich unter anderem in Defiziten der Zuverlässigkeit, der Impulskontrolle und der Frustrationstoleranz äussere, eben falls keine namhaften beeinträchtigenden Auswirkungen zuerkannte und dies damit begründete, dass diese Merkmale schon vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit vorhanden gewesen seien (Urk. 11/108/31).

Überdies hatte der Beschwerdeführer im Februar 2015 gegenüber der C.____ darauf getan, es gehe ihm gut, solange er keine Belastung durch eine körperliche Arbeit habe, und er habe diesfalls wenig Rückenschmerzen und wenig in das Beinaus strahlende Schmerzen (Urk. 11/63/9). Bei der Verrichtung von leichten Arbeiten ist somit die Gefahr einer Verstärkung der depressiven Symptome durch Verstärkung der Schmerzsymptomatik, auf welche die I.____ im Bericht vom 18. April 2017 nochmals hinwies (Urk. 3/26), wesentlich geringer.

E. 6

Damit kann auf die Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit der Gutachtenstelle L.____, wie sie vorstehend wiedergegeben worden ist - keine Arbeitsfähigkeit mehr für körperlich belastende Tätigkeiten seit Dezember 2011, volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten ab diesem Zeitpunkt (E. 3) -, abgestellt werden. In dieser Gesamtbeurteilung fehlt allerdings die vorübergehende stärkere Einschränkung durch die Depression im Jahr 2015. Gestützt auf den Bericht der I.____ vom 7. März 2017, wonach von März 2015 bis November 2015 eine Depression mittelschweren Grades bestanden habe (Urk. 11/90/6), ist daher für diesen Zeitraum von der psychiatrisch attestierten 50%igen Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit in körperlich angepassten Tätigkeiten auszugehen, wie sie auch Prof.

N.____ anerkannte (vgl. Urk. 11/108/33).

E. 7.1

Zu prüfen ist weiter, wie sich die dargelegten Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit erwerblich auswirken.

E. 7.2

Dem Beschwerdeführer ist die angestammte Tätigkeit durchgehend seit Dezember 2011 medizinisch nicht mehr zuzumuten, ungeachtet dessen, dass er sie in den Jahren 2013 und 2014 nochmals ausgeübt hat. Damit war das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bereits im Dezember 2012 bestanden; es war im Anschluss an die rentenverneinende Verfügung vom 8. März 2013 nicht nochmals zu bestehen (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_684/2007 vom 27. Dezember 2007, E. 2.3).

Der Rentenanspruch des Beschwerdeführers aufgrund der neuen Anmeldung vom Februar 2015 ist somit nach Ablauf der sechsmonatigen Frist nach 29 Abs. 1 IVG (die auch im Falle einer neuen Anmeldung gilt; vgl. Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Rz 2030) bereits ab dem 1. August 2015 gegeben, sofern ab diesem Zeitpunkt eine anspruchsbegründende Erwerbseinbusse besteht.

E. 7.3.1

Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist die Beschwerdegegnerin richtigerweise vom Einkommen ausgegangen, das der Beschwerdeführer in seinem Arbeitsverhältnis mit der Z.____ erzielt hat, und nicht vom Lohn, den er nach der Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit in Jahren 2013 und 2014 erhielt, als ihm diese Tätigkeit medizinisch bereits nicht mehr zuzumuten war.

Gemäss den Angaben der Z.____ im Fragebogen für Arbeitgebende vom 20. März 2012 hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2012 bei guter Gesundheit einen Lohn von Fr. 74'100.-- zuzüglich einer Verpflegungszulage von Fr. 3'600.-- erhalten (Urk. 11/11/3). Unter Berücksichtigung der Entwicklung der Löhne von Männern resultiert für das Jahr 2015, das für den Einkommensvergleich massgebend ist, ein Jahreslohn von Fr. 79'106.-- ([Fr. 74'100.-- + Fr. 3'600.--] + 0.7 % + 0,8 % + 0,3 %; vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex aufgrund der Daten der Sammelstelle für Statistik der Unfallversicherung [SSUV], Tabelle T1.1.10).

