

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00582 vom 8. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00582

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00582 du 8 novembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00582 del 8 novembre 2019

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen 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 kom menden 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

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

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einer seits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Inva liditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizi nisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwie gender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.3

Gemäss Art. 28 Abs. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

E. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130

V

343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198

E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 1.6

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).

Hinsichtlich Beweiswert eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser 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 Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134

V

231 E. 5.1; 125

V

351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

unten).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit als PC-Supporter sowie in einer angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig. Für die Festsetzung des Valideneinkommens könne aus näher dargelegten Gründen nicht der im Jahr 2004 erzielte Verdienst herangezogen werden, sondern es sei auf den für die Informationstechnologie beziehungsweise Informationsdienstleistung ermittelten Tabellenlohn abzustellen (S. 3 unten f.). In Anlehnung an einen Prozentvergleich könne der Beschwerdeführer mit der

zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % die Hälfte eines vollzeitlich arbeitenden PC-Supporters verdienen. In der 40%igen Tätigkeit als Netzwerktechniker schöpfe er seine verbliebene Arbeitsfähigkeit nicht voll aus, weshalb der tatsächliche Verdienst nicht als Invalideneinkommen herangezogen werden könne. Ein Abzug vom Tabellenlohn könne nicht gewährt werden, sei aber auch nicht beantragt worden (S. 4 Mitte).

Mit Beschwerdeantwort machte die Beschwerdegegnerin geltend (Urk. 4), die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im psychiatrischen Teilgutachten des Z.____ vermöge aus näher dargelegten Gründen nicht zu überzeugen (S. 2 oben) . Insgesamt seien keine Gründe ersichtlich, weshalb aus psychiatrischer Sicht eine über die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % hinausgehende Einschränkung bestehen soll, weshalb gesamthaft von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % in der angestammten Tätigkeit auszugehen sei (S.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte

sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1) , er habe während der beruflichen Massnahmen nie eine 50%ige Arbeitsfähigkeit erlangt. Dennoch hätten die Z.____-Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert, ohne ihre abweichende Einschätzung zu begründen (S. 4 unten). Es sei von den jahrelangen Erfahrungen während der beruflichen Massnahmen auszugehen, die gezeigt hätten , dass über einen längeren Zeitraum nur eine 40%ige Arbeitsfähigkeit realistisch sei (S. 5 oben).

Für die Festlegung des Valideneinkommens sei zu berücksichtigen, dass er nicht mehr in der relativ tiefen beruflichen Stellung arbeiten würde wie 2004 (S. 7 oben) , und für die Festsetzung des Invalideneinkommens sei das tatsächlich erzielte Einkommen heranzuziehen (S. 7 unten f.).

E. 2.3

Streitig ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers und insbesondere , in welchem Ausmass eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt und

welche Einkommen dem Einkommensvergleich zugrunde zu legen sind.

E. 3.1

Der Beschwerdeführer bezog von April 2005 bis Oktober 2007 eine befristete halbe Rente, wobei ab November 2007 ein Invaliditätsgrad von gut 30 % vorlag (Urk. 5/96 E. 4.3). Nach Lage der Akten fand nach der Rentenaufhebung keine rentenausschliessende Integration statt, weshalb der vorliegende Sachverhalt unter dem Blickwinkel der Rentenrevision zu beurteilen ist.

Zu vergleichen ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der Zusprache der befristeten Rente im Juli 2010 (Urk. 5/84) mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der Zusprache der halben Rente Mai 2018 (Urk. 2) .

E. 3.2

Das Sozialversicherungsgericht stützte sich bei der Beurteilung, ob die Rente des Beschwerdeführers zu Recht bis Oktober 2007 befristet wurde, auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS A.____ vom 5. Juli 2007 (Urk. 5/32/2-23) und auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , vom 8. Oktober

2009 (Urk. 5/55) . Es ging davon aus, dass im Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 70 % vorlag und dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach der Begutachtung durch die MEDAS-Experten bis zum Verfügungserlass am 8. Juli 2010 nicht relevant verändert habe (Urk. 5/96 E. 3.3.1).

E. 3.3

Im Gutachten der MEDAS A.____ vom 5. Juli 2007 (Urk. 8/32) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Ziff. 4.1 S. 17): - Anpassungsstörung mit längerer leichtgradiger depressiver Reaktion (F43.21) in engem Zusammenhang mit dem persistierenden Kopfschmerzsyndrom des Versicherten bei - Status nach

depressiver Episode (Burnout- Syndrom) und - akzentuierter Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (Z73.1) - Erwachsenen-Aufmerksamkeitsdefizit-Störung (ADS) , unter Behandlung mit ConcertaR deutlich gebessert (F90.9)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert nannten die Gutachter folgende Diagnosen (Ziff. 4.2 S 17): - unspezifische Rückenschmerzen - zervikozephalales Syndrom mit migräniformer Komponente - geringgradige Adipositas (BMI 34)

Der Beschwerdeführer klagt heute am meisten über Kopfschmerzen, welche ihn an einer geregelten Tätigkeit hindern. Weiter bestünden Schmerzen im oberen Teil des Rückens sowie zwischen den Schulterblättern linksbetont. Seine seelische Situation bezeichnet er als Desaster und die finanzielle Lage als aussichtslos (Ziff. 3 S. 16 Mitte) .

