

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00941 vom 17. Dezember 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00941](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00941)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00941 du 17 décembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00941 del 17 dicembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1967 und gelernter Zimmermann, meldete sich am 8. Juli 2011 (Eingangsdatum) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf diverse somatische und psychische Probleme zum Leistungsbezug an (Urk. 7/13). Die IV-Stelle tätigte erste medizinische und erwerbliche Abklärungen und teilte dem Versicherten am 30. November 2011 mit, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen noch nicht angezeigt seien, da der aktuelle Gesundheitszustand noch nicht ausreichend beurteilt werden könne (Urk. 7/30). In der Folge holte die IV-Stelle das bidisziplinäre Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 20. Dezember 2012 ein (Urk. 7/52).

Mit Mitteilung vom 22. Juli 2013 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining (Urk. 7/60), welche sie allerdings nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt am 20. August 2013 widerrief (Urk. 7/65). Am 2. Oktober 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen werde (Urk. 7/80). Die IV-Stelle tätigte weitere Abklärungen und holte insbesondere das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten von A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. B.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie/Innere Medizin, vom 27. Januar 2016 ein (Urk. 7/103). Mit Schreiben vom 10. Oktober 2016 auferlegte die IV-Stelle dem Versicherten eine dahingehende Schadenminderungspflicht, dass er die rheumatologische Behandlung fortführen, das Antidepressivum wechseln und eine erneute psychotherapeutische Behandlung anzustreben habe (Urk. 7/111).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 10. Oktober 2016, Urk. 7/113; Einwand vom 24. November 2016, Urk. 7/121) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügungen vom 11. Juli 2017 vom 1. März 2012 bis 31. Oktober 2014 eine halbe und vom 1. November 2014 bis am 30. September 2015 eine ganze Invalidenrente zu. Danach bestehe kein Rentenanspruch mehr (Urk. 2/1-2).

### **E. 1.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür (Urk. 2), dass auf das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten vom 27. Januar 2016 ab gestellt werden könne. Entsprechend sei die angestammte Tätigkeit als Zimmermann/Schreiner seit dem 21. März 2011 nicht mehr zumutbar. Nach Ablauf der Wartezeit sei gestützt auf das Gutachten eine angepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar gewesen. Da sich der Gesundheitszustand ab dem 14. August 2014 verschlechtert habe, sei auch eine angepasste Tätigkeit nur noch zu 30 % möglich gewesen. Aufgrund der Intensivierung der Therapie habe sich der Gesundheitszustand dann wieder verbessert und ab Juli 2015 sei eine angepasste Tätigkeit wieder zu

70 % zumutbar. Bei dieser Einschätzung würden die Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht nicht berücksichtigt, da diese aufgrund der Therapierbarkeit und der nicht ausgeschöpften Massnahmen nicht ausgewiesen seien.

Das Valideneinkommen sei, da der Beschwerdeführer nur in einem Teilzeitpensum erwerbstätig gewesen sei, gestützt auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE), Herstellung von Holzwaren, Niveau 2, festzusetzen (LSE 2012 TA 1 Ziff. 16-18), für das Invalideneinkommen werde der Lohn für Hilfsarbeiter herangezogen (LSE 2012, TA1, Total, Männer). Stelle man die jeweiligen Einkommen gegenüber und berücksichtige man in der Zeit, in welchem nur eine 30%ige Restarbeitsfähigkeit vorgelegen habe, einen Leidensabzug von 10 %, resultierten ein Anspruch auf eine halbe Rente ab dem 1. März 2012 und eine ganze Rente vom 1. November 2014 bis zum 30. September 2015. Danach bestehe kein Rentenanspruch mehr.

### **E. 1.2**

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber im Wesentlichen vor (Urk. 1), dass er eine langjährige Krankheitsgeschichte vorweise und somatisch als auch psychiatrisch Gesundheitsprobleme habe. Da Arztberichte vorgelegen hätten, die eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 21. März bis zum 15. Juni 2011 bescheinigten, habe er auch Krankentaggelder erhalten. Der Beschwerdeführer sei bis heute nicht arbeitsfähig, was auch durch eine Vielzahl an medizinischen Berichten belegt werde.

Es sei nicht nachvollziehbar, dass sich der Gesundheitszustand im Jahr 2015 verbessert haben und eine angepasste Tätigkeit wieder voll zumutbar sein solle. Auch die Nichtberücksichtigung des psychischen Gesundheitsschadens stehe in Widerspruch zu sämtlichen medizinischen Unterlagen. Da eine kombinierte Persönlichkeitsstörung seit vielen Jahren vorliege, müsste die somatische und die psychische Einschränkung zusammengezählt werden, so dass eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit resultiere. Selbst ohne Berücksichtigung der psychischen Einschränkungen sei gestützt auf die Berichte des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ von einer maximalen 50%igen Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht auszugehen. Auch habe sich der Gesundheitszustand nach dem Aufenthalt in der Klinik D.\_\_\_\_ nicht verbessert, so hätten die Ärzte in ihrem Austrittsbericht weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bestätige grundsätzlich die Ausführungen im MGZ-Gutachten und in den Berichten des Universitätsspitals C.\_\_\_\_, halte aber fest, dass eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 25 auf 50 % keineswegs sicher sei. Damit sei ihm auch über den Sommer 2015 hinaus eine unbefristete Rente zu gewähren.

Auch bezüglich des Rentenanspruches vom 1. März 2012 bis zum 31. Oktober 2014 sei festzuhalten, dass die kombinierte Persönlichkeitsstörung bereits seit mehreren Jahren bestehe. Sämtliche Arztberichte attestierten eine hochprozentige Arbeitsunfähigkeit, so auch der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes. Gestützt auf den Bericht des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer sicher ab 2014 bereits aus somatischen Gründen zumindest 70 % eingeschränkt gewesen sei. Auch für die Periode März 2012 bis Oktober 2014 sei von einer durchgehenden mindestens 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

Beim Einkommensvergleich sei das Valideneinkommen nicht gestützt auf die LSE festzusetzen, sondern es sei sein zuletzt erzieltetes Einkommen auf 100 % aufzu rechnen, womit ohnehin – selbst ohne Berücksichtigung eines zu gewährenden Leidensabzuges -

zumindest eine Viertelsrente resultiere.

### **E. 1.3**

In ihrer Vernehmlassung zur Beschwerde führte die Beschwerdegegnerin aus, dass die Persönlichkeitsstörung aufgrund der im Wesentlichen unauffälligen Befunde, des weitgehend uneingeschränkten Tagesablaufs sowie der jahrelangen vollständigen Integration im Erwerbsleben als invalidenversicherungsrechtlich ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu werten sei. Bei den Berichten des Uni versitätsspitals C.\_\_\_\_ handle es sich um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhaltes, womit auch in somatischer Hinsicht keinerlei Gründe bestünden, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen (Urk. 6).

### **E. 1.4**

Mit Schreiben vom 13. November 2017 wies der Beschwerdeführer erneut darauf hin, dass gestützt auf Dr. E.\_\_\_\_ die Persönlichkeitsstörung zu berücksichtigen sei und sich die Gesamtsituation der somatischen Beschwerden verschlechtert habe (Urk. 9). 2.

## **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte am 11. September 2017 Beschwerde und beantragte, es sei ihm (zusätzlich zur ganzen Rente vom 1. November 2014 bis 30. September 2015) auch für die Zeit vom 1. März 2012 bis 31. Oktober 2014 und ab 1. Oktober 2015 bis auf Weiteres eine ganze, eventuell eine Teilrente auszurichten (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2017 (Urk. 6 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-159) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 23. Oktober 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Der Beschwerdeführer nahm am 13. November 2017 erneut Stellung und reichte weitere Unterlagen ein (Urk. 9 und Urk. 10/1-2), was der Beschwerdegegnerin am 15. November 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 11).

