

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00292 vom 20. August 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00292

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00292 du 20 août 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00292 del 20 agosto 2019

Erwägungen

E. 1.1

X.____ wurde 1971 im Kosovo geboren, absolvierte nach der Schulzeit eine Ausbildung zum Bäcker (vgl. die Ausbildungsbestätigung vom 25. Mai 2004, Urk. 9/44/3) und arbeitete danach in Bosnien und in Kroatien in diesem Beruf (Angaben in der Anmeldung bei der Invalidenversicherung vom 10. Juli 2004, Urk. 9/1/3-4; Lebenslauf in Urk. 9/16 und Urk. 9/44/1; Angaben im Gutachten von Dr. med. Z.____ vom 2. Oktober 2017, Urk. 9/189/6-7). Im Jahr 1998 zog er in die Schweiz, wo er zunächst als Pizzaiolo und als Bauhilfsarbeiter tätig war und im Oktober 1999 eine Stelle als Bäcker bei der A.____ antrat (vgl. Urk. 9/16 sowie den Auszug aus dem individuellen Konto vom 23. August 2004, Urk. 9/6, und die Angaben der A.____ vom 31. August 2004 im Fragebogen für den Arbeitgeber, Urk. 9/7).

In der Folge musste X.____ die Arbeit als Bäcker wegen eines Handekzems aufgrund der Feuchtarbeit mit Teig aufgeben und verlor die Stelle bei der A.____ per Ende Juli 2004 (vgl. die Akten der Suva in Urk. 9/9/1-128). Er meldete sich deshalb im Juli 2004 mit dem Ersuchen um Unterstützung bei der Stellensuche bei der Invalidenversicherung an (Urk. 9/1). Nachdem er im Mai 2005 bei der Y.____ eine Vollzeitstelle als Prozessoperator (Maschinenführer) hatte antreten können (Arbeitsvertrag in Urk. 9/18/1-3), verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, mit Verfügung vom 30. August 2005 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen (Urk. 9/20). Von der Suva wurde X.____ mit Verfügung vom 10. Oktober 2006 rückwirkend per 1. August 2004 als nicht geeignet für alle Arbeiten mit Teig erklärt (Urk. 9/22) und erhielt deswegen eine Übergangsentschädigung (Verfügungen vom 2. März 2007 und vom 13. Februar 2008, Urk. 9/23 und Urk. 9/24).

E. 1.2.1

Im Jahr 2009 wurde X.____ wegen chronischer Kopfschmerzen untersucht (Bericht des B.____ vom 10. September 2009, Urk. 9/40/7), und im Jahr 2010 wurde er wegen thorakolumbovertebraler Schmerzen, die Ende Februar 2010 akut geworden waren und zur Arbeitseinstellung geführt hatten, ärztlich behandelt (Bericht des C.____, Klinik für Innere Medizin, vom 29. März 2010, Urk. 9/40/16-19). Er meldete sich deshalb am 29. Juni 2010 erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 9/28).

Das Arbeitsverhältnis mit der Y.____ wurde in der Folge per Ende November 2010 aufgelöst (vgl. das Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberatung in Urk. 9/43/1+3).

Im Zuge ihrer Abklärungen nahm die IV-Stelle Kenntnis von den Angaben der Arbeitgeberin vom 13. Juli 2010 (Urk. 9/33) und holte den Bericht der Hausärztin Dr. med. D.____, Spezialärztin für Innere Medizin, vom 2. September 2010 ein (Urk. 9/40/1-6).

Des Weiteren erfuhr sie, dass X.____ im Juni 2010 eine ambulante Behandlung im E.____ aufgenommen hatte (Bericht vom 10. August 2010, Urk. 9/40/25-27), dass dort im Januar 2011 eine interdisziplinäre Abklärung stattgefunden hatte und anschliessend von Anfang März bis Anfang Juni 2011 eine ambulante tagesklinische Behandlung durchgeführt worden war (Berichte vom 26. Januar 2011, Urk. 9/51, und vom 11. Mai 2011, Urk. 9/53/5-8 und Urk. 9/54) und dass der Versicherte von Ende Juni bis Ende August 2011 in der F.____ stationär behandelt worden war (Kurzbericht vom 19. Dezember 2011, Urk. 9/67).

