

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00503 vom 1. Januar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00503

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00503 du 1 janvier 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00503 del 1 gennaio 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, ist seit Oktober 1993 bei der Y.____ als angelernter Bauspengler tätig (Urk. 9 /2 Ziff. 5.4). Unter Hinweis auf unfallbedingte Kniebeschwerden meldete sich der Versicherte am 6. Februar 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9 /2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog Akten des Unfall- und Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 9 /6; Urk. 9 /8, Urk. 9 /18, Urk. 9 /28). Mit Mitteilung vom 15. Dezember 2014 (Urk. 9/ 43) schloss die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung ab und prüfte hernach den Rentenanspruch.

Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 9 /61; Urk. 9 /65-66, Urk. 9 /70) holte die IV-Stelle weitere medizinische Berichte und schliesslich ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 25. August 2016 erstattet wurde (Urk. 7/92). Nach der Durchführung eines weiteren Vorbescheidverfahrens (Urk. 9/110; 9/113) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 25. April 2018 von August 2013 bis und mit November 2014 eine ganze Rente zu (Urk. 9/139-141 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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

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

E. 1.3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtssprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.6

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 1.7

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, 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). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden 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).

E. 1.8

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 Aktivitätsniveaus 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). 2.

E. 2

8. Mai 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 25. April 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei teilweise aufzuheben, es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm über den 30. November 2014 hinaus eine Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei er durch das Gericht medizinisch begutachten zu lassen, subeventuell sei die Sache zwecks Neubegutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 5. Juli 2018 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 7. Juni 2019 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere das polydisziplinäre Gutachten der Z.____ vom 25. August 2016 (Urk. 9/92), davon aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. Juni 2012 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei. Mit Gutachten vom 25. August sei die gesundheitliche Situation erneut überprüft worden. Die Tätigkeit als Bau spengler sei nicht mehr zumutbar. Nach Ablauf der Wartezeit bis zum August 2014 habe der Beschwerdeführer auch keiner anderen Tätigkeit nachgehen können. Somit bestehe ein Invaliditätsgrad von 100 % nach Ablauf des Wartejahres am 1. Juni 2013. Der Anspruch auf eine ganze IV-Rente entstehe jedoch frühestens sechs Monate nach der Anmeldung. Die Anmeldung sei am 7. Februar 2013 eingegangen, wonach der Rentenanspruch per 1. August 2013 entstehe. Ab September 2014 sei dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit zu einem Pensum von 100 % zumutbar. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % resultiere ein Invaliditätsgrad von 18 %, womit ab Dezember 2014 kein Anspruch auf eine Invalidenrente mehr bestehe (S. 2). Die von April bis Mai 2015 bestandene Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit sei aufgrund der kurzen Dauern nicht zu berücksichtigen (S. 3 oben). Aus den eingegangenen Arztberichten würden sich keine weitergehenden Einschränkungen für angepasste Tätigkeiten ergeben. Auch aus den neuen Arztberichten würden sich aus somatischer Sicht keine neuen Erkenntnisse ergeben. Die beschriebene Knieproblematik

habe sich wohl verschlimmert, ändere jedoch nichts an dem bereits beschriebenen Belastungsprofil . Im Verlaufe des Aufenthaltes im Sanatorium A.____ sei es zu einer deutlichen Zustandsbesserung gekommen. Eine länger andauernde Beeinträchtigung sei aus psychiatrischer Sicht nicht vorhanden (S. 3 Mitte).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) auf den Standpunkt, der psychiatrische Zustand habe sich seit der Z.____ Begutachtung offenkundig verschlechtert und sowohl die behandelnden Ärzte als auch der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) würden für berufliche Massnahmen von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgehen (S. 7 ff.). Zwischenzeitlich absolviere er ein vom Sozialamt vermitteltes Arbeitsprogramm, wobei sich zeige, dass nicht nur das Stehen, sondern auch das Sitzen Beschwerden im Sinne von wiederholten und regelmässigen erheblichen Reizzuständen und mit teilweise erheblicher Ergussbildung vor allem im rechten Knie zeige. Entgegen der damaligen Beurteilungen der Z.____ Gutachter könne die Arbeitsfähigkeit in der Praxis aufgrund der Beschwerden nicht zu 100 % umgesetzt werden, sondern gemäss Dr. B.____ nur zu maximal 50 % . Zumal widerlegt sei, dass praktisch eine Umsetzung der Arbeitsfähigkeit von 100 % zumutbar sei, könne der somatische Zustand - zumindest was die beidseitige Knieproblematik betreffe - mit den Beurteilungen der Z.____ Gutachter nicht mehr abschliessend geklärt werden. Auch in somatischer Hinsicht könne höchstens von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden (S. 10). Seit Sommer 2016 hätten sich relevante Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben, weshalb nicht mehr auf die Beurteilungen der Z.____ Gutachter abgestellt werden könne (S. 10 unten). Weiter sei an den Sachverhaltsabklärungen zu bemängeln , dass keine Beurteilung der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 und 143 V 418 vorgenommen worden sei (S. 11 unten). Insgesamt habe das Z.____ Gutachten für den aktuellen Leistungsentscheid kein Beweiswert mehr (S. 12 Mitte).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verhält und ob die Rentenbefristung rechtens war. 3. 3.1