### **E. 2.1**

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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder 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 Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgleichenden 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. 2.2.1**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V

49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weit gehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 2.2.2**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 2.2.3**

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; vgl. auch Andreas Traub, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2016, S.

142 Ziff. 3.3.3), sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3, 143 V 418 E. 6).

### **E. 2.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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. 2.4**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechts anwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 3.

Die medizinische Aktenlage stellt sich im Wesentlichen folgendermassen dar:

#### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

#### **E. 3.1**

Dr. F.\_\_\_\_, Oberärztin am Universitätsspital C.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin (folgend: Rheumaklinik C.\_\_\_\_), notierte in ihrem Bericht vom 11. Mai 2011 folgende, gekürzt wiedergegebenen Diagnosen (Urk. 7/18/5 f.): - Morbus Wegener - Cervicospondylogenes Schmerzsyndrom - Kiefergelenks-Arthrose rechts mehr als links, rechts rezidivierend aktiviert - Lumbo-vertebrales Schmerzsyndrom - Unspezifische Noduli im linken posterobasalen Unterlappen sowie im rechten apikalen Oberlappen - COPD GOLD Stadium I - Rezidivierende Knieschmerzen - Status nach Vitamin B12-Mangel - Chronischer Nikotinkonsum (1 pack/day) - Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen: Besorgnis, Anspannung, Ärger, Angst (ICD-10 F43.22)

Was die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Zimmermann be treffe, sei der Beschwerdeführer für schwere Arbeiten aufgrund der zervikolumbo vertebralem Probleme sowie Gonarthrosen arbeitsunfähig. Allerdings sei eine Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeiten in ergonomischer Position ohne repetitive Belastungen gut möglich,

vorausgesetzt die Nebenwirkungen der laufenden Therapie mit Methotrexat seien in den Griff zu bekommen und die psychische Situation stabilisiere sich.

### **E. 3.2**

Am 30. Mai 2011 erfolgte aufgrund eines Hallux rigidus rechts und einem Status nach Exostosenabtragung und Cheilektomie rechts 2003 eine Cheilektomie MP I rechts bei Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Urk. 7/24/4 f.). Dr. G.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 19. Juli 2011 aus, dass der Beschwerdeführer nun intensiv die Bewegungs- und Dehnungsübungen gemäss Instruktion täglich durchführen müsse, dann werde sich die Beweglichkeit wieder verbessern, so dass er wieder normal Laufen könne. Im Moment belaste er beim Gehen noch vermehrt den lateralen Fussrand (Urk. 7/24/1).

### **E. 3.3**

Dr. Y.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ hielten in ihrem von der Beschwerdegegnerin ein gehalten Gutachten vom 20. Dezember 2012 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/52/29): - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei: - Status nach Morbus Scheuermann : Im Rahmen der Fehlstellung mit tiefsitzender Kyphose Scheitelpunkt der Brustwirbelsäule (BWS) und sekundärer symptomatischer Instabilität der oberen Lendenwirbelsäule ( LWS ) , symptomatische Facettengelenksarthrose bei: - MRI-mässig nachgewiesene osteodiskoligamentär bedingte foraminale Stenose mit Kompression der Nerv enwurzel L3 links und der L5 beidseits und diskreten ödematösen Veränderungen an grenzend an Schmorl'sche Deckplattenveränderungen in LWK1 und LWK5 und multisegmentalen schweren Spondylarthrosen, betont der unteren LWS - Cervicospondylogenes Schmerzsyndrom: - Differentialdiagnostisch : cervicoradikulär C8 links, 6/12; MRI HWS 25.03.11: Breitbasige Diskusprotrusionen C4/5 linksbetont sowie 05/6 beidseits ohne Kontakt

zu den Nervenwurzeln aber Einengungen der Foramina intervertebralia, keine Affektion von C8 beidseits. Osteosklerose des Proc. spinosus C4 unklarer Genese. Ventrale Spondylose der oberen Halswirbelsäule ( HWS )

- Mittelschwere eher schwere affektive Störung ängstlich-depressiver Prägung: differentialdiagnostisch anhaltende, gemischte affektive Störung (ICD-10 F34.0); differentialdiagnostisch länger dauernde Anpassungsstörung mit Depression und Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) respektive mit Depression und Beeinträchtigung von anderen Gefühlen und Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F43.25) bei: - Erheblichen, seit Jahren bestehenden psychosozialen Belastungen betreffend: Beziehung zur Ehepartnerin (ICD-10 Z63.0); Probleme in Verbindung mit Arbeit und (zuletzt) Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56 ); Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (zuletzt Bezug von Sozialleistungen) bei: - Verdacht auf gemischte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie folgende Diagnosen fest: - Sporadischer schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) und Cannabinoiden (ICD-10 F12.1) - Chronische Polyangitis und Granulomatose (vormals M. Wegener) - Kiefergelenk-Arthrose rechts mehr als links, rechts rezidivierend aktiv - Periarthropathie humeroscapularis beidseits - Medialseitig betonte Gonarthrose beidseits - Unspezifische Noduli im linken posterobasalen Unterlappen sowie im rechten apikalen Oberlappen, CT 03/11; CT Thorax 10/11 - COPD GOLD Stadium 1: Nikotinabusus 1

Pack/d - Status nach Vitamin B12 Mangel (247 ng/l vom 03/2011) - Vitamin D3 Mangel  
Der

Beschwerdeführer befinde sich seit längerer Zeit in einer wenig stabilen Phase, die aufgrund seiner Entwicklungsbedingungen verständlich sei. Es könne damit gerechnet werden, dass er unter adäquaten und seinen Fähigkeiten und besonderen Begabungen angepassten Arbeitsbedingungen die Beschwerden in den Griff bekomme und eine psychische Stabilität erreichen würde. Diese würde sich sowohl auf psychischer wie auf kognitiver Ebene voraussichtlich so auswirken, dass keine Beeinträchtigungen zu erwarten wären. Somit wäre unter adäquaten Bedingungen (siehe auch Ausführungen zur angepassten bzw. zumutbaren Tätigkeit) keine negative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Im gegenwärtigen Zustand sei seine psychische Befindlichkeit zweifellos psychisch und kognitiv nicht belastbar und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien erheblich. Auf körperlicher Ebene bestehe eine deutliche Einschränkung für schwere (über 15 kg) Arbeiten, welche Heben und Tragen von Lasten bedingen, insbesondere bei repetitiven Tätigkeiten, Tragen von Lasten auf Treppen oder Leitern, bei häufigem Bücken, stehenden Tätigkeiten etc. Diese Einschränkungen resultieren aus strukturellen Veränderungen der Lumbal- und der Halswirbelsäule, wobei sich die letzteren auch negativ auf Beschwerden des Schultergürtels auswirken. Im sozialen Bereich bestünden offenbar seit Jahren erhebliche Probleme. Diese führten zu Einschränkungen im sozialen Bereich, insbesondere aufgrund der verdachtsweise geäußerten Diagnose der Persönlichkeitsstörung (Urk. 7/52/34 f.).

Die bisherige Tätigkeit sei aufgrund der somatischen Beschwerden und der negativen Beeinflussung der psychischen Probleme nicht mehr zumutbar (Urk. 7/52/35).

