

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00065 vom 27. Dezember 1999

ZH Sozialversicherungsgericht, 1999-12-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00065

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00065 du 27 décembre 1999

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00065 del 27 dicembre 1999

Erwägungen

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog, es sei dem Beschwerdeführer seit dem Jahr 2009 zumutbar, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erwirtschaften. Bei der Festsetzung des Valideneinkommens

sei auf statistische Werte im Bereich der Baubranche abzustellen, zumal der Beschwerdeführer bei Eintritt des Gesundheitsschadens arbeitslos gemeldet gewesen sei und seit über zehn Jahren keiner Tätigkeit mehr nachgehe. Da im Rahmen der reduzierten Arbeitsfähigkeit von 80 % sämtliche Einschränkungen berücksichtigt würden, rechtfertige sich kein leistungsbedingter Abzug (Urk. 2).

E. 2.2.1

Der Beschwerdeführer bemerkte vorab, das Sozialversicherungsgericht sei an seine n Rückweisungsentscheid gebunden und könne von Januar 2009 bis Januar 2015 höchstens eine Viertelsrente zusprechen. Der damalige Entscheid habe man geltens eines nicht wiedergutzumachenden Nachteils nicht angefochten werden können. Indes könne mit Beschwerde ans Bundesgericht gegen das nun zu fällende Urteil eine halbe Rente verlangt werden

(Urk. 1 Ziff. 6-9).

E. 2.2.2

Hinsichtlich der Begutachtung

wären zusätzliche Fachdisziplinen

notwendig gewesen, obschon bezüglich der weiteren Beschwerden gegenwärtig

keine Behandlung stattfindet. Aus den Akten

gehe klar hervor, dass die Tätigkeit als Maurer aus nicht-psychiatrischen bzw. nicht-neurologischen Gründen nicht mehr möglich sei. Diese Einschränkungen seien nicht vollumfänglich berücksichtigt worden,

wozu die Gutachter auch gar nicht qualifiziert gewesen wären. Konkret bestehe – unter Hinweis auf den Arbeitsversuch in der B.____ – nicht nur eine Zementallergie, sondern es seien alle mechanisch belastenden Tätigkeiten bzw. repetitiven Arbeiten mit mehr als 2 bis 3 kg nicht mehr zumutbar. Für konkrete Tätigkeiten sei ein Arbeitsversuch erforderlich, wobei das Arbeitspensum eben falls eine Rolle spiele. Das Hautleiden sei multifaktoriell und möglicherweise psychosomatisch mitbestimmt. All dies sei auch in der C.____ beobachtet worden. Nicht abgeklärt worden sei auch der Einfluss des Tinnitus.

Unzumutbar

sei etwa der in einer Montagehalle übliche Störlärm. Zudem verursache dieser Schlafstörungen, was sich vermutlich auf die depressive Symptomatik auswirke

(Urk. 1 Ziff. 10-1)

E. 2.2.3

Schliesslich habe er sein Einkommen bis im Jahr 1998 kontinuierlich überdurchschnittlich steigern können, wobei es ohne den Unfall im Jahr 1995 vermutlich noch höher ausgefallen wäre, zumal gemäss Gutachten die Migräneattacken, bei bestehender psychischer Überlagerung,

unbestritten darauf zurückzuführen seien. Für das Valideneinkommen sei folglich das Einkommen aus dem Jahr 1995 mindestens der Nominallohnentwicklung anzupassen, soweit nicht eine überdurchschnittliche Einkommenssteigerung als überwiegend wahrscheinlich erachtet werde (Urk. 1 Ziff. 26-28). Für das Invalideneinkommen sei auf das effektiv erzielte Einkommen abzustellen, da er damit seine Arbeitsfähigkeit voll ausgeschöpft habe. Gegebenenfalls sei dieses auf das zumutbare Arbeitspensum aufzu rechnen. Werde ein Tabellenlohn verwendet, sei aufgrund der multiplen Einschränkungen ein Leidensabzug von 20 % zu

gewähren. Es stünden ihm nur sehr wenige Tätigkeiten mit einer vergleichbaren Flexibilität wie in der ausgeübten offen und solche würden nur von sozial eingestellten Arbeitgebern angeboten (Urk. 1 Ziff. 29-31). 3. 3.1

Zwischen den Parteien strittig ist somit einerseits der Beweiswert des disziplinierten Gutachtens und andererseits der Einkommensvergleich. Von beiden Parteien nicht beanstandet wurden indes im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels die Erwägungen in der Verfügung vom 27. Februar 2018 (Urk. 10) zur von der Beschwerdegegnerin zunächst beantragten Rückweisung zur Korrektur des Dispositivs der angefochtenen Verfügung. Von einer solchen ist demnach abzu sehen, zumal sich beide Parteien offensichtlich und von Anfang an darüber im Klaren waren, dass Anfechtungs- und Prozessgegenstand die rückwirkend per 1. Januar 2009 vollständig aufgehobene Rente bildet. 3. 2

Ferner wurde schon im Rückweisungsentscheid

IV.2015.00229 vom 28. Oktober 2016 E. 4 detailliert zum Einkommensvergleich Stellung genommen. Der Argumentation der Parteien ist bezüglich des Valideneinkommens nichts Neues zu entnehmen, weshalb darauf verwiesen werden

kann (Urk. 9/16/8 ff.). Wie damals dargelegt, ist bei einem Valideneinkommen von Fr. 68'351. -- bereits aufgrund des anrechenbaren, effektiv erzielten

Invalideneinkommens von Fr. 37'728. -- ab Januar 2009 von einem Invaliditätsgrad von deutlich unter 50 % auszugehen, so dass kein Anspruch mehr auf eine halbe Rente bestand. Die nach gewiesene tatsächliche Einkommenserhöhung des Beschwerdeführers erfüllt somit die Voraussetzungen für einen Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG). Der Rentenanspruch ist folglich ab Januar 2009 in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht.