Zusammenfassend leide der Beschwerdeführer an unspezifischen Rückenschmerzen, welche mit dem Unfall nur möglicherweise, und an chronischen zervikozephalalen Schmerzen, welche mit dem Unfall überwiegend wahrscheinlich zusammenhängen. Beide Beschwerdekomplesse führten hingegen nicht zur Arbeitsunfähigkeit, diese liege in den psychiatrischen Diagnosen Anpassungsstörung (überwiegend unfallbedingt) und ADS (nicht Unfallfolge) begründet (Ziff. 3 S. 16 unten) .

Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage 70 %, einschränkend seien das chronische Schmerzsyndrom, das leicht depressive Syndrom und das ADS. Für jede geeignete Verweisungstätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit ebenfalls 70 % (Ziff. 5.1-2 S. 17) . Die andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe mit dem Unfall begonnen. Aufgrund der Aktenlage und der Schilderung des Beschwerdeführers sei davon auszugehen, dass die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall während längerer Zeit für jede denkbare Erwerbstätigkeit 50 % betragen habe. Seit dem Beginn der Behandlung mit ConcertaR habe sich die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit bis zum Zeitpunkt der MEDAS-Untersuchung auf 30 % vermindert. Auch unter Weiterführung der Heilgymnastik, der Physiotherapie und der ConcertaR -Behandlung sei nicht mit einer markanten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (Ziff. 5.4 S. 18) .

E. 3.4

Im psychiatrischen Gutachten vom 8. Oktober 2009 (Urk. 8/55) diagnostizierte Dr. Y.____ eine Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) des Erwachsenenalters (F90.0) mit Schwierigkeiten in den Bereichen Affektregulation, soziale Interaktion und Alltagsbewältigung sowie ängstlich-vermeidenden und narzisstischen Persönlichkeitszügen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, sowie eine Anpassungsstörung mit längerer leichtgradiger depressiver Reaktion (F43.21), die die Arbeitsfähigkeit nicht

beeinfluss e (Ziff. 5.1-2 S. 11) .

Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung zeige sich auf psychiatrischem Fachgebiet ein misstrauisch, gereizt und angespannt wirkender Versicherter, der sich vor allem zu Beginn der Exploration vorwurfsvoll und verbal aggressiv präsentiere.

Unterbrochen werde die psychiatrische Untersuchung von zahlreichen kleineren Eskalationen mit verbal-aggressiv getönten Vorwürfen, massiver innerer Anspannung und Impulsivität. Ein Rapport sei anfangs schwer, im Verlauf der Exploration dann aber zunehmend besser herstellbar (S. 13 unten Ziff. 6.2) . Die Grundstimmung sei verzweifelt, hoffnungslos und vorwurfsvoll. Der Versicherte sehe sich zeitlebens in einer Opferrolle und klage wiederholt über das Gefühl, dem Leben nicht mehr gewachsen und mit allem überfordert zu sein. Ein Leistungsdruck sei spürbar, und der Beschwerdeführer wirke bei den Beschwerdeschilderungen authentisch sowie emotional tangiert (S. 13 f.) .

Es zeigten sich im Verlauf der Exploration auffällige Persönlichkeitszüge mit narzisstischen (zur Bewältigung eigener Ängste und zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls) sowie ängstlich-vermeidenden ("...ich kann erst wieder arbeiten, wenn ich wieder richtig gesund bin.") Anteilen. Die Gedächtnisfunktionen sowie Aufmerksamkeit und Konzentration seien klinisch nicht beeinträchtigt. Die eigenen Untersuchungsergebnisse sprächen vor dem Hintergrund der Anführungen in den Vorberichten und den Angaben des Versicherten für eine ADHS des Erwachsenenalters mit Schwierigkeiten in den Bereichen Impulskontrolle, Affektregulation, soziale Interaktion und Alltagsbewältigung sowie mit narzisstischen und ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszügen. Es bestünden die für diese Störung typischen Symptomkomplexe, mit vorbeschriebenen Verhaltensauffälligkeiten, depressiven und Angstsymptomen, Stress- und Frustrationsintoleranz sowie Schwierigkeiten bei der Verhaltensplanung und Impulskontrolle. Die Vorberichte stützten die Diagnose einer ADHS, welche meist mit einer psychiatrischen Komorbidität (hier ängstlich-vermeidende und narzisstische Persönlichkeitszüge, Anpassungsstörung) einhergehe. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung zeige der Versicherte keine auffallende Aufmerksamkeitsstörung, diese sei jedoch unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass die Aufmerksamkeit in für den Probanden motivierenden Situationen sehr gut aufrecht erhalten werden könne, jedoch nicht bei schlechter Motivationslage (S. 14) . Auch werde in der einschlägigen Literatur erwähnt, dass unauffällige Testbefunde eine ADHS nicht ausschließen könnten . So seien beim Versicherten zwar die neuropsychologischen Funktionen (unter Methylphenidat) weitestgehend unauffällig, die übrigen Untersuchungsbefunde stützten jedoch die Diagnose einer relevanten ADHS mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14 f.) . Insgesamt könnten die diagnostischen Einschätzungen der Voruntersucher hinsichtlich Arbeitsfähigkeit insbesondere der MEDAS- A.____ bestätigt werden (S. 15 oben) .