Die Anforderungen an den Arbeitsplatz bezüglich einer angepassten Tätigkeit sollten sich an den Erkenntnissen bei der Arbeitserprobung (BEFAS) orientieren. Aus diesem Grunde werde diese Massnahme auch empfohlen. Eine pauschale Darstellung eines mutmasslichen Zumutbarkeitsprofils, bei welchem die Fähigkeiten und besonderen Begabungen des Beschwerdeführers nicht berücksichtigt würden, sei nicht adäquat und orientiere sich lediglich an evidenten Einschränkungen. Bezogen auf die Tatsache, dass der Beschwerdeführer trotz offensichtlich seit Jahren bestehenden multiplen gesundheitlichen Problemen bis März 2011 voll gearbeitet habe, lasse

zumindest annehmen, dass an seiner Motivation, in einer zumutbaren Tätigkeit weiterzuarbeiten, nicht ernsthaft gezweifelt werden dürfe. Somit sei davon auszugehen, dass unter adäquaten Arbeitsbedingungen künftig eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Diese Prognose könne unter Umständen gefährdet werden in Abhängigkeit der Entwicklung der systemischen Erkrankung des Gefässsystems (Morbus Wegener; Urk. 7/52/38).

### **E. 3.4**

Dr. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 23. Oktober 2013 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/69): - Kombinierte Persönlichkeitsstörung (querulatorische, implusive – Typ Borderline – abhängige, anankastische Züge) - Vermutlich mittelgradig depressiver Zustand

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Zustand nach Cannabis-Abhängigkeit bis Juni 2012 und eine Nikotin-Abhängigkeit. Es hätten fünf Konsultationen stattgefunden, wobei der Beschwerdeführer keinen kurativen Auftrag formuliert habe. Er habe den Eindruck gewonnen, dass der Beschwerdeführer unter Anderem zur «Absicherung» bezüglich Versicherungsfragen erschienen sei. Eine Modifikation der Persönlichkeitszüge sei grundsätzlich möglich, jedoch sei seitens des Beschwerdeführers kein Interesse vorhanden.

Der Beschwerdeführer scheine nur halbtags einsatzfähig, wobei eine mittlere Leistungsfähigkeit bestehe. Aus psychiatrischer Sicht seien die Einschränkungen verminderbar durch eine Teilzeittätigkeit im geschützten Rahmen und eine versichertenorientierte Psychotherapie, so dass die Arbeitsfähigkeit dereinst halb tätig in der freien Wirtschaft verwendbar sei.

Dr. H.\_\_\_\_ konstatierte, dass er beim Beschwerdeführer kein Interesse an einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft habe feststellen können.

### **E. 3.5**

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des C.\_\_\_\_ notierten in ihrem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Bericht vom 5. Dezember 2013 folgende, gekürzt wiedergegebenen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/71/1 f.): - Chronische Polyangiitis und Granulomatose (vormals M. Wegener) - Kiefergelenks-Arthrose rechts mehr als links, rechts rezidivierend aktiviert - Zervikospondylogenes Schmerzsyndrom - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Periarthropathie humeroscapularis beidseits - Medialseitig betonte Gonarthrose beidseits - Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen

Als Schreiner bestehe ab März 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der degenerativen Veränderungen seien Tätigkeiten langdauernd über Schulterhöhe sowie das Hantieren von Lasten über 25 kg nicht mehr zumutbar. Aufgrund des M. Wegener sei zudem die bei der Arbeit auftretende Holzstaubexposition un günstig.

In einer mittelschweren Arbeit sei er gemäss Arbeitsassessment mindestens zu 50 % leistungsfähig. In einer solchen Tätigkeit wäre eine Präsenz ganztags zwar möglich, aufgrund sich im Tagesverlauf kumulierender Beschwerden an multi plen Körperregionen mit degenerativen Veränderungen aber nur mit zusätzlichen Kurzpausen von 2 Stunden täglich entsprechend einer Leistungseinbusse von 25 %. Zudem bestehe bei Therapieresistenz auf alle bisherigen Trainings mass nahmen auch eine Beschwerdekumulation im Wochenverlauf, die durch einen zusätzlichen freien Tag aufgefangen werden könne, was einer Leistungseinbusse von 20 % entspreche. Daraus resultiere eine Arbeitsfähigkeit von derzeit 55 %.

### **E. 3.6**

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie führten in ihrem von der Beschwerde gegnerin eingeholten Bericht vom 14. August 2014 (Urk. 7/78) aus, dass aufgrund der degenerativen Veränderungen im Bereich von HWS, LWS und den Kniegelenken eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule und Kniegelenke mit verminderter muskulärer Wirbelsäulen-/Rumpf- und Kniestabilisationsfähigkeit bestehe. Aufgrund der Polyangiitis und Granulomatose sei zudem die Arbeit als Schreiner aufgrund der auftretenden Holzstaubexposition als sehr ungünstig zu beurteilen. Aufgrund der degenerativen

Veränderungen seien langandauernde und repetitive Tätigkeiten über Schulterhöhe sowie Hantieren von Lasten über 10 kg nicht zumutbar.

In einer angepassten, leicht belastenden Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aktuell zwei Tage die Woche mit Einhalten von zwei Stunden Zusatzpausen pro Tag und Vermeidung von repetitiven Arbeiten, insbesondere über Schulterhöhe und Heben/Transfer von Lasten über 10 kg einsetzbar.

### **E. 3.7**

Der Beschwerdeführer konsultierte am 26. Juni 2014 erneut Dr. H.\_\_\_\_. Dr. H.\_\_\_\_ führte darüber in seinem Bericht vom 29. Juni 2015 aus (Urk. 7/83/6 f.), dass die anamnestischen Angaben und Befunde seines Erachtens das Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (mit verminderter Flexibilität usw.) bestätigten. Der Schweregrad einer allfälligen Depression könne er nicht einschätzen. Eine Behandlung habe seit Herbst 2013 nicht stattgefunden (im Sinne einer Modifikation der Persönlichkeitszüge und Adaption ans soziale Leben).

### **E. 3.8**

Vom 2. März bis zum 23. März 2015 befand sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung in der Klinik für Rheumatologie (Austrittsbericht vom 23. März 2015, Urk. 7/105/5 ff.) und im Anschluss daran vom 23. März bis zum 16. April 2015 in der Klinik D.\_\_\_\_. Die behandelnden Ärzte der D.\_\_\_\_ hielten im Austrittsbericht vom 30. April 2015 1) eine chronische Polyangiitis und Granulomatose, 2) ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom linksbetont, 3) ein cervicospodylogenes Schmerzsyndrom und 4) eine Periarthropathie humeroscapularis beidseits fest (Urk. 7/95).

Der Beschwerdeführer habe bereits zu Beginn des stationären Aufenthaltes über Ruhe- und Belastungsschmerzen an wechselnden Schmerzpunkten (Schultern beidseits, HWS, LWS mit Ausstrahlungen bis ins linke Bein bis Fuss, Hüftgelenke und Kniegelenke beidseits) mit einer Intensität von VAS 4-7/10 geklagt. Die Beweglichkeit der LWS, HWS, des Kniegelenkes links und der Schultergelenke beidseits hätten sich bei Eintritt schmerzhaft gezeigt. Ausserdem seien die HWS- Beweglichkeit massiv und die Schultergelenke beidseits schmerzhaft eingeschränkt gewesen. In den Schultern sei keine endgradige Flexion möglich gewesen. Beim Austritt seien die Schmerzen in Ruhe bei VAS 4/10 gelegen, die Druckschmerzen an Wirbeln seien geringer und die Kopfneigung, Beweglichkeit der Hände, Füsse und Hüfte sei besser möglich gewesen – unter Cortison hätten sich die Beschwerden somit gebessert. Er habe ein Heimprogramm erkannt und könne es selbständig anwenden.