E. 4

. 3

4.3.1

Unter Berücksichtigung der neurologischen Beurteilung wurde in psychiatrischer Hinsicht festgehalten, die im Vordergrund stehenden Kopfschmerzen seien gemäss der Neurologin weitgehend organmedizinisch erklärbar, aber auch im Gesamtkontext zu sehen. Aus psychiatrischer Sicht werde

ein geschätzt, dass bei deutlich erkennbaren psychosozialen Belastungsfaktoren (Strenge der Rente, finanzielle Probleme, Ehescheidung) eine psychogene Überlagerung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10: F45.9 vorliege. Diese sei mässig ausgeprägt und erreiche nicht den Schweregrad einer anhaltenden Schmerzstörung im Sinne von ICD-10: F45.4 (Urk. 9/141/28 und 9/141/31). 4.3.2

Der Beschwerdeführer schildere, erstmals Ende der 90er-Jahre, nachdem er aufgrund einer Zementallergie seinen Beruf als Maurer nicht mehr ausüben könne, in eine Depression geraten zu sein. Seit dem Jahr 2000/2001 sei er in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Er

beschreibe anamnestisch, dass die Depression spätestens im Jahr 2008 abgeklungen sei. Deutliche Hinweise hierfür seien auch, dass sich die Häufigkeit der Termine bei Dr. Y.____ – entsprechend den Angaben des Beschwerdeführers – sehr stark verringert

habe und ferner eine Reduktion der depressiven Medikation erfolgt sei. Zudem habe sich der Beschwerdeführer eine berufliche Tätigkeit in grösserem Umfang zugetraut und einen dritten Arbeitgeber gesucht (vgl. Urk. 9/141/46).

Aus heutiger Sicht werde eingeschätzt, dass etwa ab dem Jahr 2008 zunächst mit ganz überwiegender Wahrscheinlichkeit über längere Zeit keine depressive Symptomatik mehr vorgelegen habe.

Die psychische Situation des Beschwerdeführers habe sich indes verschlechtert, nachdem ihm mit Vorbescheid vom 23. September 2014 die Aufhebung der Rente mitgeteilt worden sei. Aufgrund der erheblichen finanziellen Belastung durch die Invalidenversicherung und Pensionskasse (vgl. Urk. 9/141/44) habe sich zunehmend eine depressive Symptomatik entwickelt. Gemäss

seinen Angaben habe dies die Ehe dermassen belastet, dass es zur Trennung gekommen sei. Es sei allerdings eher unwahrscheinlich, dass allein die Rückforderungen und die sich einstellende Depressivität und Gereiztheit ausgereicht hätten, um die Ehe zum Scheitern zu bringen. Es sei anzunehmen, dass es schon vorher Probleme in der Partnerschaft gegeben habe, so dass diese den zusätzlich aufgetretenen Belastungen nicht gewachsen gewesen sei. Offensichtlich sei es

aber zu einer weitgehend einvernehmlichen Trennung gekommen; der Beschwerdeführer pflege nach wie vor ein freundschaftliches Verhältnis bzw. einen guten und regelässigen Kontakt zu seiner Exfrau, die ihm unter anderem jede Woche die Wäsche wasche (Urk. 9/141/28). 4.3.3

Es ergebe sich

das Bild einer leichten depressiven Episode. Gegen eine mittelgradige depressive Episode spreche das doch relativ hohe Aktivitätsniveau im beruflichen Bereich. An einzelnen

Tagen sei der Beschwerdeführer bis zu acht Stunden tätig. Darüber hinaus gehe er noch vielen positiv besetzten Aktivitäten nach, interessiere sich für Sport, Filme etc. (vgl. Urk. 9/141/33 f.). Auch würden sich keine Symptome finden, die für stärker ausgeprägte Depressionen typisch seien, wie ein reduziertes Selbstvertrauen, Schuldgefühle oder Selbstvorwürfe (vgl. Urk. 9/141/8 f., einschliesslich des relativ niedrigen Seralin -Spiegels). Im Gegenteil werfe er der Invalidenversicherung deren Entscheide vor und spiele den eigenen Anteil an der eingetretenen Entwicklung herunter. Somit seien die Durchhaltefähigkeit und Stressbelastbarkeit reduziert. In einer leidensadaptierten Tätigkeit, wozu auch die jetzige Tätigkeit als Gärtner gehöre, liege eine Arbeitsfähigkeit von 80 % vor (Urk. 9/141/ 29).

E. 4.3

wiedergegebenen Schlussfolgerungen des begutachtenden Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med.

E.____, mit seinen eigenen Angaben zum Krankheitsverlauf vollumfänglich im Einklang stehen. So erklärte der Beschwerdeführer in der Exploration, nie eine teil- oder vollstationäre psychiatrische Behandlung absolviert zu haben. Was die ambulante psychiatrische Behandlung bei Dr. Y.____ anbelange, habe er zunächst häufig bzw. alle ein bis zwei Wochen Termine gehabt. Diese seien zunehmend reduziert worden, nachdem es ihm besser gegangen sei. Über längere Zeit habe er nur alle 2½ Monate einen Termin gehabt. Er habe sich schliesslich recht wohl gefühlt und dann seine über längere Zeit ausgeübte berufliche Tätigkeit als Gärtner

erweitert bzw. sich einen dritten Arbeitgeber gesucht. In den folgenden Jahren sei es ihm recht gut gegangen, er sei kaum noch depressiv gewesen. Das hänge, so denke er, auch mit den Medikamenten zusammen, die gut gewirkt hätten. Das Antidepressivum, das er eingenommen habe, sei schliesslich in der Dosis auf eine einmal tägliche Gabe reduziert worden, zuvor habe er dieses über längere Zeit zweimal täglich eingenommen. Zu einer erneuten Verschlechterung der Depression sei es gekommen, nachdem die Invalidenversicherung im Oktober 2014 die Rente gestrichen und Geld zurückgefordert habe. Inzwischen nehme er wieder eine höhere antidepressive Dosis, nämlich zweimal am Tag Seralin ein. Er habe auch wieder monatliche Termine bei Dr. Y.____ (Urk. 9/141/46).

E. 5

. 3 . 3

Am 12. April 2005, also kurz nach der Rentenzusprache, berichtet Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, ebenfalls, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall im Februar 1995 unter häufigen Kopfschmerzattacken leide, die als pochend beschrieben und von Überempfindlichkeit auf Lärm und Licht begleitet seien.

Dabei konkretisierte er erstmals die Häufigkeit derselben. Diese würden an 6 bis 8 Tagen im Monat auftreten.