Dr. med. C.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , Spital D.____ , nannte im Bericht vom 17. März 2014 (Urk. 9/32/5-6) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte) : - Pseudoarthrose nach Korrektur-Osteotomie medial open wedge Tibia rechts bei medialer osteochondraler Läsion medialer Femurdondylose und Status nach Microfracturing - kein Korrektur-Verlust in der Achsenkorrektur - Status nach arthroskopischer Teilmenisektomie , Meniskusnaht, Knorpel débridement und Microfracturing nach Steadman 13. August 2012 - Status nach Knie-Distorsions-Trauma bei der Arbeit - chron. Nikotinabusus

Dazu führte er aus, der Beschwerdeführer

habe bei der Arbeit ein Distorsions-Rotationstrauma des rechten Kniegelenkes erlitten . Bei persistierenden Beschwerden und Arbeitsunfähigkeit sei er zu ihm in die Sprechstunde zugewiesen worden . Bei persistierenden Beschwerden und Unmöglichkeit der Wiederaufnahme der Arbeit als Bauspengler

sei am

5. April 2013 das Knie rechts nochmals operiert worden . Es sei eine diagnostische Kniearthroskopie und anschliessend eine Valgisationsosteotomie zur Entlastung des degenerativ veränderten, medialen Kompartimentes durchgeführt worden . Leider sei es auch hier zu einem protrahierten Verlauf gekommen ohne Erreichen der Arbeitsfähigkeit . Es bestünden Schmerzen im Bereich des medialen Kompartimentes und der proximalen Tibia. Eine vollständige Stockentwöhnung sei nicht möglich. Die Durchführung des CTs zeige eine Pseudoarthrose im Bereich der Valgisationsosteotomie . Glücklicherweise sei kein Korrekturverlust im Bereich der Achsenkorrektur erfolgt. Geplant sei aufgrund der Beschwerden die erneute Arthroskopie, das Anheilen der Kapsel mittels Microfracturing , allenfalls Decken des Defektes mit einer Chondro -Gide Membran, das Anfrischen der sklerosierten Ränder nach Valgisationsosteotomie , Einbringen von Knochen vom Beckenkamm und erneute Fixation mit einer Platte. Präoperativ sollte der Patient nach Möglichkeit seinen Nikotinkonsum massiv reduzieren. Dies steigere die Heilungschancen und den knöchernen Durchbau bei den hohen Tibia-Osteotomien (S. 1 Ziff. 1.4) . Der Beschwerdeführer

sei seit der Knieoperation vom 13. August 2012

zu 100 %

arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6) .

Die Kniebeschwerden seien das Hauptproblem. Neben dem schmerzhaften rechten Knie äussere der Beschwerdeführer auch immer wieder Schmerzen im linken Knie. Zusätzlich bestünden psychische Probleme seit dem Verlust der Arbeitsstelle durch Konkurs der Firma. Er sei als Bauspengler tätig gewesen (S. 2 Ziff. 1.7) .