Ab dem Datum des Unfalls vom 15. April 2004 könne eine 50%ige und ab Datum der MEDAS-Begutachtung unverändert eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten angenommen werden (Ziff. 6.3 S. 16) .

E. 4.1

Der aktuelle Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ergibt sich aus den nach folgenden medizinischen Berichten:

E. 4.2

Im psychiatrischen Gutachten vom 31. Januar 2012 stellte Dr. Y.____ folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 5.1

S. 8): - ADHS des Erwachsenenalters (F90.0) mit/bei - Schwierigkeiten in den Bereichen Affektregulation, soziale Interaktion und Alltagsbewältigung - akzentuierten unreifen, ängstlich-vermeidenden und narzisstischen Persönlichkeitszügen (Z73)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Anpassungsstörung mit längerdauernde r depressiver Reaktion (F43.21;

S. 8 Ziff. 5.2).

Bei der aktuellen Untersuchung imponiere wiederum ein ausgesprochen klagsamer, vorwurfsvoller und latent aggressiver Beschwerdeführer. Im Gesprächsverlauf weine er wiederholt, könne bei emotional nicht belastenden Themen aber auch lächeln. Er sehe sich nach wie vor in einer Opferrolle und fühle sich von der Invalidenversicherung im Stich gelassen beziehungsweise unfair behandelt. Ein Leidensdruck sei spürbar, beziehe sich aber vor allem auf eine ausgeprägte narzisstische Kränkung, einhergehend mit einer Mischung aus Wut und Resignation. Er habe eine infantil anmutende «Trotzhaltung» eingenommen, und es träten neben den vorbeschriebenen ängstlich-vermeidenden und narzisstischen Persönlichkeitszügen nun eher unreife Anteile in den Vordergrund. Des Weiteren imponiere eine erniedrigte Frustrationstoleranz, im Denken sei er auf die ihm widerfahrenen Ungerechtigkeiten und die Nichtanerkennung seiner gesundheitlichen Probleme durch die Institutionen eingeengt. Trotz fortlaufender psychotherapeutisch-psychopharmakologischer Behandlung und umfangreicher sozialmedizinischer Bemühungen (Spitex etc.) sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit der Arbeitsfähigkeit bisher ausgeblieben. Die psychische Verfassung habe sich seit der letzten Begutachtung (Oktober 2009) insgesamt nur unwesentlich verändert. Seine affektive Auslenkbarkeit sei aktuell etwas weniger eingeschränkt, andererseits müsse von einer Verfestigung des dysfunktionalen Krankheitsverhaltens ausgegangen werden. Der zu beobachtenden ungenügenden Leistungsentfaltung liege neben den Antriebsproblemen und emotionalen Auffälligkeiten offensichtlich auch eine final ausgerichtete Entschädigungshaltung zugrunde, die mit den umfassenden therapeutischen Bemühungen bisher nicht zugänglich gewesen sei (S. 8 f. Ziff. 6.1).

Der psychische Gesundheitszustand habe sich insgesamt wider Erwarten nicht verbessert. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei zwar weniger eingeschränkt, andererseits müsse von einer Verfestigung des dysfunktionalen Krankheitsverhaltens ausgegangen werden, und es träten zunehmend unreife Persönlichkeitszüge in den Vordergrund. Aus versicherungsmedizinischer Sicht müsse dem Beschwerdeführer weiterhin eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten attestiert werden (S. 9 f. Ziff. 6.3).

E. 4.3

Dr. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 9. Februar 2016 (Urk. 5/219) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - ADHS seit Kindheit - anankastische beziehungsweise emotional instabile Persönlichkeitszüge - Anpassungsstörung mit protrahierter Depression (F43.21) und chronifizierter Schmerzstörung (gebessert) nach Schädeltrauma 2004 - Status nach Burkitt -Lymphom mit ausgedehnter Darmresektion und Chemotherapie 2012 - Status nach rezidivierender Pankreatitis 2015 - Status nach Cholezystektomie 2015

Der Beschwerdeführer leide unter Stimmungsschwankungen, die von Rückzugstendenzen begleitet seien. Er könne mitunter die Wohnung nicht verlassen, da oft auch der Antrieb mangelhaft sei. Die Stimmung schwanke von zuversichtlich-optimistisch bis verzweifelt-hoffnungslos. Versagensängste und Schamgefühle begleiteten den Alltag, obschon er sich für seinen Beruf als EDV-Supporter grundsätzlich kompetent fühle. Da er seine gesteckten Ziele nicht habe erreichen können, habe er das Selbstvertrauen verloren und sehe seiner Zukunft eher pessimistisch entgegen. Zusätzliche sei er durch die seit der Darmresektion bestehende chronische Diarrhoe und die immer noch bestehenden Rücken- und Nackenschmerzen beeinträchtigt. Er leide unter Schlafstörungen mit gelegentlicher Tag/Nacht-Umkehr, welche das Einhalten von Arbeitszeiten und Terminen erschwere, so dass es wiederholt zu Absenzen komme (S. 2 oben

Ziff. 1.4).