Allerdings stellte er auch fest, dass der Beschwerdeführer bei der Gartenarbeit öfters lange Zeit in gebückter und vorgebeugter Haltung beschäftigt sei und dadurch die Kopfschmerzattacken ausgelöst würden (vgl. auch die eigenanamnestischen Angaben des Beschwerdeführers in Urk. 9/78/2). In dieser Hinsicht helfe ihm, dass er seine Arbeitszeit

ziemlich frei wählen könne. Es bestünden eine posttraumatische Migräne ohne Aura sowie ein posttraumatisches Zervikalsyndrom. Auf seinen Vorschlag hin sei die antidepressive Medikation umgestellt worden, so dass nun Rep l ax 40 mg als Anfallsmittel verschrieben werden könne. Als Migräneprophylaktikum erhalte der Beschwerdeführer täglich 400 mg Riboflavin (Urk. 9/66/

E. 5.2.2

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers vermag zudem das gutachterliche Argument, dass es nicht nachvollziehbar wäre, wenn bei einer während 14 Jahren durchgehend bestehenden mittelgradigen depressiven Symptomatik nicht versucht worden wäre, eine Besserung mittels intensiverer psychiatrischer Behandlung zu erreichen, durchaus zu überzeugen (Urk. 9/141/52). Ferner

finden sich in den Akten diverse, stets gleichlautende Berichte von Dr. Y.____ (vgl. Sachverhalt). Dieser brachte vor und insbesondere auch nach der Begutachtung

(Urk. 6) keine Aspekte vor, die vom Gutachter übersehen wurden. Eine Rücksprache des Gutachters mit Dr. Y.____ drängte sich daher nicht auf. Einigkeit zwischen den beiden besteht vor allem hinsichtlich der psychogenen Überlagerung der Kopfschmerzen. Diese kommt gemäss Gutachter in der von Dr. Y.____ gestellten Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10-GM: F45.41) zum Ausdruck, die indes international nicht anerkannt sei, weshalb er eine sonstige somatoforme Störung im Sinne von ICD-10: F45.9 diagnostiziert habe (Urk. 9/141/54).

Die Divergenzen erschöpfen sich somit in der – stets mit Ermessen verbundenen – unterschiedlichen Beurteilung der Ausprägung und Auswirkungen der Befunde, wobei sich der psychische Zustand ab Herbst 2014 bis zur Begutachtung unstrittig und behandlungsanamnestic bestätigt verschlechterte.

Der Gutachter stellte dabei wie Dr. Y.____ fest, dass der zielgerichtete Antrieb « bei innerer Unruhe und Anspannung» reduziert sei, beurteilte die Beeinträchtigung jedoch als leicht (Urk. 9/141/49). Ebenso nannte er als Quintessenz für die interdisziplinäre Beurteilung wie Dr. Y.____, dass die Durchhaltefähigkeit und Stressbelastbarkeit reduziert seien, attestierte aber dennoch eine Arbeitsfähigkeit von 80 %

(Urk. 9/141/53).

Erwähnenswert ist, dass der Beschwerdeführer

in der Begutachtung selbst erklärte, sich die jetzige Tätigkeit [immer noch]

im Umfang von 50 bis 60 %

zuzutrauen (Urk. 9/141/48).

E. 5.5

5

Ergänzend und präzisierend zu den Ausführungen des Gutachters ist zum Komplex « Gesundheitsschädigung » auf das in E. 5.2 und 5.4 Gesagte hinzuweisen und festzuhalten, dass keine massgeblichen Komorbiditäten

zu den vorrangigen [psychogenen] Kopfbeschwerden bestehen. Die leichte depressive Episode entwickelte sich ohnehin erst ab September 2014 und allein der unfallkausale

Anteil der Kopfschmerzen führte zu keiner nennenswerten Behandlung oder Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 5.3). Ebenso wenig ersichtlich ist eine ressourcenhemmende Wirkung des Handkzems (vgl. nachfolgend E. 5.6). Bedeutsam ist sodann nicht das Fehlen von Eingliederungsmassnahmen, sondern dass es dem Beschwerdeführer gelungen ist, sich selbst in ein neues Tätigkeitsfeld einzugliedern und sich nach Abklingen der Symptomatik einen zusätzlichen Arbeitgeber zu suchen. Dass die Gesprächstherapie, Medikation und Physiotherapie zu einer Besserung des Gesundheitszustandes führten, wurde bereits erläutert. Wie sich aus der dargelegten Rechtsprechung ergibt, sind die Inanspruchnahme und der Erfolg therapeutischer Massnahmen nach wie vor gewichtige Indizien für ein invalidisierendes Leiden, auch wenn der Beschwerdeführer zutreffend darlegte, dass das Bundesgericht bei leichten und mittelgradigen depressiven Störungen nicht mehr allein auf das Kriterium der erwiesenen Therapieresistenz abstellt. Als „Therapiereserve“ ist neben der erwähnten Intensivierung der psychiatrischen Behandlung eine Optimierung der Migräne-Medikation zu nennen.

Positiv zu werten ist die Persönlichkeit des Beschwerdeführers, insofern er wiederholt Eigeninitiative zeigte.

Mit Blick auf den Komplex « sozialer Kontext »

gilt

nach wie vor: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie ausgeklammert (BGE 141 V 281 E 4.3.3). Der Gutachter nannte

an dieser Stelle finanzielle Schwierigkeiten ab September 2014. Bereits die erste depressive Entwicklung und deren Verlauf (wie

teilweise auch derjenige der Kopfbeschwerden)

waren zeitlich eng mit einer Verschlechterung respektive Verbesserung der finanziellen Situation verknüpft. Gleichzeitig

wies der Gutachter in der Kategorie « Konsistenz »

auf den behandlungsanamnestisch ausgewiesenen langjährigen Leidensdruck hin, so dass aus juristischer Sicht nicht ohne Weiteres angenommen werden kann, es sei ein allein in psychosozialen Faktoren begründetes Leiden mitberücksichtigt worden.

Zweifellos eine Ressource stellt das auch vom Gutachter erwähnte soziale Netzwerk dar. Dazu gehören die guten

familiären Kontakte sowie die Unterstützung durch die Familie, wobei der Beschwerdeführer auch mehrmals

wegen

der Scheidung nach Portugal zu seiner Schwester reiste. Daneben

verfügt er über einige Bekannte und Kollegen, wobei die Treffen erst seit dem Ärger mit der Invalidenversicherung selten geworden sind. Ebenso

pflügt er einen guten Kontakt zu den Arbeitgebern und gesellt sich jeweils zu ihnen an den Tisch (vgl. Urk. 9/141/45, 9/141/57 und 9/141/73).