Die Re-Operation sei

notwendig, um eine stabile Situation unterhalb des Tibiaplateaus zu erreichen, auch für eine allfällige spätere prothetische Versorgung (S. 2 Ziff. 1.8) . Er empfehle aufgrund des Alters des Beschwerdeführers eine Umschulung. Der Beschwerdeführer sei eigentlich sehr motiviert und sicherlich fähig, eine andere Tätigkeit zu erlernen, welche nicht so belastend für seine Kniegelenke sei (S. 2 Ziff. 1.9) . 3.2

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 24. September 2014 (Urk. 9/39) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 12. April 2014 (Ziff. 1.2) und nannte als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und einen Status nach mehreren Knieoperationen rechts mit Folge einer reaktiven Depression (Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer klagt über Schmerzen und die verschiedenen Knieoperationen, habe Zukunftsängste mit zum Teil reaktiver depressiver Entwicklung, welche sich mit Einschlafstörungen zeige (Ziff. 1.4). Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsunfähig (Ziff. 1.6). 3.3

Dr. C.____ (vorstehend E. 3.1) berichtete am 5. Januar 2015 (Urk. 9/45/5-7) von einem stationären Gesundheitszustand und einem erneut verzögerten knöchernen Durchbau nach Re-Osteotomie proximale Tibia mit Anfrischen der sklerosierten , nicht durchgebauten Knochenareale, Beckenkamminterposition und erneuter Tomofixplatte am 16. Mai 2014 (Ziff. 1.1-2) . Aus orthopädischer Sicht besteht sicher ein sehr protrahierter ungünstiger Verlauf. Der Beschwerdeführer

sei starker Raucher. Bekanntlicherweise

sei beim Beschwerdeführer mit Problemen bei Osteotomien an den unteren Extremitäten zu rechnen. Der Beschwerdeführer

habe den Nikotinabusus perioperativ leider nie vollständig stoppen können . Auch nach dem zweiten Eingriff im Mai 2014 scheine ein verzögerter Durchbau statt zu finden. Glücklicherweise bestehe keine Lockerung des Osteosynthesematerials . Für die Plattenentfernung sei es aber noch zu früh. Der Beschwerdeführer

habe immer noch belastungsabhängige Schmerzen auf der Innenseite des Kniegelenkes im Bereich der

Tibia. Eine Belastung des Beines im Stehen oder Gehen sei für 200 - 300 m möglich ohne Stöcke, längere Gehstrecken seien ohne Stöcke noch nicht möglich. Zu Hause lasse er die Stöcke jetzt häufiger weg. Er besuche regelmässig die Physiotherapie. Das Velofahren gehe recht gut. Das Kniegelenk selber zeige keine Reizergüsse. In der Spect -CT Untersuchung schein e der mediale Femurkondylus ruhig. Die Schmerzursache schein e also vor allem im Bereich der Osteotomie zu liegen soweit dies so eingegrenzt werden könne . Auch längeres Sitzen sei nur bedingt möglich. Inwieweit hier neben der Knieproblematik andere Probleme eine Rolle spielen ,

sei schwierig zu beurteilen. In einer wechselbelastenden Tätigkeit (Sitzen, Stehen, Gehen) wäre der Beschwerdeführer wahrscheinlich zwei bis drei Stunden maximal arbeitsfähig, soweit dies von der psychiatrischen Seite denkbar sei (Ziff. 2.1) .

Leichtere Arbeiten mit Heben von Gewichten bis maximal

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).

E. 10

Dr. med. B.____ (vorstehend E. 3.7) führte im Bericht vom 10. Oktober 2017 (Urk. 9/123) aus, der Beschwerdeführer habe ihn um einen Zwischenbericht gebeten. Nach einem mehrwöchigen Klinikaufenthalt im Sanatorium A.____ habe sich der Beschwerdeführer wieder bei ihm gemeldet wegen massiver Knie schmerzen rechts mit Ergussbildung (Reizerguss mit wenig Zellen, kein Kristall nachweis). Am 5. September 2017 sei deshalb eine weitere MR-Untersuchung des rechten Kniegelenks mit Nachweis eines komplexen Risses im Hinterhorn des medialen Meniskus sowie tiefer Knorpeldefekten am medialen Femurkondylus sowie trochleär erfolgt. Das laterale Kompartiment sei weitgehend unauffällig.

Anlässlich der Folgekonsultation vom 9. Oktober 2017 habe der Beschwerdeführer über eine weitere Zunahme der Beschwerden (zeitweises Gehen mit Vorderarmstöcken) berichtet . Es bestehe ein stark hinkendes Gangbild, eine schmerz hafte Knie-Flexion und

-Extension, jedoch kein relevanter Schmerz bei Flexion unter Varusstress (Osteonekrose eher unwahrscheinlich). Wenig Erguss im oberen Rezessus .

