

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00447 vom 12. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00447

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00447 du 12 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00447 del 12 marzo 2018

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 Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden 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 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

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

E. 1.4

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.5

hievor). Dies wird von den Parteien denn auch nicht bestritten. Auf die Teilgutachten ist damit abzustellen. 5.2

Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. I.____

vom 15. Dezember 2014 (E. 4.3 hievor) ging dieser davon aus, dass trotz einer mittelgradigen depressiven Störung, einer kombinierten Persönlichkeitsstörung sowie einer Somatisierungsstörung, welche zu einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % führen würden, die seit Jahren unveränderte, niederfrequente ambulante psychiatrische Behandlung mit einem Gespräch pro Monat und niedrigem Antidepressiva ausreicht und eine stationäre Therapie nicht angezeigt sei. Dies überzeugt nicht. Zudem ist bei fehlender diesbezüglicher Begründung nicht nachvollziehbar, weshalb die von ihm diagnostizierte Persönlichkeitsstörung mit gut 50 Jahren ausgebrochen sein soll, obwohl in der Adoleszenz und den Jahren danach keine Anzeichen dafür bestanden. Die Diagnose einer Somatisierungsstörung wurde zudem nicht schlüssig begründet. Die Beurteilung der medizinischen Situation kann so nicht nachvollzogen werden, ebenso wenig überzeugt die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Auf das Teilgutachten von Dr. I.____ kann nicht abgestellt werden, weshalb das Gericht ein psychiatrisches Obergutachten eingeholt hat. 5.3

5.3.1

Dr. B.____ setzte sich in seinem psychiatrischen Obergutachten vom 18. Oktober 2017 (E. 4.4 hievor) mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander, nahm die erforderlichen Untersuchungen vor und legte die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der fallrelevanten Vorakten erstellt. Dr. B.____ setzte sich mit diesen ausführlich auseinander und begründete abweichende Einschätzungen nachvollziehbar (Urk. 20 S. 23-29 und S. 38 f.). Er wies auf die seit Jahren niederfrequente ambulante

psychiatrische Behandlung sowie die seit Jahren - adäquat zur leichten depressiven Symptomatik - niedrig dosierten Antidepressiva hin. Zudem begründete er die Diagnose einer Dysthymia ausführlich und verneinte die von Dr. I.____ sowie dem behandelnden Psychiater gestellten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden, einer Persönlichkeitsstörung, einer andauernden Persönlichkeitsänderung sowie einer Somatisierungsstörung detailliert, bejahte hingegen das Vorliegen von akzentuierten Persönlichkeitszügen (S. 23-28). Dr. B.____ wies auf ausgeprägte psychosoziale Belastungsfaktoren hin (so etwa S. 31) und gelangte sodann zum ausführlich begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer durch seine psychischen Beschwerden nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (S. 36). Das Gutachten ist schlüssig, leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1. 5 hievor). 5.3.2

Der Beschwerdeführer und PD Dr. N.____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, kritisierten das Gutachten ausführlich (Urk. 26 und Stellungnahme zum Gutachten vom 13. Dezember 2017 [Urk. 27/1]). So bemängelten sie unter anderem, es sei mehrfach und auch während der stationären Hospitalisation in der M.____ festgestellt worden, dass er an einer depressiven Störung leide. Wie diese genau benannt werde, sei unerheblich. Zudem könne zusammen mit anderen Befunden auch eine Dysthymia eine Arbeitsunfähigkeit bewirken (Urk. 26 S. 2 und Urk. 27/1 S. 1-3). Da nachfolgend (vgl. E. 6 hernach) die Auswirkungen der geltend gemachten mittelgradigen depressiven Störung beziehungsweise der Dysthymia auf die Arbeitsfähigkeit detailliert geprüft werden, ist darauf jedoch nicht weiter einzugehen.

Zum Vorwurf, es sei wissenschaftlich fragwürdig, die Krankheit und deren Verlauf rückwirkend seit 2004 zu beurteilen (Urk. 26 S. 2 und Urk. 27/1 S. 3), ist festzuhalten, dass sich dazu in den vergangenen Jahren bereits mehrere behandelnde Ärzte und Gutachter geäußert haben. Dr. B.____ konnte sich also auf umfangreiche Akten stützen und sich mit diesen auseinandersetzen. Es ist nicht ersichtlich, weshalb die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen nicht genügen sollte. Auch das umfassende Bild des Beschwerdeführers machte sich Dr. B.____ nicht einzig aufgrund seiner immerhin 3.5-stündigen Begutachtung, sondern zusätzlich durch die umfangreichen Vorakten.

Weiter brachte der Beschwerdeführer vor, er habe seine Mutter nie per Flugzeug in sein Herkunftsland begleitet und die Reise organisiert (Urk. 26 S. 4). Fraglich ist, weshalb es - trotz Beizug eines Dolmetschers (Urk. 20 S. 14) - zu einem solchen Missverständnis gekommen sein soll. Dies kann jedoch offenbleiben, nachdem Dr. B.____ seine gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht alleine daraus gezogen hat. Ebenso wenig hat er damit eine Aggravation begründet, sondern lediglich auf eine Aggravationstendenz hingewiesen. Eine solche konnte bereits anlässlich der Begutachtung durch das K.____ (erhebliche Selbstlimitierung; E. 4.3 hievor) festgestellt werden und hat sich bei der Begutachtung durch Dr. B.____ unter anderem auch dadurch gezeigt, dass der Beschwerdeführer sich an den Beginn der Behandlung bei seinem Psychiater nicht mehr zu erinnern vermochte, obwohl die Behandlung ein an und für sich für einen leidenden Menschen wichtiges Faktum darstellt (vgl. E. 4.4 hievor). Die diesbezüglichen Ausführungen Dr. B.____s lassen somit auch nicht auf eine Voreingenommenheit schliessen.