Im Rahmen der psychologischen Behandlung habe er an verhaltenstherapeutischen und ressourcenorientierten Einzelgesprächen teilgenommen. Thematisch seien die Krankheitsverarbeitung, die Vermittlung von Schmerzbewältigungsstrategien sowie Entspannungsverfahren und eine psychotherapeutische Begleitung während des Aufenthaltes im Vordergrund der psychologischen Behandlung gestanden. Es seien Selbstmanagementstrategien mit Mikropausen-Einsatz erarbeitet worden. Zur weiteren Stabilisierung und Rückfallprophylaxe empfahlen sie die Aufnahme einer ambulanten Psychotherapie. Der Beschwerdeführer möchte selber für die ambulante Nachbehandlung sorgen und diese per C.\_\_\_\_ aufgleisen.

### **E. 3.9.1**

A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ notierten in ihrem Gutachten vom 27. Januar 2016

folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/103/37): - Chronische Polyangiitis und Granulomatose (vormals Morbus Wegener) mit Erstmanifestation 08/2010 und Erstdiagnose 03/2011 - Status nach rezidivierenden nasalen Krustenbildungen, Nasenseptum perforation Erstdiagnose 10/2013 - rezidivierende Polyarthralgien im Bereiche der Fingergrund- und Mittelgelenke, ohne Nachweis gesicherter Synovitiden - aktuell ohne Hinweise weder für eine autoimmunentzündliche Mitbeteiligung der Nasenschleimhäute und des Septums noch Hinweise für eine entzündliche Aktivität im Bereiche der Finger- und Handgelenke beidseits - Bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen betont am rechten Schultergelenk bei - Arthro-MRI-dokumentierter Tendinopathie der Supraspinatussehne und des kranialen Anteils der Subskapularsehne ohne Rotatorenmanchetten-Läsion - Belastungsabhängige zervikovertebrale und lumbovertebrale Schmerzen - ohne Facettengelenks- oder radikuläre Symptomatik bei - Diskusprotrusion C4/C5 ohne Kontakt zur Nervenwurzel - Status nach Morbus Scheuermann der lumbalen Wirbelsäule mit Schmorl'schen Deckplattenveränderungen Lendenwirbelkörper (LWK) 1 und LWK 5, foraminale Stenosebildung mit Kompression der Nervenwurzel L3 links und L5 beidseits - aktuell ohne Hinweise für eine anhaltende Nervenwurzel - symptomatik oder Kompression - Medial betonte beginnende Gonarthrosen beidseits - Aktuell ohne Hinweise für eine entzündliche Komponente mit guter Kompensation bei - Status nach Teilmeniskektomie links 1992, wiederholter Teilmeniskektomie mit Baker-Zysten-Exzision 2006 - Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie rechts mit offener Baker-Zysten-Exzision Mai 2008, Kniearthroskopie rechts mit medialer Teilmeniskektomie Oktober 2007 - Belastungsbeschwerden im Bereiche der Grosszehengrundgelenkes am rechten Fuss bei - Status nach Cheilektomie MP I rechts am 30.05.2011 - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und narzisstischen Zügen (ICD-10 F61.0) - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie eine Kiefergelenksarthrose beidseits rechtsbetont, rechtsseitig Status nach wiederholter Entzündungsaktivität, anteriore Disluxation Kiefergelenk rechts.

### **E. 3.9.2**

A.\_\_\_\_ führte aus (Urk. 7/103/21 f.), es bestehe ein mittelschwerer bis schwerer (Komorbidität) psychischer Gesundheitsschaden, der durch die Konsistenz der Äusserungen des Beschwerdeführers und die Differenziertheit der Schilderungen als objektiviert betrachtet werden müsse, zumal es keine Hinweise auf eine Dramatisierung der Beschwerden, auf Aggravation oder Selbstlimitierung gebe. Zusätzlich bestünden ausserdem objektive Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates (siehe rheumatologische Beurteilung unter 5.2).

Es gebe eine Reihe von Therapieoptionen aus psychiatrischer Sicht, die nicht wahrgenommen würden, wobei sachlich angenommen werden müsste, dass es nicht gelungen sei, zum Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ eine tragfähige stabile therapeutische Beziehung herzustellen. Misslingen einer therapeutischen Beziehung gebe es gerade in der Psychiatrie, ohne dass dies schuldhaft einem der beiden beteiligten Personen vorgeworfen werden könne. Für den Beschwerdeführer sei es aufgrund der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung also krankheitsbedingt nur schwer möglich, Vertrauen zu fassen und

eine Beziehung stabil aufrechtzu erhalten. Er (und seine Frau) hätte n den Eindruck, dass die psychiatrische Be handlung nichts br inge und die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ klinge aus gutachterlicher Sicht auch nicht so, als ob eine gute Beziehung hätte hergestellt werden können. Die Compliance des Beschwerdeführers sei bezüglich der antide pressiven Pharmako therapie nicht gegeben, da er keine positive Wirkung der Medikation habe feststellen können und da er oh nehin krankheitsbedingt Mühe habe mit Autoritäten, die ihm sagen würden , was er zu tun habe. Diese Malcom pliance werde aber nicht verschwiegen, sondern sofort und offen mitgeteilt. Eine grundsätzliche Beeinträchtigung der Behand lungskompliance sei aber nicht zu konstatieren, da er die somatischen Be handlungen zuverlässig wahrnehme , sonst wäre keine - auch vom Beschwerdeführer angegebene - Besserung eingetreten.

Die fehlende medikamentöse Compliance werde inhaltlich nachvoll ziehbar be gründet. Wenn er eine gute therapeutische Beziehung hätte, kö nnte er dies mit seinem Psychiater besprechen. Dies sei nicht möglich, weil es keine entsprechende Beziehung zu einem Psychiater gebe , was wahrscheinlich auch auf die bestehende Persönlichkeitsstörung zurückzuführen sei . Die Fä higkeit zur Therapieadhärenz sei daher in diesem Kontext als krankheitsbedingt eingeschränkt zu beurteilen.

Die von den anderen Vorbeurteilern genannten psychosozialen Faktoren (Bezieh ung zur Ehefrau, Arbeitslosigkeit, enge öko nomische Verhältnisse) seien nicht als ursächlich zu be trachten, sondern seien die Folge der festgestellten Persönlich keits störung bzw. teilweise auch die Folge der

so matisch bedingten Beeinträch ti g ung der Arbeitsunfähigkeit.

### **E. 3.9.3**

Dr. B.\_\_\_\_ erläuterte (Urk. 7/103/34 f.), der Beschwerdeführer leide an einer Mehretagenbelas tungs-Schmerzproblematik. Einer seits bedingt im Rahmen einer chronischen Polyangiitis und Granulomatose mit Erstdiagnose im März 2011, andererseits bedingt durch degenerative Ver änderungen im Bereiche Schulter gelenke rechtsbetont, Kniegelenke, im Bereiche des Grosszehengrundgelenkes bei Status nach Cheilektomie MP I, HWS- und LWS-Segmente.