Die Situation von Seiten des rechten Knies werde therapeutisch immer schwieriger, das Ansprechen auf NSAR (Titur

retard) werde immer unbefriedigend. Zumindest aufgrund des klinischen Bildes sei eine Verschlechterung der Situation nicht zu übersehen. Sollten die Beschwerden weiter zunehmen, müsste (bei Status nach Valgisationsosteotomie 2013) über eine Arthroplastik diskutiert werden. Nebst den Knieschmerzen rechts würden auch linksseitige Knieschmerzen bestehen. Unverändert sei die Schmerzsituation im Bereich der oberen Thoraxapertur links (bei Status nach Thrombose der A. subclavia mit Thrombektomie im April 2015). 3. 1 1

Die Ärzte des Universitätsspital J.____, Klinik für Angiologie, berichteten am 1 1. Oktober 2017 (Urk. 9/129) von einer Verlaufskontrolle und führten aus, der Beschwerdeführer berichte über persistierende postischämische Hypästhesien und Parästhesien der Finger II-V sowie der gesamten linken Hand. Auch die bekannten Oberarm- und Schulterschmerzen links seien weiterhin bestehend, diese seien belastungsabhängig. Zudem klage der Beschwerdeführer über wechselnde Beschwerden bei bekannter Gonarthrose, rechtsbetont (S. 2 oben). Beim Beschwerdeführer bestehe eine generalisierte Arteriosklerose. In der heutigen Untersuchung habe sich eine regelrechte Ruheperfusion sowohl der oberen als auch der unteren Extremitäten gezeigt. Duplexsonographisch hätten sich die Gefässe in der linken Schulter-Arm-Achse arteriosklerotisch verändert ohne hämodynamisch relevante Stenosierungen . Wie bereits im letzten Bericht vom Oktober 2016 beschrieben worden sei, seien die Beschwerden am ehesten als postischämisch bedingt. Es bestehe keine Indikation für eine interventionelle Behandlung (S. 3 unten). 3.1 2

Pract . med. Q.____, RAD, führte in der Stellungnahme vom 1 1. Oktober 2017 (Urk. 9/134/3) unter anderem aus, im Verlaufe des stationären Aufenthaltes im Sanatorium A.____ sei es zu einer deutlichen Besserung des Gesundheitszustandes gekommen. Weiter führte er aus, auch der aktuelle Bericht des Zentrums R.____ und der MRI Befund der Universitätsklinik K.____ würden keine wesentlichen neuen medizinischen Erkenntnisse ergeben, welche nicht letztlich im Rahmen der Begutachtung bereits Berücksichtigung gefunden hätten. Die beschriebene Knieproblematik habe schon zum Zeitpunkt der Begutachtung bestanden, habe sich aktuell wohl verstärkt, sei aber im Rahmen des formulierten Belastungsprofils aus arbeitsmedizinischer Sicht bereits berücksichtigt. Somit erscheine aus arbeitsmedizinischer Sicht das erneute Prüfen von beruflichen Massnahmen angezeigt bei unverändertem Belastungsprofil - zunächst zu Beginn in einem Pensum von 50 % .

In der Stellungnahme vom 1 1. Dezember 2017 (Urk. 9/134/4) führte pract . med. Q.____ weiter aus, die generalisierte Arteriosklerose habe auch bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung bestanden . Es würden veränderte Blutgefässe beschrieben , jedoch ohne hämodynamisch relevante Stenose (Verengung) und es würden keine weiteren medizinischen Therapiemassnahmen empfohlen (Operation oder ähnliches). Somit sei aus versicherungsmedizinischer Sicht von einer unveränderten Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit/Arbeitsfähigkeit im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung auszugehen. Es bestünden keine neu hinzugekommenen Einschränkungen, die Befunde seien stationär und das Kontrollintervall könne verlängert werden.