Selbst wenn der Beschwerdeführer im Übrigen nicht alleine seine Mutter in das Herkunftsland begleitet haben sollte, so war es ihm doch möglich, im Sommer 2014 mit dem Flugzeug dorthin zu reisen (Urk. 5/155/102), was in Anbetracht der von ihm geltend gemachten schweren psychischen Beschwerden nicht nachvollziehbar ist. Inwiefern die von Dr. B.____ gewählten Formulierungen wie „Tendenz zu “, „scheint “ und „können nicht ausgeschlossen werden “ unwissenschaftlich sein und die Voreingenommenheit des Gutachters belegen sollten (vgl. Urk. 26 S. 4), ist nicht nachvollziehbar. Dass familiäre Probleme bestehen, wurde zudem auch von den behandelnden Fachpersonen der M.____ berichtet (E. 4.5 hievor), weshalb dem Vorwurf, die diesbezüglichen Ausführungen des Gutachters seien tendenziös (Urk. 26 S. 5), nicht gefolgt werden kann. Das Vorliegen innerfamiliärer Spannungen steht zudem nicht im Widerspruch zur Tatsache, dass der Beschwerdeführer durch seine Familie die notwendige Unterstützung erhält. Dass er kaum etwas unternimmt, kann zudem mit Blick auf die von ihm geschilderten bis zu vierstündigen Spaziergänge pro Tag (Urk. 20 S. 17) nicht nachvollzogen werden. Inwiefern das Gutachten dies bezüglich widersprüchlich sein sollte (vgl. Urk. 26 S. 5), ist nicht ersichtlich. 5.3.3

Der Beschwerdeführer machte weiter geltend, aufgrund der Akten könne nicht verneint werden, dass er schon in der Jugend erhebliche Probleme gehabt habe und damit auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht ausgeschlossen werden (Urk. 1 S. 5).

Persönlichkeitsstörungen im Sinne von ICD-10 F60-62 umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher. Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich von Persönlichkeitsänderungen durch den Zeitpunkt und die Art und Weise ihres Auftretens. Sie beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern bis ins Erwachsenenalter an. Persönlichkeitsänderungen dagegen werden im Erwachsenenalter erworben (Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl. 2015, S. 274 f. F60-62; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 36/04 vom 14. Juni 2004 E. 4.3).

Den Akten kann nicht entnommen werden, dass der Beschwerdeführer in seiner Jugend erhebliche Probleme gehabt haben sollte. Er

war zudem während vieler Jahre erwerbstätig, davon mehrere Jahre selbständig, ohne dass Konflikte am Arbeitsplatz ersichtlich wären. Eine Persönlichkeitsstörung kann damit – wie dies auch Dr. B.____ ausführlich begründete - nicht nachvollzogen werden. 5.3.4

Der Beschwerdeführer war vom 18. September bis 5. Dezember 2017 in der M.____ hospitalisiert. Sofern aus diesem Aufenthalt überhaupt Schlüsse auf die Zeit vor Erlass der angefochtenen Verfügung gezogen werden können, ist festzuhalten, dass die behandelnden Ärzte – wie zuvor bereits Dr. B.____ – auf zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren hinwiesen (E. 4.5 hievor), diese aber im Unterschied zu ihm bei ihren Ausführungen unberücksichtigt gelassen haben. Die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung stellten sie lediglich aufgrund der Vorbefunde, auch begründeten sie nicht, weshalb eine

anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegen sollte, obwohl sich die organischen Beschwerden weitgehend erklären lassen. Ob den behandelnden Fachpersonen die Vorakten bekannt waren, wird aus ihrem Bericht nicht ersichtlich; jedenfalls setzten sie sich mit diesen, insbesondere mit dem Gutachten von Dr. B. ___ und den darin aufgeführten Diagnosen und Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht auseinander. Auf ihre Einschätzung kann demnach nicht abgestellt werden. 5.3.5

Die Kritik am Gutachten sowie die eingereichten Arztberichte vermögen damit nichts an der Beweiskraft der Expertise zu ändern; das Einholen eines weiteren psychiatrischen Gutachtens erübrigt sich damit.

Sollte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass des angefochtenen Entscheids relevant verschlechtert haben, so wäre dies im Rahmen einer Neuanschuldung bei der Beschwerdegegnerin geltend zu machen. 6.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 18. April 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, ihm sei ab Oktober 2008 eine unbefristete (Teil-)Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Am 17. Mai 2016 (Urk. 4) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

Das Gericht liess den Beschwerdeführer durch Dr. med. B. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachten (Expertise vom 18. Oktober 2017; Urk. 20). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 9. November 2017 auf eine Stellungnahme (Urk. 23). Der Beschwerdeführer liess sich am 16. Januar 2018 (Urk. 26) vernehmen und reichte weitere Berichte ein (Urk. 27/1-2). Die entsprechenden Stellungnahmen wurden der jeweils anderen Partei am 19. Januar 2018 (Urk. 28) zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 10. März 2016 (Urk. 2) damit, dass seit Juni 2004 eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehe. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab 2008 aus somatischen Gründen habe nicht belegt werden können. Aus psychischer Sicht habe nie ein invalidisierender Gesundheitsschaden bestanden. Es bestehe ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 %.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe im Vorbescheid anerkannt, dass sich sein Gesundheitszustand ab September 2008 verschlechtert habe, weshalb ihm ab Dezember 2008 eine halbe IV-Rente zustehe. Nun plötzlich sei sie hingegen der Ansicht, er habe seit Oktober 2004 keinen Anspruch mehr auf eine Rente (S. 3 f.). Dies obwohl die Gutachter ausführten, der Zeitraum vor September 2008 könne retrospektiv nicht beurteilt werden und er seither nur noch zu 60 % arbeitsfähig sei. Die Abweichung von dieser medizinischen Beurteilung werde von der Beschwerdegegnerin nicht ausreichend begründet. Sein psychischer Gesundheitszustand habe sich zudem erheblich verschlechtert. Ausserdem sei beim Invalideneinkommen ein leistungsbedingter Abzug von 20 % zu berücksichtigen und ihm sei eine Rente aufgrund eines IV-Grades von mindestens 50 % zuzusprechen (S. 6 f.). 3.