Es bleibt zu m

Aktivitätsniveau zu ergänzen, dass der Beschwerdeführer zwar über keine auffälligen Freizeitbeschäftigungen berichtete, er neben der körperlichen Arbeit, der sozialen Kontakte und der Erledigung seines Haushalts (1-Zimmer wohnung)

dafür aber auch nicht allzu viel Zeit haben dürfte. Immerhin interessiert er sich für Filme und Sportsendungen. Am meisten ins Auge sticht, dass er im Sommer täglich vier bis fünf, manchmal sechs und an einzelnen Tagen auch mal acht Stunden arbeitet. Nur saisonbedingt sind es im Winter nur zwei bis drei Stunden pro Tag (vgl. Urk. 9/141/45 und 9/141/57). Soweit der Beschwerdeführer bemängelte, es hätte ein Vergleich mit seinem früheren Aktivitätsniveau statt finden müssen, legte er nicht dar,

dass bzw. inwiefern er heute in früheren Gewohnheiten eingeschränkt ist. Gemäss den Akten gab er im Dezember 1998 gegenüber der Suva an, sein Hobby sei Fussball

spielen. Im Winter verbringe er die Freizeit mit der Familie oder mit Kollegen, mit denen er Kartenspiele (Urk. 9/32/291). Für Sport interessiert er sich nach wie vor, auch wenn er diesen 20 Jahre später nicht mehr aktiv betreibt. Sodann verfügt er nach wie vor über gute familiäre und kollegiale Kontakte. Dabei reduzierten sich seine Treffen mit Kollegen erst nach der Rentenaufhebung auf « selten ». Hinweise für den Verzicht auf gewohnte Freizeitaktivitäten bestehen demnach nicht.

E. 5.5.1

Damit gehen aus den Akten und insbesondere dem Bericht von Dr. I. ___ also keine wichtigen (insbesondere objektivierten) Aspekte in Bezug auf die psychische Störung respektive die Kopfschmerzsymptomatik hervor, die für ein gravierenderes

Leiden sprechen würden, als im Gutachten festgestellt wurde.

Indes gilt es zur

gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

zu ergänzen, dass der Nachweis der Invalidität im Rechtssinn eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraussetzt (BGE 139 V 547 E. 9.4). Ein anfallsartiges Leiden, das dauerhaft jeden Monat zu einer massgeblichen Erwerbseinkommensminderung infolge vorübergehender Arbeitsunfähigkeit führt, vermag daher grundsätzlich ebenso einen aus Sicht der Invalidenversicherung relevanten Gesundheitsschaden zu begründen, wie ein Leiden, das mit einer täglich reduzierten Leistungsfähigkeit einhergeht. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass dieses diagnostisch nicht einer somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10: F45.4 zugeordnet werden kann, weil es nicht allein in psychosozialen Faktoren begründet ist (Ursprung im Unfall von 1995) oder der intensive Schmerz nur tageweise vorhanden ist.

E. 5.5.2

Das Bundesgericht liess dabei in 140 V 290 E. 3.3.1 die Frage offen, ob eine Migräne zu den Krankheitsbildern zählt, die mit etablierten Methoden objektiviert werden können. Dazu erläuterte es in E. 4.2, bei objektivierbaren wie auch bei unklaren Beschwerdebildern setzt eine Anspruchsberechtigung gleichermassen eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und

Erwerbsfähigkeit voraus. Abklärungs- und Beweis schwierigkeiten können die Berücksichtigung von - allenfalls durch fremdanamnestische Angaben zu erhebende - Lebensbereichen wie Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern. Würden die Auswirkungen eines objektivierbaren oder eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit trotz sorgfältiger und umfassender Abklärungen vage und unbestimmt bleiben und können die Einschränkungen nicht anders als mit den subjektiven Angaben der versicherten Person begründet werden, sei der Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen. Die entsprechende Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus.

Gemäss BGE 143 V 418 E. 7 sind sodann neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 E. 4.5.2 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen.

E. 5.5.3

Die Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Die im Regelfall beachtlichen

Indikatoren systematisierte das Bundesgericht wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie « funktioneller Schweregrad »

- Komplex « Gesundheitsschädigung »

- Ausprägung der diagnoserelevanten 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 Leidensdruck

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4). Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt dabei auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1). Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen als zweiter Indikator, das heisst das Ausmass, in dem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex «Gesundheitsschädigung») auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts

9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 5.5.6

Zusammenfassend lässt sich somit auch anhand der Standardindikatoren gemäss

BGE 141 V 281 – und damit aus der Optik des Rechtsanwenders, welcher die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre konkrete sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2, vorerwähntes Urteil 9C_106/2015 E. 6.3) – keine für die Invalidenversicherung massgebliche Arbeitsunfähigkeit eruieren.

Insofern erübrigen sich weitere Abklärungen wie das Einholen fremdanamnestischer Angaben bei nahe stehenden Personen, weil die Migräne-Attacken bisher nicht objektiviert werden konnten. Allein die («glaubhaften») subjektiven Angaben und die Verschreibung einer entsprechenden Medikation reichen nach der dargelegten Rechtsprechung nämlich nicht aus für die Anerkennung eines invalidisierenden Leidens. Gemäss Wahrscheinlichkeitsrechnung dürften zudem nur ca. 70 % der Migräne-Attacken auf Arbeitstage entfallen, wobei diese nach Angaben des Beschwerdeführers auch nur zwei bis fünf Stunden andauern.

E. 5.6

.4

Schliesslich wurde der Beschwerdeführer im Jahr 2001 in der C.____

eingehend beruflich abgeklärt. Im Schlussbericht vom 11. Juni 2001 wurde festgestellt, dass er über gute praktische Fähigkeiten verfüge, explizit ohne Einschränkungen im mittel- oder feinmotorischen Bereich. Einzig das Arbeitstempo müsse noch trainiert werden. Er habe je nachdem mit oder ohne Handschuhe gearbeitet, ohne dass Probleme mit der rechten Hand aufgetreten seien

–

ausgenommen bei einer mechanisch belastenden manuellen Schleifarbeit im Holzbereich mit verstärkter Staubexposition. Als nicht mehr zumutbar erachtet wurden deshalb nur die Hände stark belastende Tätigkeiten wie Bauarbeiten. In mechanisch/chemisch nicht stärker belastenden auch manuellen Tätigkeiten, die in trockenem und «nicht extrem» staubigem Arbeitsmilieu verrichtet würden, sei er ganztags einsetzbar gewesen, ohne dass es zu relevanten Zustandsverschlechterungen seitens des Handekzems gekommen sei. Ihm sei dabei die Möglichkeit für regelmässige Salbenapplikationen eingeräumt und er sei angewiesen worden, vermehrt die linke Hand einzusetzen (Urk. 9/32/140 und 9/32/144).