Zum heutigen Zeitpunkt sei von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 40 % auszugehen, die jedoch auch nach oben erweitert werden könne, wenn der Beschwerdeführer genügend Zeit bekomme. Druck würde sich sicher kontraproduktiv auswirken, da er sich selber die Latte meist höher setze als es seiner Leistungsfähigkeit entspreche (S. 2 Mitte Ziff. 1.4). Die bisherige Tätigkeit sei ihm aus medizinischer Sicht zu 40 % zumutbar. Je nach Verlauf sei eine Steigerung denkbar, sofern sich der Beschwerdeführer selber in der Lage fühle (S. 3 oben Ziff. 1.7).

E. 4.4

Dr. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 10. Juni 2016 (Urk. 5/224) die folgenden, hier leicht verkürzt angeführten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Anpassungsstörung mit längerer mittelgradiger Depression (F43.21) bei - Status nach Schädelhirntrauma 2004 mit persistierenden invalidisierenden Kopf- und Nackenschmerzen - ADHS mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90.0) - hochproliferatives Burkitt-Lymphom 2012 - Status nach zweimaliger Pankreatitis - aktuell: persistierende therapieresistente Durchfälle - Status nach Cholezystektomie 2015

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Fettleber mit rezidivierenden erhöhten Transaminasen, chronische Rückenschmerzen

(im Rahmen muskulärer Schwäche) und einen Status nach Bauchwandhernie (Ziff. 1.1).

Der Beschwerdeführer arbeite seit 2015 im ersten Arbeitsmarkt als Netzwerktechniker zu 40 %. Aufgrund immer wiederkehrender körperlicher Beschwerden und Durchfälle seien viele krankheitsbedingte Arbeitsausfälle zu verzeichnen. Sein persönliches Ziel sei, eine Arbeitsfähigkeit von 70 % zu erreichen (Ziff. 1.4).

Psychisch sei der Beschwerdeführer stabil und hochmotiviert, er leide jedoch unter massiven Ängsten, dem Druck im ersten Arbeitsmarkt auf längere Sicht nicht gewachsen zu sein. Eine IV-Rente zu 70 % sowie eine Arbeitstätigkeit zu 30 % wäre aus medizinischer Sicht wünschenswert (Ziff. 1.4 am Ende).

Als Netzwerktechniker bestehe eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der körperlichen Einschränkungen (Ziff. 1.6).

E. 4.5

Dr. D.____, Oberarzt Psychosomatik, und E.____, Psychologin MSc, Klinik F.____, stellten im Bericht vom 1. Juli 2016 (Urk. 5/227) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) - Status nach operativer und chemotherapeutischer Therapie eines Burkitt-Lymphoms

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach Schädel-Hirn-Trauma 2004 (Ziff. 1.1).

Vor dem Hintergrund der bisherigen Krankheitsgeschichte mit bereits rezidivierenden depressiven Episoden sollte eine Stabilisierung in einer Teilfunktionalität angestrebt werden. Eine dauerhafte Arbeitsfähigkeit von 100 % zu erreichen, schein nicht realistisch (Ziff. 1.4). Bei Austritt sei die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit zu 40 % ab 18. Mai 2016 zumutbar (Ziff. 1.7).

E. 4.6.1

Die Gutachter des Z.____ stellten im Gutachten vom 15. Februar 2017 (Urk. 5/255) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 32 Ziff. 5.1): - Burkitt-Lymphom des Darms - Status nach Hemikolektomie rechts und erweiterter Dünndarmresektion bei mechanischem Ileus 2012 - Status nach Laparotomie, Adhäsionolyse und Neuanlage der Ileotransversalanastomose bei Dünndarmperforation 2014 - Status nach Revision bei arterieller Nachblutung im Omentum majus 2014 - Status nach abdomineller Narbenhernie mit sekundärem Wundverschluss 2014 - Status nach hochdosierter Chemotherapie 2012 - therapie assoziiertes Fatigue-Syndrom - anhaltende komplette Remission - chronische Diarrhoe - Verdacht auf Kurzdarmsyndrom - Verdacht auf bakterielle Überwucherung - erosive Entzündung des terminalen Ileums 2014 - histologisch unspezifisch, am ehesten medikamentös-toxisch - hochgradiger Verdacht auf chronische, anhaltende thorakokostale Dysfunktionen zirka Th4-6 linksseitig - reaktive klinisch objektivierbare deutliche Myogelose mit mehreren schmerzhaften Triggerpoints im Bereich des Musculus trapezius, Pars ascendens, Levator scapulae, Rhomboideus