Es würden sich somit keine Veränderungen in der

versicherungsmedizinischen Beurteilung ergeben. Es bestehe weiterhin aus ärztlicher Sicht die dringende Empfehlung zur Nikotinkarenz. Es handle sich hierbei (Nikotinabusus) um einen starken Risikofaktor für arteriosklerotische Gefäßveränderungen. Daher sei ein entsprechender Rauchstopp aus medizinischer Sicht angezeigt. Eine wesentliche Verbesserung der funktionellen Leistungsfähigkeit sei hierdurch nicht zu erwarten. 4. 4.1

Ausweislich der medizinischen Akten leidet der Beschwerdeführer an degenerativen Veränderungen beider Kniegelenke und erlitt im Rahmen eines Arbeitsunfalls am 7. Juni 2012 ein Knie-Distorsionsstrauma rechts. Die Beschwerden zogen mehrere Operationen am rechten Knie nach sich und führten ab Unfalldatum zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit. Dementsprechend sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ab 1. August 2013 (sechs Monate nach Anmeldung; Art. 29 Abs. 1 IVG) eine ganze Rente zu. Deren Höhe und Beginn sind unbestritten; zu prüfen ist jedoch, ob von einer revisionsrelevanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit per September 2014 auszugehen ist (vgl. vorstehend E. 1.3). 4.2

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das polydisziplinäre

Z. ___ -Gutachten vom 25. August 2016 (vorstehend E. 3.5)

auf für die strittigen Belange umfassenden internistischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen beruht und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt. Sodann wurde es in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung.

Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. So zeigten die Gutachter auf, anhand der klinischen und radiologischen Befunde ergebe sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten, für Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten und mit häufigem Knien, wie sie in der bisherigen Tätigkeit als Bauspengler vorgekommen seien. Eine generelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus diesen Befunden jedoch nicht. Hierzu machten die Gutachter darauf aufmerksam, dass die beidseits vorhandene kräftige Ober- und Unterschenkelmuskulatur sowie die Schwielenbildung über der Tuberositas tibiae des linken Kniegelenkes auf eine weitgehend normale Alltagsaktivität schliessen lassen. Weiter führten sie in differenzierter Weise aus, dass auch aus angiologisch-internistischen Gründen körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten unter Einbezug der linken oberen Extremität nicht mehr infrage kämen und daher für die Arbeit als Bauspengler auch aus internistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Sie führten weiter aus, dass die geklagten persistierenden Schmerzen im Bereich der Schulter und die Missempfindungen im Bereich der linken Hand aus neurologischer Sicht bei unauffälligem neurologischem Befund unklar seien. Weiter führten sie aus, dass eine psychogene Überlagerung anzunehmen sei, wobei der Beschwerdeführer neben der schwierigen wirtschaftlichen Lage auch dadurch psychosozial belastet sei, dass seine Frau wenig Verständnis für ihn bzw. seine krankheitsbedingten Einschränkungen aufbringe. Aufgrund der Schmerzen und der damit verbundenen sozialen Probleme sei es zu einer chronischen depressiven Verstimmung gekommen, welche die Kriterien einer depressiven Episode jedoch nicht erfüllen würde. Die Z. ___ -Gutachter

kamen in ihrer Gesamtbeurteilung zum nach voll ziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Bau spengler zu 100 % dauerhaft arbeitsunfähig sei. In einer leidensangepassten , körperlich leichten Tätigkeit mit vorwiegendem Sitzen und nur gelegentlichem Stehen und Gehen, ohne Knien, ohne Über-Kopf-Arbeiten mit dem linken Arm und nicht auf Leitern und Gerüsten bestehe jedoch ab September 2014 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für nicht emotional belastende Tätigkeiten (vorstehend E. 3.5).

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde sodann einlässlich erörtert, inwieweit aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen oder zu verneinen sei (Urk. 9/92/56-64). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers hat der psychiatrische Gutachter die heute massgebenden Standardindikatoren (vorstehend E. 1. 7-8) in seine Beurteilung weitestgehend einbezogen. Er hat sich einlässlich mit den diagnoserelevanten Befunden und deren Ausprägung auseinandergesetzt und stellte anlässlich seiner fachärztlichen Untersuchung keine psychiatrische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit fest. So ergab der klinische Befund keine kognitiven Beeinträchtigungen, einen geordneten

formalen Gedankengang , keine Wahngedanken, Halluzinationen und illusionäre Verkennungen und keine Störung des Ich- Bewusstseins.