Sodann liess die IV-Stelle durch die MEDAS G.____ das polydisziplinäre Gutachten vom 5. Januar 2012 erstellen (Urk. 9/68, gezeichnet von Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, und Dr. med. I.____, Spezialarzt für Rheumatologie, Chefarzt; Konsiliarbericht von Dr. med. J.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. September 2011, Urk. 9/69/14-21; Konsiliarbericht von Dr. med. K.____, Spezialarzt für Neurologie, vom 29. September 2011, Urk. 9/69/3-6; Konsiliarbericht von Dr. med. L.____, Spezialarzt für Rheumatologie, vom 5. Oktober 2011, Urk. 9/69/7-13).

Mit Verfügung vom 23. Mai 2012 verneinte die IV-Stelle den Anspruch von X.____ auf eine Invalidenrente gestützt auf das Gutachten der MEDAS G.____ (Urk. 9/83).

E. 1.2.2

X.____, vertreten durch Milosav Milovanovic, Beratungsstelle für Ausländer, liess gegen diese Verfügung Beschwerde erheben (Urk. 9/90/3-7; Prozess Nr. IV.2012.00681) und informierte darüber, dass er von Ende Februar bis Ende April 2012 wiederum in der F.____ stationär behandelt worden war (Austrittsbericht vom 7. Mai 2012, Urk. 9/84). Des Weiteren berief er sich namentlich auf die Berichte des behandelnden Psychiaters Prof. Dr. med. M.____, Facharzt für Psychotherapie, Psychoanalyse und psychosomatische Medizin, vom 20. September und vom 17. Oktober 2013, die dieser als Mitarbeiter des E.____ und später als Mitglied einer anderen Praxismgemeinschaft verfasst hatte (Urk. 9/101/3 und Urk. 9/105/2), sowie auf weitere Berichte des E.____ (Urk. 9/91/12-15 und Urk. 9/95).

Mit Urteil vom 30. Januar 2014 hob das Sozialversicherungsgericht die angefochtene Verfügung auf und wies die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die IV-Stelle zurück (Urk. 9/108). Es erachtete die somatisch-medizinischen Einschätzungen im Gutachten der MEDAS G.____ als einleuchtend (Urk. 9/108/9-10 E. 3.4.2), beurteilte hingegen das psychiatrische Konsiliargutachten von Dr. J.____ als unvollständig. Namentlich qualifizierte das Gericht die Auseinandersetzung mit den Vorakten als ungenügend (Urk. 9/108/10-12 E. 3.4.3) und vermisste ausserdem die Berücksichtigung des aktuellsten Behandlungsverlaufs mit der nochmaligen Hospitalisation in der F.____ (Urk. 9/108/12-13 E. 3.4.4). Das Urteil blieb unangefochten.

E. 1.3.1

Die IV-Stelle holte im Anschluss an das Urteil vom 30. Januar 2014 den Bericht von Prof. M.____ vom 27. März 2014 (Urk. 9/112) und den Bericht der Klinik für Innere Medizin des C.____ vom 11. August 2014 (Urk. 9/119/1-4) ein und nahm vom Versicherten den Bericht des E.____ vom 26. August 2014 entgegen (Urk. 9/121). Danach liess sie den Versicherten durch die Institution N.____ des O.____ nochmals polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 20. Februar 2015 von Dr. med. P.____, Facharzt für Allgemein- und Arbeitsmedizin, Fallführung, Dr. med. Q.____, Spezialärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. R.____, Spezialarzt für Innere Medizin und Rheumatologie, und Dr. med. et phil. S.____,

Spezialarzt für Neurologie , Urk. 9/138).