Geeignet seien z.B. Kontroll- und Überwachungsarbeiten (Fließbandarbeit, Anlagen- und Parkplatzüberwachung), Maschinen- und Automatenbedienung, bestimmte Chauffeur Tätigkeiten, leichtbelastende Tätigkeiten im Metall-/Montagebereich (Urk. 9/32/142 und 9/32/144).

E. 5.6.5

Demnach wurden die Einschränkungen infolge des Handekzems bereits vor der Berentung eingehend sowohl medizinisch als auch seitens der beruflichen Fachleute

abgeklärt und zwar in Kenntnis des Arbeitsversuchs in der B.____. Dieses bereitet dem Beschwerdeführer zudem seit langer Zeit keine Probleme mehr, wobei Dr. L.____

bereits im März 2000

vorausgesagt hatte, es sei fast sicher mit einer Spontanremission des Leidens zu rechnen (Urk. 9/32/247). Damals ergab sich aus dermatologischer Sicht, dass schwere körperliche Arbeiten, allenfalls auch grobmanuelle, sowie Arbeiten im Nassen, in extrem trockener oder extrem staubiger Umgebung für den Beschwerdeführer nicht geeignet seien. In angepasster Tätigkeit erwies sich der Beschwerdeführer als ganztags arbeitsfähig. Dass sich seine Haut seither verschlechtert hat, wird vom Beschwerdeführer selbst nicht behauptet. Als wesentlich wurde dannzumal zudem eine psychosomatische Komponente beim Heilungsverlauf gesehen. Dies bestätigt auch die Tatsache,

dass die nun seit Jahren vom Beschwerdeführer ausgeübte und zeitlich zunehmend ausgedehnte Tätigkeit (Gartenarbeiten, unter anderem Sträucher schneiden, Garage aufräumen, im Winter draussen Schnee

räumen, vgl. Urk. 9/65/3, 9/65/6 und 9/141/33 f.) wohl nicht als besonders handschonend zu bezeichnen ist und dennoch keine dermatologischen Komplikationen aktenkundig sind.

E. 5.7.1

Schliesslich berichtete Dr. H.____ erstmals im April 2008 über einen linksbetonten Tinnitus, bestehend seit dem Jahr 2004. Dazu legte sie den Bericht der M.____ des A.____, verfasst am 31. März 2006 von Prof. Dr. med. N.____, bei. Demnach klagte der Beschwerdeführer seit einigen Jahren über ein zunehmendes Motorengeräusch in beiden Ohren, seit drei Monaten links akzentuiert mit neuer Pfeiftonkomponente. Das Geräusch sei vor allem nachts störend. Es bestünde an Einschlaf- und Durchschlafstörungen. Tagsüber sei das linksseitige Ohrengeräusch ebenfalls erheblich störend. Diagnostiziert wurden ein knapp kompensierter idiopathischer Tinnitus aurium sowie der Verdacht auf eine zusätzliche lärmtraumatische Tinnituskomponente links. Als Therapie bezeichnete Prof. N.____

in erster Linie eine optimale fachpsychiatrische Betreuung als opportun. Für ein aufwändiges Tinnitus-Management (Tinnitus-Retraining-Therapie, Noiser etc.) seien die Voraussetzungen zurzeit nicht sehr günstig. Ebenso wenig für zusätzliche Medikamente oder gar eine operative Mittelohrexploration. Er bitte um erneute Zuweisung, soweit man aus fachpsychiatrischer Sicht vermehrt otologisch aktiv werden sollte (Urk. 9/66/8).

Dem Verlaufsbericht von Dr. H.____ vom 28. Februar 2017

ist zu entnehmen, dass bei ansonsten unverändertem Gesundheitszustand der Tinnitus leicht gebessert habe (Urk. 9/126/1).

Eine weitere Konsultation bei einem Hals-Nasen-Ohren-Spezialist erfolgte nicht.

E. 5.7.2

Der bereits im Jahr 2006 als kompensiert

und aus otologischer Sicht nicht als behandlungsbedürftig beurteilte

Tinnitus hat sich also noch leicht gebessert. Im Übrigen dürften auch bei den Gartenarbeiten gewisse motorisierte Geräte, z.B. Rasenmäher oder Motorsäge, zum Einsatz kommen. Dabei ist es dem Beschwerdeführer grundsätzlich auch zumutbar, einen Lärmschutz zu

tragen . Selbst wenn davon auszugehen ist, dass sehr lärmbelastete Arbeitsplätze nicht zu empfehlen sind, bestehen bei einem « kompensierten » Tinnitus keine Anhaltspunkte für eine massgebliche Beeinträchtigung in der beruflichen Leistungsfähigkeit (wie auch im privaten Leben) . 6.

Die Gutachter der Z.____ berücksichtigten damit alle vorrangig geklagten Beschwerden, setzten sie sich mit den wesentlichen Vorakten auseinander und

begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar . Zudem erweist sich die gutachtliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 100 % ab Januar 2009 respektive 80 % ab September 2014 im Rahmen der Standardindikatoren-Prüfung als plausibel.

Wie von den Gutachtern angedeutet, ist das von ihnen definierte zumutbare Belastungsprofil (keine emotional belastenden Tätigkeiten oder solche mit «besonderem» Zeitdruck) aufgrund der in den Vorakten eingehend abgeklärten Handbeschwerden dahingehend einzuschränken, dass schwere körperliche und grobmanuelle Arbeiten sowie Arbeiten im Nassen, in extrem trockener oder

extrem staubiger Umgebung für den Beschwerdeführer nicht geeignet sind. Eine

somatisch bedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht besteht nicht , zumal der Beschwerdeführer in der beruflichen Abklärung (und übrigens auch in seiner jetzigen Tätigkeit)

entsprechende Arbeiten ohne Zunahme der Handbeschwerden ganztags ausführen konnte . Nicht empfehlenswert sind aufgrund der Vorakten wohl auch mit grossem Lärm verbundene (subjektiver Tinnitus) und vermehrt in gebückter Haltung (Kopfweh) ausgeübte Tätigkeiten. Die seit Jahren konstant geringfügigen zusätzlichen Beschwerden erfordern kein dermatologisches oder otologisches

Konsil , zumal in entsprechend angepassten Tätigkeiten in diesem Zusammenhang keine Leistungseinbussen zu erwarten sind, die eine interdisziplinäre Diskussion erfordern würden. 7.