E. 7.3.2

Was das mutmassliche Invalideneinkommen betrifft, so fallen für den Beschwerdeführer, der eine Bäckerlehre abgeschlossen hat, aber über keine beruflichen Qualifikationen für angepasste, leichte Tätigkeiten verfügt, nur Stellen in Betracht, für die es keiner Ausbildung bedarf, also Tätigkeiten aus dem Stellenpektrum des Kompetenzniveaus 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der massgebenden Tabelle TA1 (Bruttolohn nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht im Privaten Sektor; vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.3.1 und E. 2.5.7) der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE; Ausgabe 2014). In diesem Spektrum ist im Jahr 2014 für Männer ein Bruttomonatslohn von Fr. 5'312.-- angegeben (Lohn, über dem beziehungsweise unter dem sich 50 % aller Lohnangaben befinden [sogenannter Zentralwert], unter anteilmässiger Berücksichtigung des 13. Monatslohnes und standardisiert auf 40 Wochenstunden). Umgerechnet auf die im Jahr 2015 betriebsübliche

wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik - Statistik der betrieblichen üblichen Arbeitszeit [BUA], Tabelle T 03.02.03.01.04.01) und unter Berücksichtigung der Teuerung (für Männer um 0,3 %; vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T1.1.10) ergibt sich für das Jahr 2015 bei voller Leistungsfähigkeit ein Monatslohn von Fr. 5'554.-- beziehungsweise ein Jahreslohn von Fr. 66'648. (12 x Fr. 5'554.--).

Rechtsprechungsgemäss ist sodann durch eine Herabsetzung des tabellarisch ermittelten Lohnes um maximal 25 % dem Umstand Rechnung zu tragen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen auch bei der Verrichtung einer an sich angepassten Tätigkeit in gewissem Masse eingeschränkt und dadurch erfahrungsgemäss gegenüber voll leistungsfähigen Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind; darüber hinaus dient eine solche Reduktion der Berücksichtigung von weiteren persönlichen und beruflichen Merkmalen, die sich auf die Lohnhöhe auswirken können, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin hat einen Abzug von 20 % vorgenommen (Urk. 11/115). Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer entgegen der Beurteilung des rheumatologischen Fachgutachters Dr. M. ___ nicht nur durch das Rückenleiden, sondern zusätzlich durch die rheumatoide Arthritis beeinträchtigt ist und dass zudem eine generalisierte Muskelatrophie besteht, die gemäss der Gesamtbeurteilung ganz generell eine muskuläre Minderbelastbarkeit zur Folge hat (Urk. 11/108/8), ist es jedoch geboten, den maximalen Abzug von 25 % vorzunehmen, woraus für das Jahr 2015 bei 100%iger Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit ein mutmassliches Invalideneinkommen von Fr. 49'986.-- resultiert. Dieser Wert ist für die Zeit von März bis November 2015, als der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht auch für angepasste Tätigkeiten nur zu 50 % arbeitsfähig war, zu halbieren und damit auf Fr. 24'993.-- festzusetzen.

E. 7.3.3

Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 79'106.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 24'993.-- resultiert für die Zeit von März bis November 2015 ein Invaliditätsgrad von 68,41 %. Der Beschwerdeführer hat somit ab August 2015 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

Ab Dezember 2015 ist sodann wieder von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten und somit von einem Invalideneinkommen von Fr. 49'986.-- auszugehen, was zu einem Invaliditätsgrad von 36,81 % führt. Nach Ablauf der dreimonatigen Dauer im Sinne von Art. 88a Abs. 1 IVV ist die Dreiviertelsrente demnach für die Zeit ab März 2016 wieder aufzuheben.

E. 8

Damit ist die angefochtene Verfügung vom 24. März 2017 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde dahingehend zu ändern, dass der Beschwerdeführer von August 2015 bis Februar 2016 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 9

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten, die ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen

sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Der Beschwerdeführer obsiegt nur im beschränkten Umfang eines Rentenantrags während sieben Monaten. Die Prozessentschädigung, die ihm zugesprochen ist, ist daher auf Fr. 700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

E. 10

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen. Davon hat der Beschwerdeführer, der zum grösseren Teil unterliegt, den Teilbetrag von Fr. 600.-- zu übernehmen. Im Umfang von Fr. 200.-- sind die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 24. März 2017 dahingehend geändert, dass der Beschwerdeführer von August 2015 bis Februar 2016 Anspruch auf eine Dreiviertelrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zu drei Vierteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel auferlegt.

Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden die dem Beschwerdeführerauferlegten Kosten von Fr. 600.-- einsteilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigKobel

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