Die Willenskräfte waren ausreichend strukturiert und regelrecht, Ambivalenz und Ambitendenz bestanden nicht, der Antrieb war nicht reduziert . Der Beschwerdeführer zeigte sich in bedrückter Grundstimmung , an Zukunftsängsten leidend, die affektive Schwingungsfähigkeit war nicht beeinträchtigt. Eine Affektlabilität oder Affektinkontinenz, Interessenlosigkeit und ein ausgewiesener Rückzug bestand nicht und es fehlten ebenso Hinweise für eine Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung. Bei den Grundbedürfnissen stellte der psychiatrische Gutachter Ein- und Durchschlafstörungen, einen normalen Appetit und normales sexuelles Interesse fest (vgl. S. 56 f.). Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerz störung verneinte der psychiatrische Gutachter mit nachvollziehbarer Begründung. Aufgrund der Schmerzen und der damit verbundenen sozialen Probleme sei es zu einer chronischen depressiven Verstimmung gekommen. Die Kriterien einer depressiven Episode würden nicht vorliegen und es ergebe sich die Diagnose einer sonstigen anhaltenden affektiven Störung (S. 58 unten). In Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Indikator der diagnoserelevanten Befunde damit als lediglich geringfügig ausgeprägt.

Der psychiatrische Gutachter setzte sich ebenso mit dem Behandlungsergebnis respektive der -resistenz auseinander und hielt hierzu fest, dass seit April 2014 eine ambulante Behandlung erfolge, mit gutem Erfolg (vgl. S. 59 Mitte), und dass die Prognose aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt sei (vgl. S. 60 unten) , was gegen eine erhebliche Ausprägung der Symptomatik spricht. Eine relevante psychische Komorbidität verneinte der psychiatrische Gutachter bei der Herleitung der Diagnosen und hinsichtlich der somatischen Komorbidität wies er daraufhin, dass der Beschwerdeführer an einer Schmerzsymptomatik leide, welche nicht vollständig organmedizinisch erklärbar sei (S. 58 Mitte, S. 59 Mitte).

Zum Aspekt der Persönlichkeit, der persönlichen Ressourcen und des sozialen Kontextes wies der psychiatrische Gutachter darauf hin, dass der Beschwerdeführer von der Persönlichkeit her verträglich, kontaktfreudig und offen sei und keine Hinweise für eine

Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung vorliegen würden. Es bestehe eine schwierige soziale Situation sowie ferner dadurch, dass die Ehefrau des Beschwerdeführers wenig Verständnis für seine gesundheitlichen Probleme aufbringe und ihm wegen der schwierigen finanziellen Situation Vorwürfe mache (S. 59 unten). Einen ausgewiesenen Rückzug stellte der psychiatrische Gutachter nicht fest (vgl. S. 57 Mitte). Hierzu ist zu ergänzen, dass der

Beschwerdeführer in einem intakten Familiengefüge

lebt, ein stolzer Vater eines Sohnes ist, regelmässige Kontakte zu seiner in Zürich lebenden Schwester pflegt, einen weitgehend strukturierten Tagesablauf hat und auch in seine Heimat reist (vgl. S. 54 Mitte).

Der Lebenskontext enthält damit bestätigende, sich potentiell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

Schliesslich äusserte sich der psychiatrische Gutachter auch zur Konsistenz und hielt fest, in der psychiatrischen Untersuchung sei keine klare Äusserung zur Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang eine körperlich leichte Tätigkeit ausgeübt werden könnte, zu erhalten gewesen. In der orthopädischen Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer dahingehend geäussert, dass er sich nicht vorstellen könne, irgendeine Tätigkeit regelmässig auszuführen, was ein deutlich diskrepant zum Aktivitätsniveau in der Freizeit sei. Einen behandlungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck wurde vom Gutachter bejaht (S. 60 oben). 4.3

Die dem Teilgutachten zu entnehmende Begründung vermag nach dem Gesagten - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 9 oben) - den Anforderungen der neuen Rechtsprechung zu genügen, die verlangt, dass das funktionelle Leistungsvermögen anhand einer Reihe von Standardindikatoren (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz, Komorbiditäten, persönliche Ressourcen, sozialer Kontext, Konsistenz auf der Ebene des Verhaltens) zu beurteilen ist (BGE 141 V 281 E. 4.1.3).