7.1

7.1.1

Wie eingangs erwähnt, brachten die Parteien im Vergleich zum Rückweisungsentscheid keine neuen Argumente in Bezug auf die Festsetzung der Vergleichseinkommen vor. Für das ab Januar 2009 geltende Valideneinkommen von Fr. 68'351.-- kann daher auf die Erwägungen 4.4.3 und 4.4.4 in der Rückweisungsentscheid vom 28. Oktober 2016 verwiesen werden (Urk. 9/116/11 ff.). Nachdem nun feststeht, dass der Beschwerdeführer ab jenem Zeitpunkt in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig gewesen wäre, ist das Invalideneinkommen nicht anhand des damals effektiv erzielten Verdienstes , sondern anhand eines

Tabelleinkommens

festzulegen . Einerseits schöpfte er mit seiner damaligen Tätigkeit seine Arbeitsfähigkeit, vor allem in den Wintermonaten, nicht aus. Andererseits wurde zu seinen Gunsten schon in der Rückweisungsentscheidung rörtert, dass unklar ist , inwiefern das aktuelle Einkommen einen Anteil Soziallohn enthält (Erwägung 4.5.3 in der Rückweisungsentscheid, Urk. 9/116/11 ff.) und ob das Tätigkeitsprofil dem zumutbaren Belastungsprofil entspricht (Erwägung 5.5.4

im Rückweisungsentscheid, Urk. 9/116/

E. 10

f.).

5.3.4

In den Folgejahren

wurden die Kopfschmerzen nur noch spärlich dokumentiert.

Dr. Y.____ erklärte im März 2006, der Beschwerdeführer beklage ständigen Druck im Kopf, rezidivierende migräneförmige Kopfschmerzexazerbationen von Stunden bis Tagen mit Nausea etc. (Urk. 9/59/3).

Dr. H.____ beschrieb im April 2008 tägliche Kopfschmerzen und schwere Kopfschmerzattacken mit Licht- und Lärmintoleranz bis zu dreimal wöchentlich. Der Beschwerdeführer werde mit Replax 80 mg behandelt und nehme dies e

wöchentlich drei - bis viermal ein. Zudem besuche er eine Physiotherapie und mache regelmässig Heimübungen (Urk. 9/66/3 f.).

Ein Monat später berichtete Dr. Y.____

über chronische Nacken- und Kopfschmerzen bzw. eine Migräne, die ca. acht- bis zehnmal monatlich exazerbierten und die Einnahme eines Triptan-Präparats notwendig machten. So nehme der Beschwerdeführer aktuell ca. acht- bis zehnmal monatlich Replax 80 mg ein (Urk. 9/69/1). Im Bericht vom Dezember 2013 gab die Hausärztin bei unveränderter Beschwerdeschilderung das geringerdosierte Replax 40 mg an (Urk. 9/83/7). Indes teilte Dr. Y.____ die Einnahme von neun- bis zwölfmal Replax 80 mg pro Monat im Bericht vom 15. April 2014 mit. Dabei wies auch er darauf hin, dass der Beschwerdeführer die Arbeit oft in gebückter Haltung ausführen müsse, was zu Schmerzen im Zervikal-Bereich sowie ausstrahlenden Kopfschmerzen führe (Urk. 9/87/2). Im Bericht vom 28. Februar 2017 erwähnte Dr. H.____

eine Medikation mit Eletriptan 40 mg. Ferner wies sie auf den erneuten Besuch einer Physiotherapie bei ausgeprägten Myogelosen im Schulter-/Nackengebiet hin (Urk. 9/126/4). 5.3.5

In der

neurologischen Untersuchung in der Z.____ im August 2017 gab der Beschwerdeführer an, nicht jeden Tag Kopfschmerzen zu haben. Bei Wetterwechsel und vor allem bei Nervosität sei er anfälliger. Er habe ca. vier bis fünf Migräneattacken pro Monat, in « ganz schlechten Zeiten » auch einmal zwei bis drei pro Woche. Bei Auftreten von Kopfschmerzen könne er die Arbeit früher niederlegen, an ganz schlechten Tagen gehe er gar nicht zur Arbeit. Die Attacken würden zwei bis fünf Stunden anhalten und recht gut auf Replax und Bettruhe ansprechen (Urk. 9/141/57).

Die Gutachterin schlussfolgerte sowohl mit Bezug auf die Gegenwart als auch die Vergangenheit, die Arbeitsfähigkeit sei aus rein neurologischer Sicht nicht eingeschränkt, zumal die Migräne als attackenartig auftretende Symptomatik keine dauernde Einschränkung begründe. Während der Migräneattacken sei der Beschwerdeführer als vorübergehend arbeitsunfähig einzuschätzen (Urk. 9/141/61).

In der psychiatrischen Begutachtung wurde erläutert, dass die bei einer psychogenen Schmerzüberlagerung prinzipiell in Frage kommende Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung nach ICD-10: F45.4 nicht vorliege, da zum einen diese Diagnose nur gestellt werden dürfe, wenn psychosoziale Belastungen oder emotionale Konflikte die Hauptursache sowohl für Entstehung als auch den Verlauf der Schmerzsymptomatik seien, was beim Beschwerdeführer nicht anzunehmen sei. Darüber hinaus setze jene Diagnose einen erheblichen Mindestschweregrad im Sinne eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes voraus. Ein Schmerz dieses Ausmasses liege beim Beschwerdeführer nicht vor. Die «mäsig ausgeprägte» psychogene Schmerzüberlagerung unterhalb des Schweregrades der Diagnose von ICD-10: F45.4 sei schwierig abzubilden. Am ehestens komme eine somatoforme Schmerzstörung, nicht näher bezeichnet, nach ICD-10: F45.9 in Frage (vgl. ferner Urk. 9/141/50 und 9/141/52). 5.3.6