Zum Zeitpunk t der heutigen Untersuchung sei der B ewegungsapparat gut kom pensiert. Seit der halbjährlichen Behandlung mit Mabthera, zusätzlich täglich Arava-Einnahme von 20 mg, kombinier t mit Prednison täglich 5 mg habe sich die Entzündungsaktivität weitestgehend beruhigt. Der Beschwerdeführer bestätige , dass er seit der halbjährlichen Mabtherainfusion weder entzündliche Verände rungen im Bereiche der Nasenschleimhäute und des Septums habe, noch im Bereiche der Hände. Dies sei so, seit er nach der Entlassung aus dem stationären Aufenthalt der Klinik D.\_\_\_\_ diese Kombination der immun suppressiven Behandlung anwende . Die Betreuung finde am Universitätsspital C.\_\_\_\_ statt. Vor de m Eintritt in die erwähnte Reha Klinik sei die Entzündungsaktivität wesentlich ausgeprägter gewesen, das sei der Anlass gewesen, die Behandlungsfrequenz mit Mabthera zu verkürzen. Dies habe offensichtlich einen Erfolg vermittelt, indem seither, d.h. seit gut einem halben Jahr keine Entzündungsaktivität weder objek tivierbar noch subjektiv wahrnehmbar mehr besteh e .

Betreffend d i e degenerati v bedingten Beschwerdeetagen sei die Situation eben falls or dentlich bis gut kompensiert, unter Einhalten von Schonkriterie n sei es bis her nicht zu einer Dekompe nsation gekommen, dies bestätige auch das spon tane Bewegungsverhalten

und die Befunderhebung bei der Untersuchung . Z wecks Aufrechter halten einer vorläufig nicht be handlungsbedürftigen Problematik an den erwähnten verschiedenen Etagen sei aber das Einhalten von Schonkriterien unabdingbar, mit der Möglic hkeit, immer wieder Pausen einzuhalten.

Zusammenfassend bestehe seit mehreren Monaten anhaltend bis heute ein zufriedenstellender Verlauf, wesentlich besser als vorausge hend. Eingeschränkt müsse erwähnt werden, dass die Autoimmunerkrankung der Polyangiitis und Granu lomatose schubartig verlaufen kö nn e mit nicht zu vermeidenden oder vor aussehbaren Exazerbationen, aufgrund aber des Verlaufes

seit einem halben Jahr kö nn e davon ausgegangen werden, dass auch mittel- bis längerfristig eine s tabile Situation bestehen bleibe .

Betre ffend zumutbare Belastungen sei die zuletzt durchgeführte Tätigkeit als Schreiner, auch die vorausgegangenen beruflichen Aktivitäten zu anstrengend und die weiter unten ausgeführten Schonkriterien zu wenig berücksichtigend. Mit Blick auf alle erwähnten degene rativ respektiv postoperativ bedingten Etagen und der früher wesentlich aktiv eren Autoi mmunerkrankung ergä ben sich folgende Schonkriterien: - Keine grobmanuellen Tätigkeiten - Ideal Wechsel zwischen sitzenden, stehenden Arbeitsabläufen mit zwischen zeitlich kurzen Wegstrecken - Keine repetitiv vornüber gebückten Arbeitsabläufe, keine wiederholten Gewichtsbe lastungen über 20 kg - Keine repetitiven Überkopfarbeiten mit dem rechten Arm, keine repe ti tiven knienden Arbeitspositionen

Unter Einhalten dieser Schonkriterien bezogen auf eine leichte bis zeitweise mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit , bezogen auf ein volles Pensum sei eine 70%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar und ausgewiesen.

Die verbleiben de 30%ige Arbeitsunfähigkeit sei deshalb notwendig, um wieder holte Arbeitsunterbrüche und Pausen einhalten zu können, resp ektive um nicht eine Überlastung und damit mögliche Dekompensation zu provozieren. Mittel- bis längerfristig sei nicht von einer zusätzlichen Verbesserung des Gesund heits zu standes auszugeh en, aber auch nicht von einer Verschlechterung, da die dege ne ra tiven Veränderungen , wie sie radiologisch beschrieben seien, nur sehr lang sam voranschreiten würden .

#### **E. 3.9.4**

Bidisziplinär führten die Gutachter zur Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 7/103/38), dass a us rein rheumatologischer Sicht für die ursprüngliche Tätigkeit als Zimmermann bzw. im Gartenbau eine völlige Arbeitsunfähigkeit bestehe . Für alle anderen, die rheumatologischen Schonkriterien berücksichtigenden Ver weistätigkeiten hinge gen bestehe eine 30%ige Arbeitsunfähigkei t.

Aus re in psychiatrischer Sicht bestehe mindestens eine 50%ige Arbeitsun fähig keit für die bisherige Tätigkeit und allfällige Verweistätig keiten. Im vorliegenden Fall lä gen aus psychiatrischer Sicht und aus somatischer Sicht voneinander klar unterscheidbare Erkrankungen vor, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sich daher addier t en. Die depressive Störung und die somatische Erkrankung beein fluss ten einan der in negativer Weise. Die kombinierte Persönl ichkeits stö rung hingegen bestehe erheblich länger und sei davon ehe r unabhängig. Sie beein trächtige die grundsätzliche Arbeitsfähigkeit, insbesondere die Zumutbarkeit des Beschwerdeführers für andere Arbeitgeber und Mita rbeitende und sie beeinträchtige

seine Ressourcen und somit seine Resilienz, also die Fähigkeit, die bestehenden Beschwerden (zumindest teilweise) zu bewältigen. Es sei nicht ungewöhnlich, dass eine Persönlichkeitsstörung über viele Jahre kompensiert bleibe und erst im späteren Leben in die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender Weise dekompenriere. Es sei daher in diesem Fall die psychiatrischerseits festgestellte Arbeitsunfähigkeit zur rheumatologischerseits festgestellten Arbeitsunfähigkeit zu addieren, so dass insgesamt eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Die verbleibende Restarbeitsfähigkeit von 20 % gelte für Tätigkeiten, die den rheumatologischerseits genannten Schonkriterien entsprechen.

### **E. 3.10**

Die behandelnden Ärzte der Klinik für Rheumatologie des C. \_\_\_ hielten in ihrem IV-Arztbericht vom 18. März 2016 fest, dass bei der bekannten chronisch-entzündlichen Systemerkrankung aufgrund der schnelleren Erschöpfbarkeit sowie weiterhin noch persistierender Antralgien nur eine leichte körperliche Tätigkeit zumutbar sei, ebenfalls seien bei multiplen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sowie insbesondere der Schulter- und Kniegelenke keine schweren körperlichen Arbeiten mehr zumutbar. Aufgrund der entzündlichen Grunderkrankung und der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und Gelenke sei von einer Beschwerde-Akkumulation im Tages- und Wochenverlauf auszugehen, was auch in einer verminderten Leistungsfähigkeit resultiere. Insgesamt sei aktuell von einer Arbeitsfähigkeit in einer leichten körperlichen Tätigkeit mit Wechselbelastung von 25 % auszugehen.

Im Verlauf sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten mit Wechselbelastung auszugehen (Urk. 7/105/3 f.). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass der Beschwerdeführer seit Ablauf des Wartjahres (März 2012) in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei (Urk. 2/2). Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber vor, dass dabei die psychischen Beschwerden unberücksichtigt geblieben seien. Auch sei die Einschätzung der Ärzte der Klinik für Rheumatologie vom 14. August 2014, in welcher sie eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten, aufgrund der Behandlung vom 29. Januar bis zum 15. Juli 2014 erfolgt, womit erstellt sei, dass er auch im Zeitraum vom 1. März 2012 bis zum 31. Oktober 2014 Anspruch auf eine ganze Rente habe (Urk. 1).