major und minor - Dysfunktion lumbal zwischen L4/5 und L5/S1 beidseits - Angst und depressive Störung gemischt (F41.2) - narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.80)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 33 Ziff. 5.2): - ADHS (F90.0) - Verdacht auf intermittierendes zervikozephalisches Schmerzsyndrom beidseits - gemäss Aktenlage frühere bildgebende Untersuchungen ohne Hinweise für relevante degenerative ossäre oder diskogene Veränderungen im Bereich HWS - unauffälliger klinisch-neurologischer Status an den oberen Extremitäten - Zustand nach Schädelkontusion 2004 mit persistierenden Zephalgien

bei eingehender Ausschlussdiagnostik - Status nach zweimaliger biliärer Pankreatitis 2015 - Cholezystektomie bei Cholezystolithiasis - Hyperurikämie - Adipositas - arterielle Hypertonie, anamnestisch - unter Behandlung mit minimaler Dosis eines Betablockers kompensiert

E. 4.6.2

Der Beschwerdeführer weist eine längere Karriere von psychiatrischen Behandlungen auf, die ihren Anfang bereits vor dem Unfall genommen habe. Seither finde eine kontinuierliche psychiatrische Betreuung statt. Seit 2004 habe der Beschwerdeführer im ersten Arbeitsmarkt kaum noch gearbeitet, die beruflichen Massnahmen mit Teilintegration im

IT-Bereich sei zunächst erfolgreich verlaufen, jedoch sei der Beschwerdeführer bereits nach 3 Monaten in Festanstellung wieder eingebrochen. In der aktuellen Untersuchung falle insbesondere eine emotionale Instabilität auf mit zum Teil schnellen impulshaften, ansatzweise bedrohlichen Vorwürfen, einer kritischen Reizbarkeit und Misstrauen, aber auch immer wieder mit leichten depressiv-resignativen Einbrüchen, Kränkbarkeit, zum Teil mit Weierlichkeit und Resignation. Somit sei als Hauptdiagnose eine narzisstische Persönlichkeitsstörung zu formulieren, überlagert durch wechselhafte Zustände mit Ängsten und depressiven Verstimmungen gemischt. Anspruch und tatsächlicher beruflicher Erfolg differierten deutlich, was dem Beschwerdeführer selbst bewusst sei und weiteren depressiven Verstimmungen Vorschub leiste. Die Persönlichkeitsproblematik reiche zumindest ins 26. Altersjahr zurück, was neben dem aktuellen Befund für eine langdauernde situationsübergreifende Störung spreche mit langjähriger Therapie. Sodann könne aufgrund der Vorakten die mehrfach bestätigte ADHS-Störung genannt werden, welche ebenfalls zur Instabilität beitrage, allerdings in der aktuellen Untersuchung kompensiert erscheine und mit Medikamenten offenbar befriedigend eingestellt sei (S. 17 Ziff. 4.1.3).

Die Tätigkeit als PC-Supporter sei aus psychiatrischer Sicht um 50 % eingeschränkt. Die aktuelle Einschätzung beziehe sich auf den Zustand ab der Hospitalisation in der Klinik F. ___ im März 2016. Der Beschwerdeführer sei nun, nach langer Arbeitsintegration bei einer 40%-Anstellung erneut gescheitert. Es bestehe somit seit 12 Jahren keine richtige Arbeitsfähigkeit (richtig: Arbeitstätigkeit) mehr.

In einer angepassten Tätigkeit mit der Möglichkeit zu Arbeitsunterbrechungen und Pausen wäre unter optimalen Umständen ohne Stressbelastung eine

70%ige Arbeitsfähigkeit erzielbar. Diese Anforderungen würden aber eher einem geschützten Arbeitsplatz entsprechen (S. 17 f. Ziff. 4.1.5).

E. 4.6.3

Aufgrund der palpatorischen Befunde könne aus rheumatologisch-theoretischer Sicht, auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass der Beschwerdeführer nun seit vielen Jahren anhaltende Beschwerden beklage und verschiedene psychiatrische Abklärungen durchgeführt worden seien, letztendlich trotzdem eine chronische Dysfunktion der thorakokostalen Gelenke vor allem auf Höhe Th4-6 links postuliert werden (S. 25 Mitte) .

Zusammenfassend bestehe durchaus ein klinisch-rheumatologisches Korrelat für die seit Jahren geklagten Beschwerden. Da effektiv lokale pathologische Befunde an den Weichteilen mit schmerzhaften Triggerpoints bestünden, könnten die Beschwerden nicht primär im Sinne einer psychosomatischen Überlagerung erklärt werden, sondern sie seien effektiv objektiv nachvollziehbar (S. 25 unten).