Schliesslich legte Dr. I.____ in ihrer Stellungnahme vom 17. Mai 2018 als neu behandelnde Fachärztin für Neurologie

dar, der Beschwerdeführer spreche gut auf Eletriptan 40 mg an und nehme davon seit ca. 15 Jahren wöchentlich 3 bis 5 Tabletten. Sie glaube daher, dass er neben der Migräne ohne Aura und dem Zervikalsyndrom (bei bis zu 20 Tabletten pro Monat) auch an medikamentös induzierten Kopfschmerzen leide. Sie empfahl folglich, einen Kopfschmerzkalender zu führen und die Triptane durch Analgetika zu ersetzen. Der Beschwerdeführer sei in seiner Arbeitsfähigkeit glaubhaft eingeschränkt und habe wegen der Kopfschmerzen häufige Absenzen. Mit 50 % arbeite er glaubhaft am oberen Limit, wobei nebst der neurologischen Symptomatik sicher auch die psychische Situation mit depressiver Episode mitbestimmend sei. Im Gutachten der Z.____ seien die Kopfschmerzen zu wenig gewürdigt worden, so stehe z.B. nichts über den enorm hohen Triptane - Gebrauch (Urk. 18/5). 5.4.1

Zu den Kopfbeschwerden ist den Akten damit zusammengefasst zu entnehmen, dass erstmals von Dr. D.____

im Jahr 2005 – mithin also zehn Jahre nach dem Unfall sowie fünf Jahre nach Beginn einer psychiatrischen Behandlung (Urk. 9/32/121), aber nur wenige Monate nach Aufnahme der jetzigen Tätigkeit (Urk. 9/27/2)

– eine fachärztliche

Therapie installiert wurde. Eine erste Abklärung fand allerdings schon im Januar 2003 aufgrund einer Beschwerdezunahme in den Vormonaten statt.

Es ist daher mehr als plausibel, dass bei diesem Beschwerdebild eine psychogene Überlagerung im Vordergrund steht. Aus den anschliessenden Berichten von Dr. Y.____ und Dr. H.____

ergibt sich, dass die prophylaktische Behandlung bald wieder aufgegeben wurde. Dabei wird eine Prophylaxe allgemein bereits bei mehr als drei Anfällen pro Monat oder einer ausgeprägten Beeinträchtigung der Lebensqualität empfohlen. Hierfür hätten auch verschiedene Optionen offen gestanden, wobei gerade die Wirksamkeit von SSRI -Antidepressiva wie Sertralin in diesem Zusammenhang fraglich ist (vgl. Therapieempfehlungen für primäre Kopfschmerzen, herausgegeben von der Schweizerischen Kopfwehgesellschaft [SKG], 9. Aufl. 2014, S. 9 ff., abrufbar im Internet unter www.headache.ch). Der Wechsel auf ein geringer dosiertes Eletriptan -Präparat

irgendwann zwischen 2008 und 2013 legt

zudem

eine Reduktion auch der Anfalls-Medikation nahe, zumal gemäss der im Internet abrufbaren Fachinformation des Arzneimittel-Kompodiums der Schweiz (www.compendium.ch) in klinischen Studien eine positive Wirkung einer zweiten Tablette Replax 40 mg innert 24 Stunden nur im Fall eines Rezidivs, nicht aber bei Nichtansprechen auf die erste Tablette innert zwei Stunden nachweisbar war. 5.4.2

Dass die Kopfschmerz-Medikation in den Jahren 2005 bis 2018 fachärztlich somit nicht weiter optimiert, sondern reduziert

wurde und der Beschwerdeführer sein Arbeitspensum im Jahr 2008 ausbaute, stellt einen zunehmenden Leidensdruck bzw. sich gemäss Angaben von Dr. Y.____

leicht häufende Migräneattacken in Frage.

Allerdings führte der

Beschwerdeführer nie ein Kopfschmerztagebuch, d.h. es handelt es sich bei seinen Angaben auch stets

nur um Schätzungen. Zumindest schilderte

Dr. H.____

ein konstantes Maximum von drei Migräneattacken pro Woche.

Umso auffälliger ist, dass die vom Beschwerdeführer

in der Begutachtung angegebene

durchschnittliche Anzahl

der monatlichen Migräneattacken

nun doch deutlich

tiefere

ausfiel.

Erwähnenswert erscheint, dass vor der Begutachtung eine Physiotherapie wegen ausgeprägter Myogelosen im Schulter- und Nackenbereich durchgeführt wurde. Zusammen mit der Tatsache, dass der Beschwerdeführer in der Begutachtung erneut eine gelegentliche Beschwerdezunahme im Verlauf eines Arbeitstages beschrieb und eine Triptan-Medikation letztlich erst nach Aufnahme der jetzigen Tätigkeit an die Hand genommen wurde, spricht deshalb einiges für die von Dr. D.____

und Dr. Y.____

geäusserten Überlegung, dass das Belastungsprofil

der jetzigen Tätigkeit im Gegensatz zur dabei gegebenen zeitlichen Flexibilität

nicht optimal ist. 5.4.3

Hervorzuheben ist schliesslich, dass sich den Vorakten entgegen der Annahme von Dr. I.____

keine

E. 15

Jahre andauernde wöchentliche Einnahme von 3 bis 5 Tabletten mit dem Wirkstoff Eletriptan e ntnehmen lässt . Vielmehr noch bestand im Rahmen der Begutachtung aufgrund der damals angegebenen Häufigkeit der Schmerzexazerbationen , der tief dosierten Tabletten und der Bestätigung auch kopfschmerzfrier Tag e

kein Anhalt für medikamentös-induzierte Kopfschmer zen. Gemäss den vorerwähnten Therapieempfehlungen der SKG, S. 15 , ist

von einer Obergrenze von maximal zehn Einnahmetagen pro Mon at auszugehen . E rst bei mehr Einnahmetagen empfiehlt sich ein vollständiger Entzug der Akutmedi kamente .