Dr. Y. \_\_\_ und Dr. Z. \_\_\_ gingen im Gutachten vom 20. Dezember 2012 davon aus, dass der Beschwerdeführer unter adäquaten Arbeitsbedingungen eine volle Arbeitsfähigkeit erreichen könnte – die Prognose könnte in Abhängigkeit der systemischen Erkrankung gefährdet werden (vgl. E. 3.3). Diese Einschätzung entspricht auch der zuvor gemachten Aussagen von Dr. F. \_\_\_ vom 11. Mai 2011, welche – die Stabilisierung der psychischen Situation und die erfolgreiche Behandlung der Nebenwirkungen der Therapie mit Methotrexat vorausgesetzt – von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging (vgl. E. 3.1). Nach dem Arbeitsassessment konstatierten die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des C. \_\_\_ im Bericht vom 5. Dezember 2013, dass der Beschwerdeführer in einer mittelschweren Tätigkeit gemäss Arbeitsassessment zu mindestens 50 % arbeits- bzw. leistungsfähig sei (E. 3.5).

Dr. H. \_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht in seinem Bericht vom 23. Oktober 2013 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit – führte allerdings gleichzeitig aus, dass er beim Beschwerdeführer kein Interesse an einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft

habe feststellen können (E. 3.4). Ob die von Dr. H.\_\_\_\_ attestierte psychiatrische Einschränkung überhaupt invaliden versicherungsrechtlich relevant und beachtlich ist, kann offen bleiben, da die attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht zum somatischen Gesundheitsschaden zu kumulieren ist sondern in diesem aufgeht, so dass ohnehin maximal von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist.

Zusammenfassend ist gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte der Klinik für Rheumatologie des C.\_\_\_\_ sowie das Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ und Dr. Z.\_\_\_\_ nach Ablauf des Wartjahres von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. 4.2

Im Bericht vom 14. August 2014 attestierten die behandelnden Ärzte der Klinik für Rheumatologie des C.\_\_\_\_ eine verbleibende Restarbeitsfähigkeit von 30 % (vgl. E. 3.6) und damit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Der Beschwerdeführer wurde des Weiteren vom 2. März bis zum 16. April 2015 stationär behandelt (vgl. E. 3.8).

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des C.\_\_\_\_ attestierten die Verschlechterung im Bericht vom 14. August 2014 – die letzte Kontrolle vor dem Bericht erfolgte allerdings bereits am 15. Juli 2014 (Urk. 7/78/3). Damit ist von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab 15. Juli 2014 auszugehen, womit die 30%ige Arbeitsfähigkeit bereits ab dem 1. Oktober 2014 zu berücksichtigen ist (vgl. Art. 88a IVV). 4.3

Zu prüfen bleibt, wie sich der Gesundheitszustand bzw. die Arbeitsfähigkeit im Folgenden entwickelte: 4.3.1

Das interdisziplinäre Gutachten vom 27. Januar 2016 erfüllt sämtliche recht spruchsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungen (vgl. E. 2.3). Es beruht auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter (Urk. 7/103/9 ff.; Urk. 7/103/45 ff.) und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 7/103/3 ff.; Urk. 7/103/40 ff.) abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig (Urk. 7/103/23 ff.

7/103/52). Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist grundsätzlich einleuchtend und das Gutachten ist dem Grundsatz nach schlüssig. 4.3.2

A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ führten in ihrem Gutachten vom 27. Januar 2016 aus, dass der Bewegungsapparat gut kompensiert sei im Zeitpunkt der Untersuchung und der Beschwerdeführer bestätige, dass seit gut einem halben Jahr weder objektivierbar noch subjektiv wahrnehmbar eine Entzündung aktivität bestehe (E. 3.9.3). Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der somatische Gesundheitszustand ca. 6 Monate vor der rheumatologischen Untersuchung vom 8. Dezember 2016 (vgl. Urk. 7/103/2) wesentlich verbessert hat.

In der Beschwerde brachte der Beschwerdeführer dagegen vor, dass die behandelnden Ärzte der Klinik für Rheumatologie des C.\_\_\_\_ im Bericht vom 18. März 2016 von einer 25%igen Arbeitsfähigkeit ausgingen (Urk. 1 S. 4). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vermag allerdings der Umstand allein, dass behandelnde Fachärzte eine vom eingeholten Gutachten abweichende Meinung äussern, nicht Anlass zu weiteren Abklärungen geben oder das Gutachten in Frage zu stellen; anders würde es sich verhalten, wenn die behandelnden Ärzte konkrete, objektiv fassbare Aspekte namhaft

machen, die dem ärztlichen Experten entgangen sind oder mit denen er sich nicht befasst hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2006 U 58/06 E. 2.2) - was vorliegend allerdings klarerweise nicht der Fall ist. Die Berichte der behandelnden Ärzte der Klinik für Rheumatologie des C.\_\_\_\_ vom 18. März 2016 (vgl. E. 3.10) und vom 5. April 2016 (Urk. 7/120/19 ff.) vermögen damit nichts an der somatischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. B.\_\_\_\_ zu ändern. Im Bericht vom 31. August 2017 (Urk. 3/4) äussern sich die behandelnden Ärzte der Klinik für Rheumatologie des C.\_\_\_\_ nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers oder den konkreten Einschränkungen, womit dieser Bericht eine erhebliche Verschlechterung seit dem Gutachten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu belegen vermag.

Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers führt auch die Berücksichtigung der Berichte von Dr. E.\_\_\_\_ vom 16. November 2016 (Urk. 7/120/23 f.), 21. September und 9. November 2017 (Urk. 10/1-2) nicht zu einer aus somatischer Sicht abweichenden Einschätzung, so sind darin keinerlei objektiv fassbare Aspekte namhaft gemacht, welche Dr. B.\_\_\_\_ entgangen wären. Des Weiteren ist in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapiekräften auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Hinzu kommt, dass Dr. E.\_\_\_\_ jeweils ausführlich zur psychiatrischen Situation und deren Auswirkungen Stellung nimmt, wozu er als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin nicht berufen ist.

Aus somatischer Sicht ist zusammenfassend von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit seit Juni 2015 auszugehen. Damit ist eine wesentliche Verbesserung eingetreten, womit ein Revisionsgrund gegeben und der Rentenanspruch ab dem 1. Oktober 2015 (vgl. Art. 88a IVV) entsprechend umfassend zu prüfen ist (vgl. E. 2.3). 4.3.3

Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (vgl. E.

2.2.3). Entsprechend ist die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht durch A.\_\_\_\_ anhand der Standardindikatoren zu prüfen: 4.3.3.1

Die durch A.\_\_\_\_ erhobenen Befunde sind nicht als besonders schwer zu beurteilen. Im wesentlichen erhob er eine reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit und eine reduzierte Psychomotorik (vgl. Urk. 7/103/14 ff.). Hinzu kommt, dass A.\_\_\_\_ verschiedene Belastungsfaktoren (Beziehungsprobleme, Urk. 7/103/12; finanzielle Probleme, Urk. 7/103/10 und Urk. 7/103/13) nannte die das Beschwerdebild mitprägen. Damit sind die diagnostisch relevanten Befunde als lediglich mässig und nicht besonders schwer zu beurteilen.

Zum Behandlungserfolg führte A.\_\_\_\_ aus, dass die mittelfristige Prognose betreffend der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung ungünstig sei, da die Therapie von Persönlichkeitsstörungen eine längere Zeit und ein gutes therapeutisches Bündnis benötige, was offenbar bisher nicht zustande gekommen sei. Die langfristige Prognose sei – bei einer gelingenden Psychotherapie der Persönlichkeitsstörung – als vorsichtig günstig zu beurteilen. Es sei also möglich aber nicht sicher, dass die auch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigenden Beschwerden sich in der späteren Zukunft

verringern könnten (Urk. 7/103/19). Bezüglich der mittelgradigen depressiven Episode führte A. \_\_\_ aus, dass er klinisch den Eindruck habe, dass diese Störung sich verbessern könnte (Urk. 7/103/18). Damit ist von einem potentiell guten Behandlungserfolg auszugehen, sofern sich der Beschwerdeführer langfristig in Behandlung begibt.