Die gutachterliche Beurteilung umfasste somit das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen (vorstehend E. 4.2) und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, er hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist folglich zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das Gutachten abzustellen ist. 4.4

4.4.1

Die von den Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.5), welche zur Zusprache einer befristeten ganzen Invalidenrente von 1. August 2013 bis 30. November 2014 führte (vgl. Urk. 2), wurde vom Beschwerdeführer nicht bestritten. Vielmehr macht der Beschwerdeführer beschwerdeweise geltend, dass zwischen der polydisziplinären Begutachtung und der angefochtenen Verfügung sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht eine Verschlechterung eingetreten ist, weshalb auf die gutachterliche Beurteilung nicht mehr abgestellt werden könne (vgl. Urk. 1 S. 6 ff.). 4.4. 2

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, dass sich der psychiatrische Gesundheitszustand gestützt auf den Bericht über den stationären Aufenthalt im Sanatorium A.____

vom 27. Juli 2017 (vorstehend E. 3.8) erheblich und langandauernd verschlechtert habe, so kann ihm nicht gefolgt werden. Von einer Verschlechterung der psychopathologischen Befunde kann anhand dieses Berichts - wenn überhaupt - nur kurzfristig gesprochen werden. So zeigte sich bei Austritt psychopathologisch eine deutliche Stimmungsaufhellung und Antriebsverbesserung sowie eine Abnahme des Gedankenkreisens, was gegen eine schwere und therapeutisch nicht angehbare und invalidisierende psychische Störung spricht. Trotz Zuweisung in das stationäre Setting zur Diagnostik und Einstellung der antidepressiven medikamentösen Therapie lehnte der Beschwerdeführer eine schmerz distanzierende antidepressive Medikation ab, was gegen einen erhöhten Leidensdruck spricht. Im Rahmen des stationären Aufenthalts standen das depressive Zustandsbild, die sozialen Probleme mit Schuldgefühlen gegenüber seinem Sohn sowie die Schlafstörungen weitgehend im Vordergrund. Eine (längerfristige und erhebliche) Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Vergleich zur früheren und den einschlägigen Indikatoren folgenden gutachterlichen Einschätzung ergibt sich daraus entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers jedoch nicht. Bereits im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung wurde eine bedrückte Grundstimmung respektive chronische depressive Verstimmung, psychosoziale Belastung durch finanzielle Probleme mit Vorwürfen der Ehefrau, Zukunftsängste und Schlafstörungen festgestellt. Schliesslich enthält der Bericht des Sanatoriums A.____ dem Behandlungsauftrag entsprechend nur wenige verlässliche Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Weiter wurde der Anteil der psychosozialen und soziokulturellen Probleme bei der Beurteilung nicht ausgeschieden. Der Bericht vermag damit den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1. 6) nicht zu genügen, zumal der Bericht insbesondere keine genügenden Angaben zu den Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 1.7-8) enthält und über dies nicht von Fachärztinnen der Psychiatrie und Psychotherapie verfasst wurde. 4.4. 3

Soweit der Beschwerdeführer sodann gestützt auf den Bericht von Dr. B.____ vom 5. Mai 2017 (vorstehend E. 3.7) weiter vorbringt, dass der somatische Zustand mit den Beurteilungen der Z.____-Gutachter nicht mehr abschliessend geklärt und höchstens von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausgegangen werden könne (vgl. Urk. 1 S. 9 f.), so vermag auch dies nicht zu überzeugen. So nannte Dr. B.____ in seinen Berichten (vgl. Urk. 3 sowie vorstehend E. 3.7) keine im Vergleich zu früher veränderten Befunde oder Diagnosen, mit welchen er seine anderslautende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und plausibel zu begründen vermag. So wurden in dem von ihm genannten Bericht über eine MRI-Untersuchung des rechten Knies am 4. September 2017 (vorstehend E. 3.9) - im Vergleich zu früheren auch bildgebenden Untersuchungen (vgl. Urk. 9/33/7, so auch Urk. 9/74/4-5) wie auch im Vergleich zu den anlässlich der Begutachtung festgestellten Untersuchungsbefunden (vgl. Urk. 9/92/28-35)

–
kei - ne veränderten Befunde festgestellt. Auch ein Gelenkerguss konnte in der MRI-Untersuchung am 4. September 2017 - im Gegensatz zur Untersuchung durch

Dr. B.____ - nicht festgestellt werden. Bereits anlässlich der gutachterlichen Untersuchung berichtete der Beschwerdeführer über starke Schmerzen -