Ein allfälliger medikamentös induzierter Kopfschmerz wäre zudem kurzfristig therapierbar und stellt daher kein invalidisierendes Leiden dar. 5.4.4

Die am 1 0. Januar 2019 eingereichten Unterlagen enthalten keine neuen wesent lichen Tatbestandselemente . Die im Bericht aus der Kopfwehsprechstunde vom 7. September 2018 angeführten Hauptdiagnosen sind für den gesamten Zeitraum von

minimal der letzten vier Jahre und teilweise noch länger als mit gleichblei bender Intensität vorhanden beschrieben (Urk. 23/1). In den Patientenangaben ist ebenfalls von «seit ca. 1999» wöchentlich zwei bis drei Mal auftretenden Kopf schmerzen die Rede, davon ein bis zwei Mal monatlich mit Begleiterscheinungen wie Übelkeit samt Erbrechen. Analoges ist der ärztlichen Beurteilung auf Seite 2 des Berichtes zu entnehmen. Schon i n der neurologischen Untersuchung in der Z.____ im August 2017 hatte der Beschwerdeführer in fast identischer Weise er klärt , nicht jeden Tag Kopfschmerzen zu haben. Er erleide ca. vier bis fünf Migräneattacken pro Monat, in «ganz schlechten Zeiten» auch einmal zwei bis drei pro Woche (Urk. 9/141/61).

Dr. H.____

nahm ein konstantes Maximum von drei Migräneattacken pro Woche an . Der Bericht aus der Kopfwehsprechstunde beschreibt ebenfalls zwei bis drei wöchentliche Kopfschmerzattacken. Er bestätigt

somit im Wesentlichen die bisher schon gewonnenen Erkenntnisse und führt zu keinen neuen. Den Kopfwehkalender hat der Beschwerdeführer offenbar ab 1 8. Juli 2018 bis Ende Dezember desselben Jahres selbständig geführt, denn

es fehlen alle Angaben, die vom Arzt oder der Ärztin auszufüllen gewesen wären. Das Papier ist daher aus naheliegenden Gründen als Mittel zur Objektivierung des Sachverhalts nicht geeignet. Eine Auseinandersetzung mit dessen Inhalt erübrigt sich deshalb. Demnach kann in verfahrensrechtlicher Hinsicht auch darauf ver zichtet werden, die Eingabe samt Beilagen der Beschwerdegegnerin zur freie stellten Vernehmlassung zuzustellen.

E. 20

1 7 (Urk. 9/141/64 und 9/126/4) noch verschriebene seifenfreie Waschlotion mit rückfettender und desinfizierender Wirkung (Procutol) und Fucidin H Crème (bereits damals ohne Angaben zur Häufigkeit der Applikation).

E. 24

). Es kann deshalb nicht unbesehen auf ein Vollzeitpensum hochgerechnet werden. Wird dem Invalideneinkommen die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE) des Jahres 2008, Tabelle TA1, Ziffer 1-93, Anforderungsniveau 4 für Männer zugrunde gelegt, ergibt sich für ein Vollzeitpensum unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden ein Betrag von Fr. 59'979.-- (= Fr. 4'806.-- : 40 x 41.6 x 12).

Der Invaliditätsgrad betrug demnach zwischen Januar 2009 und September 2014 rund 12 % . 7.1.2

Zur Berechnung des ab Oktober 2014 geltenden Valideneinkommens von Fr. 70'706.-- ist auf Erwägung 4.5.2 im Rückweisungsentscheid zu verweisen (Urk. 9/116/14 f.). Das Invalideneinkommen ist für das gemäss aktueller Begutachtung zumutbare 80%-Arbeitspensum gestützt auf die LSE 2012, Tabelle T1_skill_level, Ziffer 5-96, Kompetenzniveau 1 für Männer unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden sowie der Nominallohnentwicklung für Männer auf Fr. 53'524.-- festzusetzen (vgl. Erwägung 4.5.3 im Rückweisungsentscheid). Es resultiert ein Invaliditätsgrad von 24 % . 7.2.7.2.1

Am Ergebnis eines nicht

rentenbegründenden Invaliditätsgrades würde sich für beide Zeiträume bei weitem nichts ändern, würde jeweils auf den der Nominallohnentwicklung angepassten Höchstlohn bei der O.___ , erzielt

im Jahr 1998 , abgestellt (vgl. E. 4.4.5 und 4.5.2 im Rückweisungsentscheid: ab Januar 2009 Fr. 72'365.-- und ab Oktober 2014 Fr. 74'858.--). 7.2.2

Mit Bezug auf den leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, die unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel « leidensbedingter Abzug » grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_366/2015 vom 22. September 2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_826/2015 vom 13. April 2016 E. 3.2.1).

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 betrifft (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 ebenfalls nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte bis mittelschwere 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).

Ein leidensbedingter Abzug

für vereinzelte kopfschmerzbedingte Ausfälle und das in E. 6 zusammengefasste Belastungsprofil ist in einer Gesamtschau diskutabel. Unter den vorstehenden Gesichtspunkten kann aber kein sehr hoher (und nur ein solcher wäre vorliegend überhaupt rentenrelevant) Abzug gewährt werden. Einerseits steht dem Beschwerdeführer trotz der Handbeschwerden ein grosses Spektrum an Hilfstätigkeiten offen, wobei er sich auch als handwerklich geschickt erwies

(vgl. E. 5.6.4). Andererseits sind

die in der Begutachtung angegebene Häufigkeit und Dauer der ganz schlimmen Kopfbeschwerden relativ gering. An dieser Stelle ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische und die Kopfschmerzbehandlung bei Bedarf noch stark intensiviert werden können. 7. 3

Abschliessend ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer in den Jahren 2010 bis 2013 bereits bewiesen hat, dass er ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen kann. Aufgrund des Gutachtens der Z.____ steht nun fest, dass er hierbei nicht über das ihm Zumutbare hinaus arbeitete. Er in gleiches bzw. leicht höheres Arbeitspensum in dieser Tätigkeit traut er sich denn auch nach wie vor zu und ist offenbar (erneut oder immer noch) für drei Arbeitgeber tätig (vgl. Urk. 9/120 und 9/141/45). Im Übrigen lässt sich das im Winter im Vergleich zum Sommer viel tiefere Einkommen nicht gesundheitlich, sondern einzig mit den Schwankungen bei den saisonal bedingten Arbeiten begründen. 8.

Zusammenfassend ist also nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung einen Rentenanspruch ab Januar 2009 verneint bzw. die Rente rückwirkend auf diesen Zeitpunkt aufgehoben hat. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 9.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- festzusetzen. Die Kosten sind entsprechend dem Verfahrensausgang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Oskar Gysler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage der Doppel von Urk. 22 sowie 23/1-2 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 SpitzBonetti

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