Unter optimalen Arbeitsplatzbedingungen bei selbständig wählbarer Ergonomie bestehe aus klinisch-rheumatologischer Sicht eine 60%ige, ganztägig verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit, welche theoretisch durch spezifische therapeutische Massnahmen mittel- und längerfristig auf eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgebaut werden könnten. Die optimale Arbeitsplatzergonomie sei eine unabdingbare Voraussetzung, im Weiteren müsse dem Beschwerdeführer die Möglichkeit gegeben werden, seine Arbeitspositionen regelmässig nach eigenem Gutdünken zu wechseln . Vermieden werden sollten abrupte oder anhaltende Rotationsbewegungen des Oberkörpers und Arbeiten in anhaltender Oberkörper vorneige Position. Es bestünden keinerlei

Einbussen in Bezug auf manuell verarbeitende Tätigkeiten oder in Bezug auf die Gehfähigkeit. Die Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gälten neben einer Tätigkeit als Informatiker auch für sonstige körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselnde lastende berufliche Tätigkeiten (S. 25 f. Ziff. 4.2.5).

E. 4.6.4

Die neurologische Untersuchung falle regelrecht aus, und es fänden sich keine fokalen-neurologischen zentralen oder peripheren Läsionszeichen. Auch die kognitiven Funktionen seien intakt. Plausibel bleibe indes die Klage über Müdigkeit, Erschöpfung und Kraftlosigkeit. Dies könne als Tumor- und/oder Chemotherapie-assoziierte Fatigue interpretiert werden. Dagegen spreche aber, dass diese Symptome schon seit vielen Jahren, auch vor der Lymphomkrankung bestanden hätten. Umgekehrt spreche allerdings eine angegebene Verschlechterung seit 2011 dafür. Bei der Beurteilung dieser Fatigue sei ausserdem die psychiatrische Komorbidität zu berücksichtigen, welche hauptsächlich die Anamnese bis 2011 geprägt habe (S. 28

Ziff. 4.3.4).

Aufgrund eines kleinen, als organisch anzunehmenden Anteils der Fatigue-Symptomatik könne ein leicht vermehrter Zeitaufwand für alle Verrichtungen angenommen werden. Deshalb könne bei zumutbarer 8-stündiger Präsenz nur die Leistung von 7 Stunden eines vergleichbaren Gesunden erwartet werden. Ansonsten liessen sich neurologischerseits keine weitere Einschränkung festlegen (S. 28

Ziff. 4.3.5).

E. 4.6.5

Beim Beschwerdeführer sei ein lokal fortgeschrittenes Burkitt -Lymphom, wahrscheinlich ausgehend vom Colon diagnostiziert und aus onkologischer Sicht lege artis behandelt worden. Diese Erkrankung könne jetzt als geheilt angesehen werden. Es bestünden allerdings anhaltende Folgen der Behandlung, insbesondere der Operation (S. 30

Ziff. 4.4.4).

Von Seiten der Tumorerkrankung selbst bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Allerdings schränkten die Folgen des Kurzdarmsyndroms mit häufigeren Stuhlabgängen, rezidivierenden Blähungen und Krämpfen sowie die häufigen Infektionen die Arbeitsfähigkeit ein. Aus onkologischer Sicht werde deshalb insgesamt eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf von 60 % geschätzt (S. 30

Ziff. 4.4.5).

E. 4.6.6

Wegen eines Ileus bei Burkitt -Lymphom sei eine Hemikolektomie rechts und eine Resektion von zirka einem Drittel des Dünndarms erfolgt. Nach der Chemotherapie sei der Beschwerdeführer von Seiten des Lymphoms rezidivfrei geblieben. Es persistierten vor allem chronische Durchfälle, welche am ehesten durch die Verkürzung des Dünndarms zu erklären seien. Hier könnte aus gastroenterologischer Sicht auch ein Gallensäureverlust-Syndrom eine Rolle spielen. Es seien zwar bei einer Koloskopie im Oktober 2013 entzündliche Veränderungen im Bereich des terminalen Ileus nachgewiesen worden, diese seien aber unspezifisch und erklärten die Diarrhoe wohl kaum. Spezifische Nahrungsmittel-Intoleranzen seien nicht ausgeschlossen worden. Gegen solche sprächen

aber, dass der Beschwerdeführer vor der Operation keine abdominalen Beschwerden gehabt habe. Eine symptomatische Behandlung der Diarrhoe mit Antidiarrhoika sei nicht über längere Zeit durchgeführt worden, in modicum alleine habe ungenügend geholfen. Eine Behandlung mit anderen Medikamenten sei offenbar bisher nicht durchgeführt worden. Schliesslich sei auch an die Möglichkeit einer bakteriellen Überwucherung des Darms zu denken, diesbezügliche Untersuchungen seien aber nicht durchgeführt worden (S. 31 Ziff. 4.5.4).

Die Arbeitsfähigkeit sei wegen der Diarrhoe um 40 % reduziert. Der Beschwerdeführer müsse seine Arbeit jederzeit unterbrechen und eine Toilette aufsuchen können (S. 32 Ziff. 4.5.5).

E. 4.6.7

Aus polydisziplinärer Sicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit im Informatikbereich und in anderen körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten zu 50 % arbeits- und leistungsfähig. Idealerweise könne diese Tätigkeit über sechs bis acht Stunden pro Tag mit jeweils 10-15-minütigen Pausen pro Stunde sowie vermindertem Rendement realisiert werden. Die Arbeitsunfähigkeiten aus den verschiedenen Fachgebieten könnten überwiegend nicht kumuliert werden, da die Pausen sowohl für Entspannungsübungen als auch für das Aufsuchen der Toilette und langsameres Arbeiten genutzt werden könnten (S. 34

Ziff. 6.2).

Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten habe sicher ab der Manifestation des Burkitt-Lymphoms im Januar 2012 und während der Therapie im ganzen Jahr 2012 vorgelegen. Ab Anfang 2013 wäre eine schrittweise Steigerung des Arbeitspensums auf die festgestellte 50%ige Arbeitsfähigkeit möglich gewesen. Die Arbeitsfähigkeit sei nach der Adhäsiolyse im Januar 2014 und der Cholezystektomie im Oktober 2015 für einige Wochen unterbrochen worden (S. 34 f. Ziff. 6.3).

Zusammenfassend sei ab Januar 2012 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, ab Januar 2013 von einer Arbeitsfähigkeit von 25 % und ab Juli 2013 von einer solchen von 50 % auszugehen (S. 3

E. 5

oben).

E. 5.1

Aus den medizinischen Akten geht unzweifelhaft hervor, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Zusprache der befristeten Rente im Juli 2010 erheblich verändert hat. Während die Arbeitsunfähigkeit, die seinerzeit zur Zusprache einer befristeten Rente führte, auf psychiatrischen Diagnosen gründete, leidet der Beschwerdeführer heute gemäss Z. ___ -Gutachten zusätzlich an den Folgen einer Krebserkrankung. Dies führt gemäss Z. ___ -Gutachter insgesamt zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten und in jeder anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit (vgl. vorstehend E. 4.6.7).

E. 5.2

Soweit der Beschwerdeführer rügt, er habe während der vielen Jahre, an denen er an Eingliederungsmassnahmen teilgenommen habe, nie eine höhere Arbeitsfähigkeit als 40 % erreichen können, vermag er damit die Feststellungen des psychiatrischen Gutachters nicht in Zweifel zu ziehen, denn sein subjektives

Leistungsvermögen

als

auch Stellungnahmen der Vorgesetzten zur Arbeitsfähigkeit sind nicht massgebend. Vielmehr ist es primär ärztliche Aufgabe, anhand der objektiven Befunderhebung die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit abzuschätzen (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195).

Auch bei den Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch Dr. B.____ (vorstehend E. 4.3) und die Behandler der Klinik F.____

(vorstehend E. 4.5) handelt es sich um vom Z.____-Gutachter abweichende Einschätzungen, die nicht unabhängig von subjektiven Gesichtspunkten erfolgt sind, da sie von den gegenwärtigen Verhältnissen (Anstellung zu 40 %) ausgehen. Insbesondere erachtete Dr. B.____ je nach Verlauf eine Steigerung als denkbar, sofern sich der Beschwerdeführer selber dazu in der Lage fühle, was doch darauf hindeutet, dass er sich bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mehr auf das subjektive Empfinden des Beschwerdeführers als auf objektive Gesichtspunkte stützte.

E. 5.3

Was die Rüge der Beschwerdegegnerin betrifft, es sei nicht nachvollziehbar, dass der psychiatrische Z.____-Gutachter eine narzisstische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert habe, ist ihr entgegenzuhalten, dass nicht die Diagnose massgebend ist, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1). Beschrieben wurde im Z.____-Gutachten (vorstehend E. 4.6.2) ein angespannter, reizbarer Beschwerdeführer, der sich misstrauisch und gegenüber der Untersuchung kritisch und zum Teil sogar im Ansatz leicht bedrohlich und einschüchternd, dann wieder freundlich, angepasst und etwas resignativ gezeigt habe (Ziff. 4.1.2 S. 16). Dagegen hatte der psychiatrische Gutachter der MEDAS A.____ (vorstehend E. 3.3) ausgeführt, bezüglich Affektivität sei spürbar, dass der Beschwerdeführer wegen seiner Beschwerden und seiner misslichen Situation deprimiert sei, auch unzufrieden und unglücklich. Einmal sei er nahe am Weinen gewesen. In der Untersuchung durch Dr. Y.____ (vorstehend E. 3.4) war der Beschwerdeführer lediglich zu Beginn misstrauisch, angespannt und latent aggressiv und zeigte sich im Verlauf der Exploration zugänglicher, weniger misstrauisch und insgesamt kooperativ und auskunftsbereit (S. 9). Eine Verschlechterung des psychiatrischen Zustandes ist damit ausgewiesen, weshalb nachvollziehbar ist, dass im Z.____-Gutachten in psychiatrischer Hinsicht von einer höheren Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wurde.

E. 5.4

Zusammenfassend entspricht das Z.____-Gutachten den praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert einer Expertise (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich und es erweist sich als grundsätzlich beweiskräftige ärztliche Einschätzung.

E. 5.5.1

Steht somit aus medizinisch-gutachterlicher Sicht eine gesundheitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch aufgrund psychischer Erkrankungen fest, gilt es nachfolgend die Rechtsfrage zu klären, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen der Gutachter mit der Prüfung der nach BGE 141 V 281 rechterheblichen Standardindikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art.