– sowohl unter Belastung als auch in Ruhe - und eine rezidivierende Schwellneigung der Kniegelenke (vgl. S. 29). Weiter beschrieb auch der orthopädisch- traumato - logische Gutachter ein hin kendes Gangbild und sprach von demonstrierten Knieschmerzen bei Beugung (vgl. S. 32 oben und S. 33 unten). Sodann ging

der orthopädisch-traumatologi sche Gutachter auch dann noch von einer guten Prognose aus, wenn der Ver schleiss beider Kniegelenke im zeitlichen Verlaufe zunehmen und eventuell die Implantation von Kniepro - thesen notwendig sein werde (S. 35 unten). So war e ine Knie totalendoprothese

bereits früher immer wieder ein Thema (vgl. vorstehend E. E. 3.1 und E. 3.3).

Die Tatsache, dass nun Dr. B.____ bei weiterer Zunahme der Beschwerden eine (Hemi-) Arthroplastik

in Betracht zieht, zeigt, dass sich die Beschwerden im Vergleich zu früher und insbesondere zur gutachterlichen Ein schätzung nicht massgeblich verändert haben. Zudem ist anzunehmen, dass eine solche Operation bei entsprechendem Leidensdruck auch vom Beschwerdeführer selbst befürwortet und in Angriff genommen würde.

Der Nachw eis von Schmerzen und ihrer Intensität ist von der Natur der Sache her mit grössten Schwierigkeiten verbunden . Daher gehört es zur Aufgabe des Gut achters, die Glaubwürdigkeit der Schmerzschilderung soweit möglich zu überprü fen und deren Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substantiiert darzulegen. Dazu zählen insbesondere Angaben zum beobachteten Verhalten, Feststellungen über die Inkonsistenz und Vagheit der gemachten Angaben und über Hinweise, welche zur Annahme von Aggravation oder Simulation führen. Da die Qualität des Begutachtungsprozesses weitgehend von der Motivation und Mitarbeit des Exploranden abhängt, hat sich der Gutachter nötigenfalls auch dazu zu äussern (Urteil des Bundesgerichts 8C_802/2007 vom 5. Mai 2008 E. 5.5.3). In dieser Hinsicht verschafft das polydisziplinäre Gutachten gegenüber den Berich ten der behandelnden Ärzte, welche aus therapeutischen Zusammenhängen erstattet wurden , einen entscheidenden Vorteil und vermag auch deshalb zu über zeugen, weil es im Gegensatz zu den bisherigen Berichten eine Gesamtbeurteilung aller gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers erlaubt . Bei der anderslautenden Einschätzung durch

Dr. B.____ ist daher davon auszugehen, dass er sich in seinen Ausführungen im Wesentlichen auf die subjektiven Anga ben des Beschwerdeführer s abstützt . So spricht Dr. B.____ im Bericht vom 1 0. Oktober 2017 auch davon, dass eine Verschlechterung der Situation zumin dest aufgrund des klinischen Bildes nicht zu übersehen sei (vgl. Urk. 3.10). 4.5

Zusammenfassend steht einem Abstellen auf das polydisziplinäre Gutachten des Z.____ (vorstehend E. 3.5) nichts entgegen. Soweit der Beschwerdeführer verlangt, e s sei ein neues Gutachten einzuholen (Urk. 1 S.

E. 12

), kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen). Der Gesundheitszustand und insbesondere die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

Somit ist gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab September 2014 in dem Sinne auszugehen, dass ihm eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist. Der von der Beschwerdegegnerin vorgekommene Einkommensvergleich (vgl. Urk. 2 S. 4 f.) ist nicht zu beanstanden und wird im Übrigen nur hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestritten. Beim resultierenden rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 18 % war die Rentenbefristung per 30. November 2014 somit korrekt.

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5. 5.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden diese jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen, dies mit Hinweis auf §16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). 5.2

Der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin in Stephanie C. Elms, steht bei diesem Verfahrensgang eine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu. Nachdem die unentgeltliche Rechtsvertreterin auf die Einreichung einer Honorarnote verzichtete, ist die Entschädigung ohne Rücksicht auf den Streitwert, nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens (§ 34 Abs. 3 GSVGer) beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 2'200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, wird mit Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
P. Sager

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