In medizinischer Hinsicht ist unbestritten und ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Gesundheitsschadens am linken Fuss seit dem Unfall vom 8. Februar 2003 in seiner angestammten Tätigkeit als (angelernter/selbständiger) Maler nicht mehr arbeitsfähig ist. Nachdem die Beschwerdegegnerin auf die Rückforderung der von Oktober 2004 bis September 2008 aus bezahlten ganzen Rente verzichtet hat, kann zudem offenbleiben, ob die Ausrichtung dieser Rente zu Recht erfolgte. Uneins sind sich die Parteien darin, ob seit Oktober 2008 auch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in rentenbegründendem Ausmass besteht. Dies gilt es nachfolgend zu prüfen. 4.

4.1

Dem Austrittsbericht der C.____ vom 1. Juli 2008 (Urk. 5/56/49-53), in welcher sich der Beschwerdeführer vom 8. Mai bis 11. Juni 2008 zur psychosomatischen Rehabilitation aufgehalten hatte, sind folgende Diagnosen zu entnehmen: - Chronisches Schmerzsyndrom bei Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung - Status nach Calcaneusfraktur links am 15. Februar 2003, subtalare Arthrose links - Im Verlauf Status nach CRPS Fuss links - Status nach os scaphoideum Hand links - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig - Diabetes mellitus Typ II - Arterielle Hypertonie

Die für den Bericht verantwortlich zeichnenden Ärzte führten im Wesentlichen aus, der Beschwerdeführer sei bei obengenannten Diagnosen zur psychosomatischen Rehabilitation zugewiesen worden. Im Verlauf des Aufenthalts habe er im Rahmen des interdisziplinären Therapieprogramms gesamthaft psychophysisch gut rekonduzieren sowie Schmerz copingstrategien erarbeiten und anwenden können. Zusätzlich habe er Strategien bei Aggression und Anspannung erlernen und anwenden und ruhiger werden können. Auch seine Selbstsorge und das Selbstvertrauen habe er zu steigern vermocht. Die Therapieziele hätten in allen Bereichen erreicht werden können. Eine weitere Psychotherapie sei unbedingt empfohlen, um den Beschwerdeführer beim Umsetzen der Strategien zuhause weiter zu unterstützen. Zur Erhaltung der Tagesstruktur sei die Integration in die Tagesklinik empfohlen. Bis zum 25. Juni 2008 sei eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Umfang von 100 % ausgestellt worden. Da die Weiterführung des ambulanten Programms dringend indiziert sei, solle eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit weiterhin attestiert werden. Je nach weiterem Verlauf sei gegebenenfalls die Aufnahme einer stundenweisen Tätigkeit in geschütztem Rahmen oder im Rahmen von Umschulungsmassnahmen empfohlen, um eine gewisse Tagesstruktur und Anerkennung zu gewährleisten. 4.2

Im polydisziplinären Gutachten der A.____ vom 14. August 2008 (Urk. 5/56/1-48) hatten die für das Gutachten verantwortlich zeichnenden Fachärzte (Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Rheumatologie) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - Status nach Calcaneus-Fraktur links am 8. Februar 2003 mit Status nach offener Reposition und Osteosynthese am 15. Februar 2003 - Status nach CRPS im Verlauf (2005) - sekundäre USG-Arthrose links - Chronisches Lumbovertebral-Syndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein bei degenerativer Diskopathie LWK3 bis S1 (MRI der LWS vom 9. Januar 2007) - Begleitende Ansatzentendinose am medialen Beckenkamm links mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie: - Leichtgradige depressive Episode - Diabetes mellitus Typ II - Arterielle Hypertonie

In rheumatologischer Hinsicht führten die Ärzte im Wesentlichen aus, der Beschwerdeführer habe beim Unfall eine Calcaneus-Fraktur links erlitten, die operativ behandelt worden sei. Im weiteren Verlauf habe sich gemäss Akten ein Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) eingestellt, das sich jedoch wieder zurückgebildet habe. Zudem sei eine USG-Arthrose dokumentiert, dies im Sinne einer posttraumatischen sekundären degenerativen Veränderung. Eine gleichzeitig erlittene Scaphoidfraktur an der linken Handwurzel sei konservativ behandelt worden. Diesbezüglich bestehe aktuell kein relevantes Gesundheitsproblem mehr. Mittels MRI vom 9. Januar 2007 seien Diskopathien der LWK3 bis S1 dargestellt worden mit Diskusprotrusionen ohne Hernie oder Kompression von neuralen Strukturen; diese degenerativen Veränderungen könnten für die vorhandene Kreuzschmerzproblematik mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein verantwortlich gemacht werden. Eine radikuläre Reizsymptomatik könne nicht bestätigt werden. Da eine verminderte Belastbarkeit des Fusses gegeben sei, bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maler aus rheumatologischer Sicht seit dem Unfall und andauernd eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, sich gelegentlich zu erheben und etwas umherzugehen und bei in der Regel leichten bis intermittierend mit teilschweren Gewichtsbelastungen sei hingegen zumutbar. Aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik erscheine die Leistungsfähigkeit durch einen etwas erhöhten Pausenbedarf jedoch um ca. 10 % eingeschränkt. Es seien hierfür sowohl die Schmerzen am linken Fuss wie auch die Kreuzschmerzen und die ansatzdiniotischen Beckenkammschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein verantwortlich (S. 20 f. und S. 37).