Im Vorbescheidverfahren liess der Versicherte zusätzliche Berichte des E.____ und von Prof. M.____ einreichen (Urk. 9/146/6 9 und Urk. 9/150/2-3 sowie Urk. 9/146/4-5

und Urk. 9/150/1). Ausserdem erhielt die IV-Stelle von der Gutachtenstelle N.____ die erbetenen Ergänzungen vom 26. August 2015 (Urk. 9/139 und Urk. 9/149).

Mit Verfügung vom 28. Dezember 2015 entschied die IV-Stelle im Sinne ihres Vorbescheids und verneinte den Rentenanspruch des Versicherten erneut (Urk. 9/155).

E. 1.3.2

X.____ liess gegen diese Verfügung wiederum Beschwerde durch Milosav Milovanovic erheben (Urk. 9/162/3-8; Prozess Nr. IV.2016.00175) und liess im Beschwerdeverfahren eine aktuelle psychiatrische Beurteilung von Prof. M.____ vom 16. Februar 2016 (Urk. 9/163/5-6) und einen Bericht des E.____ vom 20. April 2016 über den Verlauf seit der letzten interdisziplinären Abklärung vom April 2011 (Urk. 9/168/6-13) beibringen.

Mit Urteil vom 31. Oktober 2016 hob das Sozialversicherungsgericht die angefochtene Verfügung erneut auf und wies die Sache abermals an die IV-Stelle zurück (Urk. 9/170). In somatischer Hinsicht beurteilte das Gericht den Sachverhalt auch diesmal als genügend abgeklärt, hingegen stellte es immer noch Abklärungsbedarf in psychiatrischer Hinsicht fest, da sich die Erstlerin des psychiatrischen Fachgutachtens Dr. Q.____ unter Hinweis auf eine massive Symptomausweitung ausserstande gesehen hatte, eine Bezifferung der Arbeitsunfähigkeit vorzunehmen, jedoch vorgeschlagen hatte, zur Gewinnung weiterer Informationen zu den krankheitsbedingten Einschränkungen eine Begutachtung in stationärem Rahmen vorzunehmen (Urk. 9/170/14-16 E. 3.6.3- E. 3.6.5).

Dementsprechend verpflichtete das Gericht die IV-Stelle zur Veranlassung einer stationären psychiatrischen Abklärung (Urk. 9/170/17 E. 3.7). Das Urteil blieb wiederum unangefochten.

E. 1.4

In Nachachtung dieses Urteils beauftragte die IV-Stelle Dr. med. Z.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Leitender Arzt des T.____, mit der stationären Begutachtung von X.____, und der Versicherte hielt sich zu diesem Zweck vom 15. bis zum 19. Mai 2017 in dieser Institution auf. Am 2. Oktober 2017 legte Dr. Z.____ sein Gutachten vor (Urk. 9/189).

Mit Vorbescheid vom 12. Oktober 2017 eröffnete die IV-Stelle dem Versicherten dass sie seinen Rentenanspruch ein weiteres Mal zu verneinen gedenke, da aufgrund des Gutachtens von Dr. Z.____ kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei (Urk. 9/193; Feststellungsblatt in Urk. 9/191). Der Versicherte, nach wie vor vertreten durch Milosav Milovanovic, liess mit Eingabe vom 12. November 2017 Einwendungen erheben (Urk. 9/196) und berief sich unter anderem auf einen Bericht von Dr. med. U.____, Spezialarzt für Neurologie, vom 24. Oktober 2017 über die Verlaufsuntersuchung nach einer Untersuchung vom März 2017 (Urk. 9/195/3-5 und Urk. 9/179). Ferner liess der Versicherte der IV-Stelle mit Eingabe vom 11. Dezember 2017 (Urk. 9/199) nachträglich Stellungnahmen der behandelnden Ärzte zum Gutachten von Dr. Z.____ zukommen, nämlich eine Stellungnahme von Prof. M.____ vom 20. November 2017 (Urk. 9/198/1-2) und eine Stellungnahme des E.____ vom 25. November 2017 (Urk. 9/198/3-7) .