E. 5.5.2

Der psychiatrische Gutachter setzte sich eingehend mit den Standardindikatoren (vorstehend E. 1.2) auseinander (vgl. Urk. 5/255 Ziff. 4.1.10 S. 18 ff.). Seine Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen 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, hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedicinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektiver 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 klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb in psychiatrischer Hinsicht mit dem psychiatrischen Gutachter von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist.

E. 5.6

Zusammenfassend ist nach dem Dargelegten davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers derart verschlechtert hat, dass er in der ursprünglichen und jeder angepassten Tätigkeit (vgl. vorstehend E. 4.6.7) zu 50 % arbeitsfähig ist.

E. 6

betrug der Zentralwert für Männer im Anforderungsniveau 2 im privaten Sektor Fr. 5'646.-- monatlich (LSE 2016, TA1). Unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) und bezogen auf ein Pensum von 50 % ergibt dies ein Invalideneinkommen von aufgerundet Fr. 35'316.--. Für einen behinderungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn besteht vorliegend kein Anlass, wurde den Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers doch mit der Einschätzung einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % Genüge getan. Zudem umfasst der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 5.11 mit Hinweisen).

E. 6.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der

Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

Bei der Festsetzung des Valideneinkommens ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch ein beruflicher Aufstieg im Gesundheitsfall zu berücksichtigen, den eine versicherte Person normalerweise vollzogen hätte; dazu ist allerdings erforderlich, dass konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein beruflicher Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert worden wären. Die Absicht, beruflich weiterzukommen, muss durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Ablegung von Prüfungen usw. kundgetan worden sein. Die theoretisch vorhandenen beruflichen Entwicklungs- oder Aufstiegsmöglichkeiten sind nur dann zu berücksichtigen, wenn sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten wären (BGE 96 V 29; AHI 1998 S. 166 E. 5a, I 287/95; RKUV 1993 Nr. U 168 S. 97 E. 3b, U 110/92; Urteil des Bundesgerichts 9C_757/2010 vom 24. November 2010 E. 4.2 mit Hinweisen).

E. 6.2

Das Gericht zog im Urteil vom 18. Oktober 2011 für die Bestimmung des Valideneinkommens

den vor dem Unfall erzielten Jahreslohn von Fr. 75'400. -- heran (Urk. 5/96 E. 4.1). Der Beschwerdeführer machte geltend, ohne Gesundheitsschaden würde er durch die steigende Berufserfahrung Tätigkeiten auf hohem Kompetenzniveau verrichten und dementsprechend ein monatliches Einkommen von Fr. 9'376. -- entsprechend der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE ; T1, Ziff. 62-63, Kompetenzniveau 4) erzielen (Urk. 1 S. 7 oben).

Anhaltspunkte, dass der Beschwerdeführer beruflich weitergekommen wäre, liegen keine vor, weshalb für die Bestimmung des Valideneinkommens weiterhin vom zuletzt im Jahr 2004 erzielten Einkommen von Fr. 75'400. -- auszugehen ist. Unter Berücksichtigung des Nominallohnindex für Männer von 113.3 Punkten im Jahr 2004 und 128.5 im Jahr 2016 ergibt dies ein Valideneinkommen von rund

Fr. 85'516. (Fr. 75'400. : 113.3 x 128.5) .

E. 6.3

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem

das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solcher gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder ebenfalls keine ihr an sich zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) beigezogen werden. (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/aa).

E. 6.4

Der Beschwerdeführer nahm am 1. Juli 2015 eine Tätigkeit als Netzwerktechniker zu einem Jahresgehalt von Fr. 28'800. bei einem Pensum von 40 % auf (Urk. 5/207), wobei die Beschwerdegegnerin der Arbeitgeberin von Juli bis Dezember 2015 Einarbeitungszuschüsse gewährte (Urk. 5/214). Bereits ab Januar 2016 musste der Beschwerdeführer das Pensum aus gesundheitlichen Gründen auf 20 % reduzieren und weilte von Anfang April bis Mitte Mai 2016 in der Klinik F.____. Ab Mitte Mai 2016 nahm er die Tätigkeit wieder mit einem Pensum von 40 % auf (vgl. Urk. 5/221).

Damit lagen im Zeitpunkt des mutmasslichen Rentenbeginns keineswegs stabile Verhältnisse vor, weshalb das Invalideneinkommen gestützt auf die Tabellenlöhne festzusetzen ist.

E. 6.5

Der Beschwerdeführer verfügt über ein Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis als Verkäufer (Urk. 5/120/3) und über ein Zertifikat als PC-Supporter SIZ (Schweizerische Informatik-Zertifikat; Urk. 5/120/2). Es rechtfertigt sich daher die Löhne im Anforderungsniveau 2 (praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst) heranzuziehen. Im Jahr 201

E. 6.6

Die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen beträgt Fr. 50'200.-- (Fr. 85'516.-- - Fr. 35'316.--), der Invaliditätsgrad folglich rund 5

E. 9

%.

Damit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine halbe Rente, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand fest zulegen und vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Breidenstein - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für

Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4 .

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Tiefenbacher

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