In psychiatrischer Hinsicht hielten sie im Wesentlichen fest, anlässlich der Untersuchung hätten Schmerzen im Bereich des linken Fusses sowie in der Wirbelsäulenregion nachgewiesen werden können. Diese Schmerzen liessen sich mit Blick auf die somatischen Akten hinreichend durch körperliche Störungen erklären, weshalb die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgeschlossen werden könne (S. 17). Anamnestisch liessen sich beim Beschwerdeführer des weiteren Symptome eruieren, welche die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien erfüllten. In ursächlicher Hinsicht seien für die depressive Episode die andauernden Schmerzen aber auch die Tatsache des Geschäftsverlustes zu nennen. Unter Berücksichtigung der heutigen Untersuchungssituation, in welcher sich die Stimmung im Verlaufe des Gespräches ein wenig aufgehellt und der Beschwerdeführer einen zusehends lebendigeren Eindruck hinterlassen habe, sei der Schweregrad der depressiven Episode als leicht zu beurteilen. Im Vergleich zu den Befunden des psychosomatischen Konsiliums der Rehaklinik G. ___ vom 31. März 2004 sei es bis heute zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik gekommen. Aufgrund der längeren Dauer derselben könne nicht mehr von einer Anpassungsstörung aus gegangen werden, weshalb nach ICD-10 eine depressive Episode zu diagnostizieren sei. Ebenfalls sei im Vergleich zu den Befunden laut nachträglich eingegangenen Bericht der C. ___ Davos vom 1. Juli 2008 (E. 4.1 hie vor) eine Verbesserung der depressiven Symptomatik zu erkennen; im Bericht werde denn auch beschrieben, dass es bereits während des Aufenthaltes zu einer solchen gekommen sei. Aus der diagnostizierten leichtgradigen depressiven Episode lasse sich aus psychiatrischer Sicht weder in der bisher ausgeübten noch in einer alternativen Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten. Es sei dem Beschwerdeführer zuzumuten, die notwendige

Willensanstrengung auf zubringen, einer 100%igen Tätigkeit uneingeschränkt nachzugehen (S. 17 f. und S. 47 f.).

Gesamtmedizinisch sei dem Beschwerdeführer seit dem Unfall die angestammte Tätigkeit als Maler andauernd nicht mehr zuzumuten. Seit der Beurteilung durch den Kreisarzt im September 2003 bestehe bis zum Begutachtungszeitpunkt - mit Ausnahme der Zeit der Hospitalisation sowie mit Ausnahme der Phase der Erkrankung am CPRS im Jahre 2005 - in einer adaptierten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit Einschränkung der Leistungsfähigkeit bedingt durch den etwas erhöhten Pausenbedarf von zehn Prozent (S. 26 f.). 4.3

In ihrem Gutachten vom 15. Dezember 2014 (Urk. 5/155) führten Dr. med. H.____, Spezialarzt Orthopädie FMH, Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. J.____, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, von der K.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 61): - Lumboischialgie links bei leichter Spondylarthrose L1-S1, Diskusprotrusion L4/5 mit leichter Kompression der Nervenwurzeln L5 beidseits sowie Diskushernie L5/S1 mit Kompression der Nervenwurzel S1 links - Deutliche Arthrose des unteren Sprunggelenks bei Senk-Spreizfuß links und Zustand nach Osteosynthese einer Calcaneusfraktur (joint depression Type) 2/2003 und Metallentfernung 2/2004, beginnende Arthrose calcaneocuboidal - Rezidivierende depressive Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden, bestehend seit mindestens 9/2008 - Kombinierte Persönlichkeitsstörung (paranoid, emotional instabil) - Somatisierungsstörung

Zusätzlich stellten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 62): - Leichte Genua vara - Senk-Spreizfuß rechts - Präadipositas - Diabetes mellitus - Arterielle Hypertonie - Nikotinabusus (55 pack years)

Ergänzend hielten sie fest, dass therapieresistente lumbale Schmerzen bestanden, die in beide Leisten sowie ab und zu in die Zehen I bis IV links ausstrahlen und die körperliche Leistungsfähigkeit subjektiv deutlich einschränken würden. Die lumbalen Schmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der Lendenwirbelsäule könnten im Wesentlichen auf die im MRI sichtbare leichte Spondylarthrose L1-S1 mit Diskusprotrusion L4/5 und leichter Kompression der Nervenwurzeln L5 beidseits sowie die Diskushernie L5/S1 mit Kompression der Nervenwurzel S1 links zurückgeführt werden. Die Nervenwurzeln L5 und S1 würden die Dermatome im Bereich der Zehen versorgen. Seit dem Unfall am 8. Februar 2003 hätten die therapieresistenten Schmerzen im linken Rückfuß zugenommen und würden die körperliche Leistungsfähigkeit subjektiv deutlich reduzieren. Die Schmerzen im linken Rückfuß und die pathologischen objektiven Befunde des linken Fußes seien mit der im MRI dokumentierten deutlichen Arthrose des unteren Sprunggelenks mit beginnender Arthrose calcaneocuboidal links vereinbar (S. 58 f.). 2008 sei im Gutachten der A.____ keine zervikale Problematik angesprochen worden. Das von Dr. L.____ postulierte Zervikoradikulärsyndrom mit sensiblem Ausfallsyndrom C6 links sei nicht mittels MRI respektive neurologischer Beurteilung dokumentiert. Anlässlich der jetzigen Begutachtung seien keine zervikalen Beschwerden angeführt worden. Seit dem MRI 2007 sei es zu einer Verschlechterung des lumbalen Befundes gekommen (S. 64).

Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe eine erhebliche Selbstlimitierung, eine fehlende Bereitschaft, sich anzustrengen unter Angabe von fehlender Motivation sowie eine erhebliche Symptomausweitung ergeben. Infolge der erheblichen

Symptomausweitung und Selbstlimitierung seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit kaum verwertbar. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests (S. 59).

Aus psychiatrischer Sicht könne seit mindestens 9/2008 eine rezidivierende depressive Störung mit inzwischen anhaltender mittelgradiger depressiver Episode diagnostiziert werden. Zudem lägen Hinweise für eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen Zügen und paranoiden Anteilen vor. Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fänden sich nicht, die Schmerzen seien überwiegend organisch erklärbar. Jedoch könne bei Symptomausweitung und zunehmenden Kopfschmerzen eine Somatisierungsstörung angenommen werden. Trotz konsequenter Behandlungsbemühungen bei vorhandener Motivation und Eigenverantwortung lägen unbefriedigende Behandlungsergebnisse vor. Erhalte seit 2006 eine regelmässige psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung in monatlichen Kontrollen, kombiniert mit medikamentöser Therapie und trotzdem habe im Verlauf keine Besserung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden können, wobei aufgrund der Persönlichkeitsstörung ein therapeutischer Zugang erschwert sei. Die beklagten Beschwerden seien in sich nur teilweise konsistent. Der Beschwerdeführer habe während der Untersuchung ausgeprägte Verdeutlichungstendenzen mit demonstrativen Hinweisen auf seine körperlichen Beschwerden gezeigt (S. 60 f.). Aus psychiatrischer Sicht sei es seit mindestens 9/2008 zu einer Verschlechterung gekommen (S. 64). Der Zeitraum davor könne retrospektiv nicht beurteilt werden (Urk. 5/155/110).

In der angestammten Tätigkeit als Maler bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechselungsweise sitzend und stehend ausgeübt würden, ohne dass dabei häufig inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen eingenommen werden müssten, die nicht mit häufigem Laufen, insbesondere auf Treppen, Leitern und unebenem Boden verbunden seien, könnten seit Abschluss der postoperativen Rehabilitation ab 6/2004 bei voller Stundenpräsenz zu 100 % zugemutet werden. Seit 9/2008 betrage die Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychischen Beschwerden gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 60 %, wobei es sich zusätzlich um Arbeiten in entspannter Atmosphäre, ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln solle (S. 62). 4.4

Dr. B.____ hielt in seinem Gutachten vom 18. Oktober 2017 (Urk. 20) keine Diagnosen mit und folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 35): -
Dysthymia - Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionisch-unreifen und emotional-instabilen Anteilen

Dazu führte er aus, beim Beschwerdeführer habe sich nach dem Unfall im Jahre 2003 infolge der sozialen Konsequenzen, insbesondere dem Verlust der beruflichen Tätigkeit, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion entwickelt. Wenn sich eine leichte depressive Symptomatik bis zu 24 Monate nach dem auslösenden Ereignis noch nicht wesentlich gebessert habe, müsse nach der ICD-10 eine Umcodierung der Diagnose - in der Regel zu einer Dysthymia - erfolgen. Vorliegend handle sich um eine länger anhaltende, leichte depressive Symptomatik, die letztendlich nun schon seit circa 12-13 Jahren bestehe und inzwischen eine beginnende Chronifizierung in allerdings sehr leichter Ausprägung zeige. Es sei deshalb davon auszugehen, dass seit spätestens 2008, eher

schon seit 2006, eine Dysthymia vorliege. Eine rezidivierende depressive Störung mit tatsächlich ausgeprägten mittelgradigen depressiven Episoden hätte eine mehrfache Indikation für stationäre psychiatrische Behandlungen erfordert. Zudem wäre eine adäquate, deutlich höher dosierte Medikation notwendig und indiziert gewesen. Dies sei seit 2003 nie der Fall gewesen. Eine rezidivierende depressive Störung liege nicht vor (S. 23 und S. 25).

Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten chronifizierten Schmerzen würden sich physiologisch oder somatisch, wie von den Orthopäden in den beiden Vorgutachten von 2008 und 2014 beschrieben und begründet, weitgehend erklären lassen. Hinweise auf das Vorliegen einer über die somatisch nachvollziehbaren Schmerzen hinausgehenden Schmerzsymptomatik, welche physiologisch nicht erklärbar, also im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung einzuordnen wäre, hätten nicht festgestellt werden können. Die sehr spezifische Diagnose Somatisierungsstörung könne nicht bestätigt werden, insbesondere fehle das wiederholte Drängen und Verlangen von multiplen somatischen Untersuchungen und Abklärungen über Jahre (S.

27 f.).

Das Vorliegen einer manifesten, kombinierten Persönlichkeitsstörung könne nicht bestätigt werden, da lediglich einige und nicht der überwiegende Teil der bei Versicherten mit einer Persönlichkeitsstörung vorhandenen dysfunktionalen Denk- und Verhaltensmuster und auch diese nur teilweise, zeitweilig und zudem in leichter Ausprägung vorlägen. Betroffene mit einer paranoiden Persönlichkeitsstörung, die definitionsgemäss spätestens in der Adoleszenz beginne, würden häufig und wiederholt mit Kollegen, Vorgesetzten, Kunden oder anderen Menschen in Konflikte geraten und seien in aller Regel Menschen, die es mit anderen Menschen schwer hätten und anderen aber insbesondere den Umgang mit ihnen auch schwermachen würden. Diese Besonderheiten könnten dem Lebenslauf des Beschwerdeführers keinesfalls entnommen werden. Auch könne nicht bestätigt werden, dass er bereits in der Jugendzeit unter spezifischen und ausreichend schwerwiegenden Beeinträchtigungen gelitten habe, die die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigen oder plausibilisieren könnten. Hingegen lägen leicht akzentuierte histrionisch-infantile und emotional-instabile Persönlichkeitszüge vor (S. 26 f.).

Eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach dem Unfallereignis, wie vom behandelnden Psychiater postuliert, könne nicht nachvollzogen werden. Diese spezifische Diagnose sollte Menschen vorbehalten bleiben, die tatsächlich schwerwiegenden und traumatisierenden emotionalen Belastungen wie Folter, Krieg, Konzentrationslager oder ähnlich schwerwiegenden und eingreifenden Lebensereignissen ausgesetzt gewesen seien. Zudem sei es möglich, dass sich diese Störung aus einer (unbehandelten) posttraumatischen Belastungsstörung entwickle. Eine solche Diagnose habe beim Beschwerdeführer aber nie vorgelegen (S. 28).

Beim Beschwerdeführer hätten sich in den letzten Jahren die psychosozialen Belastungsfaktoren immer mehr verstärkt. Diese ständen ganz im Vordergrund der Beschwerdeschilderung. So liege eine schwierige finanzielle Situation vor, ebenfalls ein subjektives, eigenwilliges Krankheitskonzept, Migrationshintergrund, eine sehr geringe Schulbildung, keine Berufsausbildung, eine Aufgabe der selbständigen Tätigkeit als Maler nach dem Unfall aus somatischen Gründen, erschwerte Bedingungen bei der Arbeitssuche in der freien Wirtschaft bei einem Alter von über 40 Jahren und geringen Qualifikationen, inzwischen ein geringer beruflicher Ehrgeiz und eine Dekonditionierung von regulären

beruflichen Tätigkeiten durch die lange Abstinenz vom freien Arbeitsmarkt, seit Jahren familiäre Probleme sowie ein Renten- und Entschädigungswunsch. Die psychosozialen Belastungsfaktoren seien vom behandelnden Psychiater in die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit mit einbezogen worden. Der Beschwerdeführer habe sich ein umfassendes Hilfesystem in der Familie aufgebaut und verharre in seiner subjektiven Sicht, an einer schweren Krankheit zu leiden. Es sei ein ausgeprägtes dysfunktionales Krankheits-, Schon- und Vermeidungsverhalten entstanden. Ein sekundärer Krankheitsgewinn und auch über Verdeutlichungstendenzen weit hinausgehende Tendenzen zu Aggravation hätten beobachtet werden können (S. 29, S. 31, S. 37 und S. 39).

Ab etwa 2006 stehe der Beschwerdeführer in niederfrequenter ambulanter psychiatrischer Behandlung mit einem Gespräch pro Monat. Die Antidepressiva seien seit Jahren niedrig und auch adäquat zur leichten depressiven Symptomatik dosiert (S. 21).

Zusammenfassend könne keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aus rein psychiatrischer Sicht habe seit dem Unfall im Februar 2003 nie eine andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Dem Beschwerdeführer seien sämtliche Hilfstätigkeiten in der freien Wirtschaft möglich, die unter Beachtung der somatischen Einschränkungen zugemutet werden könnten. Eine Tätigkeit im geschützten Rahmen sei nicht erforderlich. Hierdurch würde eine weitere Verstärkung der ausgeprägten Regressionstendenzen und des dysfunktionalen Vermeidungsverhaltens zu befürchten sein (S. 36). 4.5

Die behandelnden Fachpersonen der M.____, wo der Beschwerdeführer vom 18. September bis 5. Dezember 2017 hospitalisiert war, stellten in ihrem Austrittsbericht vom 15. Dezember 2017 (Urk. 27/2) folgende psychiatrischen Diagnosen (S. 1): - Rezidivierende depressive Störung – gegenwärtig schwer ohne psychotische Symptome - Nichtorganische Insomnie - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Schädlicher Gebrauch von Alkohol - Analphabetentum - Nach Vorbefunden: kombinierte Persönlichkeitsstörung (negativistische und impulsive Anteile)

Dazu führten sie aus, der Beschwerdeführer sei in einem sehr markant reduzierten und desolaten psycho-physiologischen Gesamtzustand eingetreten. Auffällig seien die deutlichen psychomotorischen Verlangsamungen, die schwere depressive Belastung sowie auch ein sehr markant gesteigertes Schmerzsyndrom gewesen. Seit langem beständen Belastungen wie fehlende Deutschkenntnisse, Analphabetismus, subjektiv erlebtes Unrecht in Form von Streichung der IV-Rente, belastendes IV-Verfahren, Umzug in eine andere Wohnung, Geldsorgen und eine starke innerfamiliäre Anspannung. Dennoch habe während der Hospitalisation eine deutliche Besserung der depressiven Symptomatik erreicht werden können (S. 2 f.). Es bestehe jedoch weiterhin eine relativ hohe Rückfallwahrscheinlichkeit in Hinblick auf eine depressive Dekompensation. Der Beschwerdeführer sei während der Dauer des Klinikaufenthalts und weiterer knapp vier Wochen zu 100 % arbeitsunfähig (S. 4). Er verstehe nicht, weshalb er auf Anweisung von Dr. B.____ nach Braunwald habe kommen müssen, statt eine ganze IV-Rente zu bekommen (S. 7). 5. 5.1

Die orthopädischen und allgemeininternistischen Teilgutachten von Dr. H.____ und Dr. J.____ vom K.____ vom 15. Dezember 2014 (E. 4. 3 hievor) beruhen auf den erforderlichen Untersuchungen, sind für die streitigen Belange umfassend und wurden in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die

Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation über zeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Insbesondere zeigten sie nachvollziehbar auf, dass die lumbalen Schmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der Lendenwirbelsäule auf die im MRI sichtbare leichte Spondylarthrose L1-S1 mit Diskusprotrusion L4/5 und leichter Kompression der Nervenwurzeln L5 beidseits sowie die Diskushernie L5/1 mit Kompression der Nervenwurzel S1 links zurückgeführt werden können und dass die Schmerzen im linken Rückfuss und die pathologischen objektiven Befunde des linken Fusses mit der im MRI dokumentierten deutlichen Arthrose des unteren Sprunggelenks mit beginnender Arthrose calcaneocuboidal links vereinbar sind. Zudem wiesen sie darauf hin, dass die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit eine erhebliche Selbstlimitierung, eine fehlende Bereitschaft, sich anzustrengen unter Angabe von fehlender Motivation, sowie eine erhebliche Symptomausweitung ergeben habe. Die Gutachter gelangten sodann zum ausführlich begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer aus orthopädisch-allgemeininternistischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr, hingegen in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit seit Abschluss der postoperativen Rehabilitation im Juni 2006 zu 100 % arbeitsfähig ist. Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Der Beschwerdeführer bestreitet das Vorliegen einer Dysthymia und machte überdies geltend, dass auch eine solche die Arbeitsfähigkeit erheblich einschränken könne. Selbst wenn dem jedoch so wäre oder andernfalls von der ebenfalls geltend gemachten rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden sowie einer Somatisierungsstörung ausgegangen würde, würde dies aus nachfolgenden Gründen nichts an der gemäss Dr. B. aus psychischer Sicht bestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit ändern.

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem

Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven vierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisse Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislustete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

E. 6.2.1

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ angeht, kann mit Blick auf die von Dr. B.____ aufgeführten aber auch gemäss Austrittsbericht der M.____ bestehenden zahlreichen psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. E. 4.4 f. hievore) nur von einer geringen Ausprägung ausgegangen werden. Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ ist festzuhalten, dass in Anbetracht der seit Jahren unveränderten und niederfrequenten ambulanten psychiatrischen Behandlung mit einem Gespräch pro Monat und niedriger Antidepressiva von einer Behandlungsresistenz nicht

ausgegangen werden kann. Eingliederungsmassnahmen haben bislang keine stattgefunden. Als „Komorbiditäten“ zu berücksichtigende krankheitswertige Störungen sind mit den somatischen Gesundheitsschäden (E. 4.3 hievov)

ausgewiesen .

Bei den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich, dass der Beschwerdeführer seit circa 26 Jahren verheiratet ist, vier erwachsene Kinder hat und mit seiner Ehefrau, den beiden Söhnen und seiner Mutter in einer Wohnung lebt. Seine beiden Schwestern wohnen im Herkunftsland. Der Kontakt mit seinem in Zürich lebenden Bruder bezeichnete er als eher distanziert, aber wenn er etwas benötige, helfe ihm dieser schon; mit Kollegen treffe er sich nicht. Am Morgen rufe ihn seine Frau, damit er seine Tabletten einnehme, am Mittag esse er mit ihr. Am Abend koche sie für die Familie, aber er habe oft keinen Appetit. Nach dem Abendessen gehe er eine Stunde spazieren, dabei begleite ihn seine Frau manchmal (Urk. 20 S. 15-17). Durch seine Einbettung in die Familie erhält der Beschwerdeführer eine Tagesstruktur. Trotz eines gewissen sozialen Rückzugs enthält sein Lebenskontext damit bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

E. 6.2.2

In der Kategorie „Konsistenz“ (bezüglich Abgrenzung und gegenseitigen Bezügen zu den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ eingehend Michael E. Meier, Zwei Jahre neue Schmerzrechtsprechung, in: Riemer-Kafka/Hürzeler, Das indikatorenorientierte Abklärungsverfahren, Zürich 2017, S. 138) zielt

der Indikator „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1). Der Beschwerdeführer stehe jeweils etwas nach 6 Uhr auf, trinke Kaffee, schaue TV, gehe je nach Wetter 20 Minuten bis eine Stunde spazieren, schaue wieder TV, esse mit seiner Frau zu Mittag, gehe am Nachmittag wieder ein bis zwei Stunden spazieren, dann setze er sich irgendwo hin und laufe später weiter . Am Abend koche die Ehefrau für die Familie , aber er esse oft nicht mit. Anschliessend schaue er wieder TV und gehe noch einmal eine Stunde spazieren. Gegen 22.00 oder 23.00 Uhr gehe er ins Bett. Er schlafe schlecht ein wegen seinen Schmerzen und Grübeln und erwache oft schon nach ein bis zwei Stunden wieder. Später könne er aber wieder weiterschlafen (Urk. 20 S. 17).

Der Beschwerdeführer sieht sich nicht mehr in der Lage, einer Arbeit nachzugehen. Das geschilderte Tagesaktivitätsniveau ist zwar in einem gewissen Umfang eingeschränkt, jedoch (längst) nicht entsprechend der von ihm geltend gemachten 100%igen Arbeitsunfähigkeit .

Im Rahmen des Indikators „ausgewiesener Leidensdruck“ (zur Abgrenzung vom Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ vgl. Michael E. Meier, a.a.O., S. 129) weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem

Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2). Der Beschwerdeführer steht seit Jahren in niederfrequenter ambulanter psychiatrischer Behandlung mit einem Gespräch pro Monat, die Antidepressiva sind seit Jahren niedrig. Abgesehen von einer zusätzlichen knapp einmonatigen stationären Hospitalisation im Mai/Juni 2008 (E. 4.1 hievor) fanden bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung keine weiteren Behandlungen statt. Wie Dr. B.____ ausführte, hätten jedoch psychische Beschwerden vom geltend gemachten Schweregrad eine mehrfache Indikation für stationäre psychiatrische Behandlungen erfordert. Eine solche fand jedoch erst im September 2017 auf Empfehlung von Dr. B.____ erneut statt. Gemäss dem Gutachter wäre bei den geltend gemachten psychischen Beschwerden zudem eine adäquate, deutlich höher dosierte Medikation notwendig und indiziert gewesen, was seit 2003 nie der Fall war. Von einem ausgewiesenen Leidensdruck kann in Anbetracht dieser geringen Behandlungsintensität offensichtlich nicht gesprochen werden. Trotz der mehrfach gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeit in zumindest einer Teilzeittätigkeit bemühte sich der Beschwerdeführer nie um Eingliederungsmassnahmen, weshalb auch eingliederungsanamnestisch kein Leidensdruck ausgewiesen ist.