Die IV-Stelle entschied mit Verfügung vom 19. Februar 2018 im Sinne ihres Vorbescheids und verneinte den Anspruch von X.____ auf eine Invalidenrente (Urk.).

E. 2

Mit Eingabe vom 22. März 2018 liess X.____, nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Markus Steudler, Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. Februar 2018 erheben (Urk. 1) und beantragen, die Verfügung sei aufzuheben, die IV-Stelle sei zu verpflichten, ihm die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu erbringen und ihm insbesondere ab dem 1. Februar 2011 eine ganze Invalidenrente auszurichten, eventualiter sei die IV-Stelle zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen zu tätigen und gestützt darauf den Invaliditätsgrad zu bestimmen und das Leistungsbegehren neu zu beurteilen (Urk. 1 S. 2). In prozessualer Hinsicht liess X.____ um die unentgeltliche Prozessführung und um die Bestellung seines Anwaltes zum unentgeltlichen Rechtsvertreter ersuchen (Urk. 1 S. 2). Mit Verfügung vom 22. Mai 2018 entsprach das Gericht dem Gesuch um die unentgeltliche Rechtspflege und stellte dem Versicherten die Beschwerdeantwort zu (Urk. 13).

Der Versicherte liess mit Eingabe vom 15. Juni 2018 Ergänzungen zur Beschwerdeschrift anbringen (Urk. 15). Dabei liess er namentlich auf seine somatischen Beschwerden hinweisen und hierzu einen Bericht der V.____ vom 24. November 2014 über eine rheumatologische Beurteilung sowie Berichte und Rechnungen von Dr. med. W.____ über physiotherapeutische Behandlungen in den Jahren 2017 und 2018 einreichen (Urk. 16/1-4). Des Weiteren liess der Versicherte mit Eingabe vom 25. Juli 2018 (Urk. 19) den Austrittsbericht der F.____ über eine erneute stationäre Behandlung von Anfang Juni bis Mitte Juli 2018 nachreichen (Urk. 20). Die IV-Stelle nahm am 27. Juli und am 10. August 2018 zu den Eingaben und Unterlagen des Versicherten Stellung (Urk. 22 und Urk. 23). Dieser reagierte darauf mit einer Eingabe vom 23. August 2018 (Urk. 25). Ferner liess der Versicherte mit Eingabe vom 4. Januar 2019 (Urk. 27) einen Bericht der Oberärztin Dr. med. AA.____ der F.____ vom 6. Dezember 2018 beibringen, wo er nach dem stationären Aufenthalt eine sogenannte Narrative Expositionstherapie aufgenommen hatte (Urk. 28). Mit Eingabe vom 31. Januar 2019 machte die IV-Stelle von der Gelegenheit zur Stellungnahme dazu Gebrauch (Urk. 30). Mit Verfügung vom 26. Juni 2019 wurde die Pensionskasse Y.____ zum Prozess beigegeben (Urk. 32). Diese verzichtete mit Eingabe vom 12. Juli 2019 auf eine Stellungnahme (Urk. 23).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2012 sind die im Zuge der Revision 6a geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zugrunde zu legen sind, die gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 19. Februar 2018 ergangen. Da ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der IV-Revision 6a begonnen hat - zur Diskussion steht der Anspruch auf eine Rente aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2010 - und die Verfügung eine Dauerleistung betrifft, ist

entsprechend der dargelegten intertemporalen Regelung für die Zeit bis Ende 2011 auf die damals gültig gewesenen Bestimmungen und für die Zeit ab Anfang 2012 auf die neuen Normen der IV Revision 6a abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Soweit jedoch die Revision 6a keine substantiellen Änderungen gegenüber der früheren Rechtslage gebracht hat, ist die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2).

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerb sunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]).

Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art.