A. \_\_\_ führte darüber hinaus aus, dass es aufgrund der biographischen Anamnese und dem Inhalt des Explorationsgesprächs deutliche Hinweise auf das Vorliegen von akzentuierten Persönlichkeitszügen oder gar einer Persönlichkeitsstörung gebe (Urk. 7/103/17) und diagnostizierte eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und passiv narzisstischen Zügen, welche seine sozialen Fähigkeiten, die Ressourcen und die Resilienz erheblich beeinträchtigt (Urk. 7/103/19).

Als Ressource zu werten ist die gute Beziehung zu seinen beiden Söhnen, zu welchen er regelmässigen Kontakt habe (Urk. 7/103/13). 4.3.3.2

Zu prüfen bleibt der beweisrechtlich entscheidende Aspekt der Konsistenz. Dabei ist festzuhalten, dass ausweislich seiner Angaben anlässlich der Begutachtung der Beschwerdeführer über ein gewisses Aktivitätsniveau verfügt: Er steht morgens um 7.00 Uhr auf und frühstückt dann gemeinsam mit seiner Ehefrau. Danach lege er sich eventuell noch einmal hin. Zwischen 8.00 Uhr und 9.00 Uhr trinke er noch einen Kaffee bei den Nachbarn, danach lege er sich noch mal etwas hin. Es gäbe Tage, an denen er nur schlafen möchte. Wenn er alleine sei, esse er nicht zu einer bestimmten Zeit zu Mittag, wenn er Hunger hätte, würde er eine Kleinigkeit zu sich nehmen.

Am Nachmittag besuche er seine 83-jährige Mutter im Pflegeheim. Diese sei dement und würde ihn nur noch manchmal erkennen. Danach erledige er Haushaltsarbeiten. Er koche für den Sohn und die Frau das Abendessen, welches dann getrennt eingenommen werde. Der Sohn esse bereits um 18.00 Uhr, seine Frau käme später und nehme oft ihr Essen und gehe dann TV schauen. Am Abend schaue er TV, zappe viel herum, es interessiere ihn nicht viel. Zwischen 22.00 Uhr und 01.00 Uhr gehe er ins Bett. Er habe regelmässig Einschlafstörungen und liege noch bis zu 2 Stunden wach im Bett, da er Schmerzen habe, da seine Gedanken kreisen würden und er über ihn belastende

Termine nachdenke. Wegen der Schmerzen komme es auch vor, dass er nachts alle 1 - 2 Stunden aufwache, aber das sei seltener der Fall (Urk. 7/103/10 f.). Daneben pflege er noch Bonsai-Bäume (Urk. 7/103/11).

Zur Behandlung führte der Beschwerdeführer aus, er sei drei oder viermal bei Dr. H. \_\_\_ in Behandlung gewesen, aber seine Frau sage, das bringe nichts und koste nur Geld, Dr. H. \_\_\_ könne seine Probleme auch nicht lösen. Eine stationäre psychiatrische Behandlung käme für ihn nie in Frage. Eine ambulante Therapie nehme die Probleme nicht weg, das stimme für ihn nicht. Vielleicht käme das später in Frage, wenn es ihm erheblich besser gehe (Urk. 7/103/13). A. \_\_\_ führte zwar aus, dass es für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen besonders bedeutsam sei, ein gutes therapeutisches Bündnis herzustellen, wofür die Fähigkeit als krankheitsbedingt eingeschränkt zu beurteilen sei – schloss die Fähigkeit des Beschwerdeführers dazu allerdings nicht grundsätzlich aus und empfahl entsprechend eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung (Urk. 7/103/22). Auch beurteilte A. \_\_\_ eine stationäre Behandlung als sinnvoll und möglich – wobei dies vom Beschwerdeführer gegenwärtig abgelehnt werde (Urk. 7/103/23).  
Behandlungsanamnestisch ist damit kein Leidensdruck ausgewiesen.

Der Beschwerdeführer reichte im Rahmen des Beschwerdeverfahrens den Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2017 ein, gemäss welchem er seit dem 6. Juli 2017 hospitalisiert und vollumfänglich arbeitsunfähig sei (Urk. 3/3). Dieser Bericht vermag keinen behandlungsanamnestischen Leidensdruck zu erstellen, da die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen nur solange auf den tatsächlichen Leidensdruck hinweist, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2). Zudem vermag dieser Bericht aufgrund des Fehlens von objektiven Befunden und einer nachvollziehbaren Begründung auch keine andauernde Verschlechterung zu begründen. 4.3.3.3

Entsprechend sind funktionelle Auswirkungen der mittelgradigen depressiven Episode und der kombinierten Persönlichkeitsstörung unter Berücksichtigung der nicht als besonders schweren diagnoserelevanten Befunde, des vorhandenen Aktivitätsniveaus und des behandlungsanamnestisch nicht ausgewiesenen Leidensdruckes nicht überwiegend wahrscheinlich. Damit ist nicht überwiegend wahrscheinlich von einer aus psychiatrischer Sicht über die somatisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % hinzukommende Arbeitsunfähigkeit auszugehen. 4.4

Zusammenfassend ist – unter Berücksichtigung von Art. 88a IVV - vom 1. März 2012 bis zum 30. September 2014 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit, vom 1. Oktober 2014 bis zum 30. September 2015 von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit und ab dem 1. Oktober 2015 von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. 5.

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeiten: 5.1 5.1.1

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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 5.1.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). 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). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige 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 dürfen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 und 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

Eine psychisch bedingt verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen kann nach der Gerichtspraxis in der Regel nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_366/2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen), ebenso wenig etwa das Risiko von vermehrten gesundheitlichen Absenzen, ein grösserer Betreuungsaufwand oder weniger Flexibilität, was das Leisten von Überstunden etwa bei Verhinderung eines Mitarbeiters anbetrifft (Urteile des Bundesgerichts 9C\_437/2015 vom 30. November 2015 E. 2.4; 8C\_712/2012 vom 30. November 2012 E. 4.2.1 und 9C\_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.3.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_146/2017 vom 7. Juli 2017 E. 5.2.2).

Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte bis mittel schwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 (bis LSE 2010 Anforderungsniveau 4) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2 unter Hinweis auf 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4 und 9C\_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2). 5.2 5.2.1

Für das Valideneinkommen zog die Beschwerdegegnerin den Tabellenlohn der Lohnstrukturerhebung 2012 des Bundesamtes für Statistik (LSE 2012) für die Herstellung von Holzwaren im Kompetenzniveau 2 (Praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst) in Höhe von monatlich Fr. 5'790.-- heran (TA1 Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor). Daraus resultiert für das Jahr 2012 bereinigt um die übliche Wochenarbeitszeit (Betriebsübliche Arbeitszeit nach

Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Ziff. 16-18, 2012 = 41.4) ein anrechenbares Valideneinkommen in einem vollen Pensum von Fr. 71'911.80 (Fr. 5'790.-- : 40 x 41.4 x 12).