E. 6.2.3

Bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren wäre damit – insbesondere mit Blick auf das inkonsistente Verhalten bezüglich der Einschränkung des Aktivitätsniveaus und der geringen Behandlungsintensität trotz geltend gemachten schweren psychischen Beeinträchtigungen – selbst bei Bejahung der mittelgradigen depressiven Störung sowie der Somatisierungsstörung eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit aus psychischer Sicht führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

E. 6.3

Zusammenfassend ist ausgewiesen, dass sich der physische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ab Juni 2006 verbessert hat (vgl. E. 5.1 hievor). Ein für die Befristung der Rente erforderlicher Revisionsgrund ist damit gegeben. Es ist seit dem Unfall vom 8. Februar 2003 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und seit Juni 2004 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit auszugehen. Zu prüfen bleibt, wie sich das Leistungsvermögen in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. 7. 7.1

Der für die Invaliditätsbemessung und damit den Rentenanspruch massgebende 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 (BGE 130 V 343 E. 3.4.2).

Der Beschwerdeführer erzielte gemäss Arbeitgeberfragebogen vom 23. September 2004 bei der Y.____ GmbH ein Jahreseinkommen von Fr. 75'400.-- (Urk. 5/25 S. 2). Gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 5/69/3) wurde ihm jedoch von der Y.____ GmbH im Jahr vor dem Unfall lediglich ein Gehalt von Fr. 53'000.-- ausgerichtet. Der

Beschwerdeführer war Geschäftsführer der Unternehmung (Urk. 5/25 S. 3) und hat den Arbeitgeberfra gebogen selbst ausgefüllt und unterzeichnet (vgl. Unterschriften Urk. 5/25 S. 3 und Urk. 5/24). In Anbetracht dieser Umstände kann auf seine Angaben nicht unbesehen abgestellt werden. Zu seinen Gunsten ist vom gemäss IK-Auszug im Jahr 2002 bei der Y.____ GmbH erzielten Einkommen von Fr. 53'000.-- auszu gehen, statt dem gemäss IK-Auszug in den drei Jahren vor dem Unfall erzielten durchschnittlichen Jahreslohn von lediglich Fr. 28'283.--.

Aufgerechnet auf das Jahr 2008 (von Index 1933 auf Index 2092, Entwicklung der Nominallöhne, Bundesamt für Statistik, T39, Männer) ergibt sich somit ein Valideneinkommen von Fr. 57'359.55.

Die Suva ging mit Entscheid vom 5. Dezember 2007 (Urk. 5/52/2 f.) von einem versicherten Jahresverdienst von Fr. 76'290.-- (inkl. Kinderzulagen; Urk. 5/34/20) aus, doch beruhte dieser auf einem Vergleich zwischen ihr und dem Beschwerdeführer (vgl. Urk. 5/95/5) und ist im invalidenversicherungs rechtlichen Verfahren bereits aus diesem Grund nicht massgebend. Eine Bin dungswirkung besteht rechtsprechungsgemäss nicht (BGE 133 V 549). Ebenso wenig massgebend ist damit die Tastsache, dass sie ihm seit Jahren gestützt auf eine rein unfallbedingte Invalidität von 40 % Leistungen erbringt (Urk. 1 S. 7). 7.2

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens ist auf die Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2008, TA1, abzustellen, nachdem vorliegend die Ausrichtung einer Rente ab Oktober 2008 strittig ist. Der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) für Männer in einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) beläuft sich auf Fr. 4'806.--. Dies ergibt unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen durch schnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T. 03.02.03.01.04.01) ein Jahres einkommen von Fr. 59'978.90 per 2008 . 7.3

Der Beschwerdeführer machte geltend, es sei ein leidensbedingter Abzug von 20 % zu berücksichtigen (Urk. 1 S. 7). Nachdem jedoch beim Vergleich des Validen- mit dem Invalideneinkommen selbst beim maximal zulässigen Lei densabzug von 25 % ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 22 % resultiert, kann davon abgesehen werden, über die Höhe desselben zu entschei den.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 8

.

E. 8.1

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 1'0 00.-- festzule gen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

E. 8.2

Die Kosten der Begutachtung durch Dr. B.____ in der Höhe von Fr. 6'322.10 (Urk. 19) sind von der Beschwerdegegnerin zu tragen und somit dem Gericht zurückzuerstatten, war doch die Veranlassung eines Gerichtsgutachtens uner lässlich, nachdem bei Erl ass der angefochtenen Verfügung ein offensichtlich nicht beweiskräftiges Teilg utachten (vgl. E.

5.2 hievor) vorgelegen, auf welches sich die Beschwerdegegnerin indes nicht abgestützt hatte ohne dass sie eine neue Begutachtung angeordnet hätte (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 und Urteil des Bundesgerichts 8C_113/2017 vom 29. Juni 2017 E. 7.2-3). Der Aufwand für das Gutachten von pauschal Fr. 6'000.-- erscheint mit Blick auf die komplexe und umfangreiche Aktenlage als angemessen. Auch die Dolmetscherkosten von Fr. 322.10 sind ausgewiesen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3 .

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten für das Gerichtsgutachten von Fr. 6'322.10 zu erstatten. 4 .

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

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

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

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

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