E. 2.2

Bei der Schmerzstörung handelt es sich um diejenige Diagnose, die sowohl Dr. Q.____ der Gutachtenstelle N.____ als auch Prof. M.____ sowie die behandelnden Ärzte des E.____ (für die Zeit nach der Begutachtung durch Dr. Q.____ vgl. Urk. 9/146/9, Urk. 9/150/3 und Urk. 9/168/7) und der F.____ gestellt hatten und die somit medizinisch unumstritten ist. Ob die Störung als anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder im Sinne von Dr. Q.____ als chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren einzuordnen ist, kann offen bleiben, da diese Unterscheidung in der aktuellsten Auflage des ICD-10 mangels ausreichender Abgrenzbarkeit nicht mehr getroffen wird.

E. 2.2.1

Im Hinblick auf das Erfordernis in Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG hatte das Bundesgericht die Arbeitsunfähigkeit bei bestimmten Leiden seit dem Jahr 2004 nach besonderen Grundsätzen beurteilt. Es hatte diese Leiden unter dem Begriff der pathogenetisch-ätiologisch unklaren

syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage zusammengefasst und festgestellt, es seien dies Störungen, die sich hinsichtlich ihrer invalidisierenden Wirkung einer objektiven Beurteilung weitgehend entzögen, weil sie in erster Linie auf den Angaben der Patienten basieren (BGE 139 V 547 E. 5.9 mit Hinweis auf BGE 130 V 352). Das Bundesgericht war weiter zum Schluss gelangt, dass solche Störungen keinen direkten Nachweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit erlaubten und der Nachweis daher indirekt, gestützt auf Indizien, zu erbringen sei, wobei bei Beweislosigkeit vermutet werde, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirke (BGE 139 V 547 E. 7.2 und E. 8.1).

Für diesen Nachweis hatte das Bundesgericht in Anlehnung an eine bestimmte medizinische Lehrmeinung (vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.3 mit Hinweis auf Klaus Foerster, Begutachtung und Erwerbsfähigkeit bei Patienten mit psychogenen Störungen, SZS 1996 S. 486 ff.) besondere Kriterien aufgestellt, die in gewisser Ausprägung und Zahl erfüllt sein mussten (BGE 137 V 64 E.

4.1). Als Hauptkriterium hatte das Bundesgericht eine psychische Komorbidität genannt, also die Diagnose einer weiteren, von der pathogenetisch-ätiologisch unklaren Störung zu unterscheidenden psychischen Krankheit von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Für den Fall des Fehlens einer psychischen Komorbidität hatte das Bundesgericht weitere

Faktoren bezeichnet, die bei entsprechender Intensität auf eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit hinweisen können, nämlich chronische körperliche Begleiterkrankungen und einen mehrjährigen Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung, einen ausgewiesenen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens, einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (sogenannter primärer Krankheitsgewinn, «Flucht in die Krankheit») sowie unbefriedigende Ergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter oder stationärer Behandlungs- oder Rehabilitationsbemühungen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 139 V 547 E. 9.1.1, 137 V 64 E. 4.1, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.3).

Ursprünglich hatte das Bundesgericht diese Kriterien für die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Code F45.4 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10) entwickelt, später hatte es sie auf alle pathogenetisch-ätiologisch unklaren

Beschwerdebilder im dargelegten Sinne ausgedehnt (vgl. die Kasuistik in BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 139 V 547 E. 2.2). Das Bundesgericht hatte den Kriterien normativen Charakter zugeschrieben und dazu festgehalten, der ursprüngliche Katalog fachpsychologischer Prognosekriterien habe sich zu einem rechtlichen Anforderungsprofil verselbständigt (vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.3 und E. 7.2).

E. 2.2.2

Im Grundsatzurteil vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) hat das Bundesgericht entschieden, an der bisherigen Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage nicht länger festzuhalten und die sogenannte Überwindbarkeitsvermutung aufzugeben. Stattdessen hat das Bundesgericht unter Aufstellung von Standardindikatoren ein neues Prüfungsraster entwickelt, anhand dessen die Auswirkungen solcher Beschwerdebilder zu ermitteln sind. Es präsentiert sich wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 und E. 6): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» - Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex «Sozialer Kontext» - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck.