Da der Beschwerdeführer zuletzt nicht in einem vollen Pensum arbeitete, kann – entgegen seinen Ausführungen – das zuletzt erzielte Einkommen nicht zur Bemessung seines Valideneinkommens herangezogen werden. Hinzu kommt, dass mit Blick auf den Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/82) die Festsetzung des Valideneinkommens gestützt auf diesen Tabellenlohn sicherlich nicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers ist, so erzielte er lediglich in den Jahren 2003-2005 ein ähnlich hohes Einkommen. 5.2.2

Für das Invalideneinkommen zog die Beschwerdegegnerin den Lohn für Hilfsarbeiter heran, was auch seitens des Beschwerdeführers nicht beanstandet wurde. Dieser betrug im Jahr 2012 Fr. 5'210.-- (TA1 Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor; Total, Männer, Kompetenzniveau 1 [Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art]). Bereinigt um die übliche Wochenarbeitszeit (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total, 2012 = 41.7) resultiert dabei bei einem vollen Pensum ein Invalideneinkommen für das Jahr 2012 in Höhe von Fr. 65'177.10 (Fr. 5'210.-- : 40 x 41.7 x 12).

Dem Beschwerdeführer ist vom 1. März 2012 bis zum 30. September 2014 in einer mittelschweren Arbeit (Gewichtshantierung 10 bis maximal 25 kg), mit Arbeit über Schulterhöhe maximal während einer halben Stunde pro Tag (vgl. E. 4.1; Urk. 7/71/10; Urk. 7/71/5) eine Arbeitsfähigkeit von 50 % anzurechnen (vgl. E. 4.4). Bei dieser Einschätzung wurden bereits zusätzliche Pausen und eine Leistungseinbusse berücksichtigt, womit sich kein weiterer Leidensabzug recht fertigt (vgl. E. 5.1.2).

Im Zeitraum vom 1. März 2012 bis zum 30. September 2014 ist dem Beschwerdeführer damit ein Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 32'588.55 anzurechnen (Fr. 65'177.10 : 2). 5.2.3

Stellt man das Valideneinkommen in Höhe von Fr. 71'911.80 dem Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 32'588.55 gegenüber resultiert eine Einkommenseinbusse in Höhe von Fr. 39'323.25, was einem Invaliditätsgrad von rund 55 % (Fr. 39'323.25 : Fr. 71'911.80) entspricht.

Der Beschwerdeführer hat damit vom 1. März 2012 bis zum 30. September 2014 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. 5.3

Ab dem 1. Oktober 2014 ist die Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, welche zu einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % führte, zu berücksichtigen.

Das Valideneinkommen für das Jahr 2014 ist bereinigt um die Nominallohnentwicklung und die betriebsübliche Wochenarbeitszeit in Höhe von Fr. 73'540.65 festzusetzen (Fr. 5'790.-- : 40 x 41.6 : 101.5 x 103.3 x 12; [Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Ziff. 16-18, 2014 = 41.6]; [T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren, Stand 2012 = 101.5; Stand 2014 = 103.3]).

In einem Pensum von 30 % betrug das Invalideneinkommen für das Jahr 2014 bereinigt um die Nominallohnentwicklung und die betriebsübliche Wochenarbeitszeit Fr. 19'841.50

(Fr. 5'210.-- : 40 x 41.7 : 101.7 x 103.2 x 12 x 0.3; [Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total , 2014 = 41.7] ; [ T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, Total , Stand 2012 = 101.7 ; Stand 2014 = 103.2 ]).

Stellt man das Valideneinkommen in Höhe von Fr. 73'540.65 dem Invaliden einkommen in Höhe von Fr. 19'841.50 gegenüber resultiert eine Einkommens einbusse von Fr. 53'699.15, was einem Invaliditätsgrad von 73 % entspricht. Damit hat der Beschwerdeführer vom 1. Oktober 2014 bis zum 30. September 2015 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung. 5.4

Ab Juni 2015 ist von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und einer Arbeitsfähigkeit von rund 70 % auszugehen, womit der Rentenanspruch ab dem 1. Oktober 2015 neu zu berechnen ist (vgl. E. 4.3; Art. 88a IVV). 5.4.1

Das Valideneinkommen für das Jahr 2015 ist bereinigt um die Nominal lohn entwicklung und die betriebsübliche Wochenarbeitszeit in Höhe von Fr. 74'216.95 festzusetzen ( Fr. 5'790.-- : 40 x 41.7 : 101.5 x 104 x 12; [Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Ziff. 16-18, 2015 = 41.7]; [T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren, Stand 2012 = 101.5; Stand 2015 = 104]). 5.4.2

In einem Pensum von 70 % betrug das Invalideneinkommen für das Jahr 2014 bereinigt um die Nominallohnentwicklung und die betriebsübliche Wochen arbeitszeit Fr. 46'431.45 ( Fr. 5'210.-- : 40 x 41.7 : 101.7 x 103.5 x 12 x 0.7; [Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total, 2015 = 41.7]; [T1.1.10 Nominallohnindex, Männer, Total, Stand 2012 = 101.7; Stand 2015 = 103.5]).

Dr. B.\_\_\_\_ führte bezüglich des Zumutbarkeitsprofils aus, dass dem Beschwerde führer eine Arbeitstätigkeit ohne grobmanuellen Tätigkeiten, idealerweise im Wechsel zwischen sitzenden, stehenden Arbeitsabläufen mit zwis chenzeitlich kurzen Wegstrecken, ohne repetitiv vornüber gebückte Arbeitsabläufe, ohne wieder holte Gewichtsbe lastungen über 20 kg und ohne repetitive Überk opf arbei ten mit dem rechten Arm und repetitiven knienden Arbeitspositionen zumutbar sei. Unter Einhalten dieser Schonkriterien bezogen auf eine leichte bis zeitweise mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit, bezogen auf ein volles Pensum sei eine 70%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar und ausgewiesen, wobei die ie verbleiben de 30%ige Arbeitsunfähigkeit deshalb notwendig sei , um wiederholte Arbeitsunter brüche und Pausen einhalten zu können, respektive um nicht eine Überlastung und damit mögliche Dekompensation zu provozieren (vgl. Urk. 7/103/35; E. 3.9.3).

Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers ist gestützt auf dieses Zu mut barkeitsprofil kein Leidensabzug geschuldet, da dem Beschwerdeführer auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt weiterhin zahlreiche Tätigkeiten mit dem ent sprechenden Zumutbarkeitsprofil offenstehen (vgl. E. 5.1.2). 5.4.3

Stellt man das Valideneinkommen in Höhe von Fr. 74'216.95 dem Invaliden einkommen in Höhe von Fr. 46'431.45 gegenüber resultiert eine Einkommens einbusse von Fr. 27'785.50, was einem Invaliditätsgrad von rund 37

% entspricht. Damit hat der Beschwerdeführer ab dem 1. Oktober 2015 keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente.

6.

Zusammenfassend ist die Beschwerde in dem Sinne teilweise gutzuheissen, dass der Beschwerdeführer vom 1. März 2012 bis zum 30. September 2014 Anspruch auf eine halbe Rente und vom 1. Oktober 2014 bis zum 30. September 2015 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Danach besteht kein Anspruch mehr auf eine Rente der Invalidenversicherung. 7 . 7 .1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 1'000.-- als angemessen. Da der Beschwerdeführer nur zu einem äusserst geringen Teil obsiegt, sind ihm die Kosten zu vier Fünfteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Fünftel aufzuerlegen. 7 .2

Der vertretene Beschwerdeführer hat sodann gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf eine entsprechend reduzierte Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 500.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. Juli 2017 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. März 2012 bis zum 30. September 2014 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente und vom 1. Oktober 2014 bis zum 30. September 2015 Anspruch auf eine ganze Rente hat .

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer zu vier Fünfteln (Fr. 800.--) sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Fünftel (Fr. 200.--) auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Urs Christen - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstCasanova

#### **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).

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 Rechtsmittelsverfahrens 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).

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