Dieses Raster verzichtet insbesondere auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und auf die Bedeutung der psychiatrischen Komorbidität als Hauptkriterium (vgl. BGE 141 V 281 E. 6). Hingegen schreibt das Bundesgericht dem neuen Raster wiederum normativen Charakter zu, weist jedoch darauf hin, dass es die Aufgabe der medizinischen Fachpersonen sei, innerhalb der einschlägigen Indikatoren das Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1 und E. 5.2). Des Weiteren müssen die funktionellen Einschränkungen nach wie vor mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein - nunmehr anhand der neuen Standardindikatoren -, und es ist die versicherte Person, welche die Beweislast dafür trägt (vgl. BGE 141 V 281 E. 6).

E. 2.2.3

In einem weiteren Schritt hat das Bundesgericht in zwei Grundsatzurteilen vom 30. November 2017 die Anwendbarkeit der neu entwickelten Standardindikatoren auf grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen ausgedehnt, indem es für alle diese Erkrankungen das strukturierte Beweisverfahren als massgebend erklärt hat (BGE 143 V 418 E. 7, 143 V 409 E. 4.4 und E. 4.5). Damit hat das Bundesgericht insbesondere seine bisherige Rechtsprechung zu den depressiven Störungen geändert und hält nicht länger daran fest, dass rezidivierende oder episodische Depressionen leicht- bis mittelgradiger Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (vgl. die Zusammenfassung der bisherigen Rechtsprechung in BGE 143 V 409 E. 4.1).

E. 2.2.4

Von vornherein nicht als invalidenversicherungsrechtlich relevant gelten geklagte Beschwerden insoweit, als sie aggraviert werden, also als stärker beeinträchtigend dargestellt werden, als sie tatsächlich sind beziehungsweise empfunden werden. Hinweise für eine Aggravation erblickt das Bundesgericht etwa darin, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, dass intensive Schmerzen angegeben werden, die jedoch nur vage charakterisiert werden, dass Klagen in einer Weise demonstrativ vorgetragen werden, die unglaubwürdig wirkt, dass keine medizinischen Behandlungen in Anspruch genommen werden und dass schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2 und E. 3.7.1, 131 V 49).

Des Weiteren gilt rechtsprechungsgemäss der Grundsatz, dass ein invalidenversicherungsrechtlich relevantes Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen bestehen darf, die von psychosozialen und soziokulturellen Faktoren her rühren, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde umfassen muss, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss nach der Rechtsprechung eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein. Dort, wo nur Befunde erhoben werden, die in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden und somit gleichsam in ihnen aufgehen, verneint das Bundesgericht einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweis).

E. 2.3

Sodann beobachtete Dr. Z.____ wie die behandelnden Ärzte und die Gutachterin Dr. Q.____ eine depressive Symptomatik mit verminderter Antriebslage. Dabei erachtete er den Schweregrad der Depression gegenwärtig als nicht mehr sehr ausgeprägt, sondern noch als leicht bis mittelgradig, und nahm eher eine affektstarre und morose als eine depressive Grundstimmung wahr (Urk. 9/189/21 +43). Des Weiteren verneinte Dr. Z.____ das Vorliegen einer eigentlichen Persönlichkeitsstörung und begründete dies einleuchtend damit, dass der dafür erforderliche Beginn im Jugendalter nicht ausgewiesen sei (Urk. 9/189/33-34). Hingegen teilte er die Feststellung von ängstlich-vermeidenden Tendenzen bei der Problembewältigung (Urk. 9/189/30+34 +43), wie sie schon Dr. Q.____ aufgefallen waren. Er vereinte deshalb die depressiven und die ängstlich vermeidenden Züge in der

Diagnose einer Angststörung und depressiven Störung gemischt beziehungsweise nach dem genauen Terminus der ICD-10 einer « Angst und depressiven Störung , gemischt » (ICD-10 Code F41.2). Für die Wahl dieser Diagnose führte Dr. Z.____

an, es sei nicht entscheidend, ob der Beschwerdeführer mehr durch die Angst oder mehr durch die Depression in seinen alltäglichen Aktivitäten zurückgebunden sei (Urk. 9/189/31). Da her kann darin kein Widerspruch zur zeitweiligen Einstufung der Depression als mittelschwer durch Dr. Q.____

oder sogar als schwer durch die behandelnden Ärzte gesehen werden , ungeachtet dessen, dass die ICD-10 die Verwendung der Diagnose nach Code F41.2 nur dort empfehlen, wo die Angst und die Depression den Schweregrad einer eigenständigen Diagnose nicht erreichen.

Dr. Z.____ anerkannte denn auch ausdrücklich, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit eine schwerere Phase der Depression durchgemacht habe, und stellte für jene Phase in den Jahren 2010 bis 2012 die Diagnose der Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (Urk. 9/189/31+52) . Auch diese Diagnose ist entgegen der Kritik des E.____ (Urk. 9/198/5) einleuchtend. Insbesondere ist in Abweichung von den Vorbringen in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 24) plausibel, dass Dr. Z.____ die Umstände des Verlusts der Arbeit als den diagnosespezifischen Belastungsfaktor wertete (vgl. Urk. 9/189/50) . Denn als der Beschwerdeführer im Juni 2010 - auf Anraten seines damaligen Rechtsvertreters hin - erstmals das E.____ aufsuchte, stand zwar eine depressive Symptomatik schon zur Diskussion (Urk. 9/40/25-27). Im Berufsberatungsgespräch vom Oktober 2010 bezeichnete der Beschwerdeführer seinen psychischen Zustand aber als grundsätzlich gut und zeigte sich motiviert für eine Ausbildung zum Chauffeur oder Kondukteur (Urk. 9/43). Es ist daher von Wechselwirkungen zwischen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und Gesundheitszustand auszugehen. Dies gilt umso mehr, als das Ereignis von Ende Februar 2010 in den administrativen Akten nicht dokumentiert ist und in den späteren medizinischen Akten wohl ab und zu erwähnt wird, aber nicht mit Angaben über unfallspezifische Untersuchungen und Befunde belegt ist und insbesondere weder im Bericht der Klinik für Innere Medizin des C.____ vom 29. März 2010 (Urk. 9/40/16 -19) noch im Erstbericht des E.____ vom 10. August 2010 (Urk. 9/40/25-27) aufgeführt ist .

E. 2.3.1

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente , wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente , wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen).

Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 28 Abs. 1 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig war (lit. b), sofern sie nach Ablauf dieses Jahres zu

mindestens 40 % invalid ist (lit. c). Zusätzlich kann der Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG nicht vor Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung entstehen.

Die Wartezeit im Sinne Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich in diesem Sinne gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AHI 1998 S. 124 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts I 10/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.1.1 in fine mit Hinweisen).

E. 2.3.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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 rechtsprechungsgemäss jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist gestützt auf Art. 88a Abs. 1 IVV die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird, und sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist nach Art. 88a Abs. 2 IVV zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat.

Die Grundsätze zur Rentenrevision gelten rechtsprechungsgemäss auch dort, wo sich eine versicherte Person, deren Rentenanspruch verneint worden ist, bei der Invalidenversicherung erneut zum Rentenbezug anmeldet. Dort ist ebenfalls zu prüfen, ob seit dem Erlass des rentenabweisenden Entscheids eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist (vgl. BGE 130 V 71 E. 3.1 und 3.2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 2.4

Im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz. Der Versicherungsträger prüft nach Art. 43 Abs. 1 ATSG die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein, wobei mündlich erteilte Auskünfte schriftlich festzuhalten sind.

Bei Beweislosigkeit fällt der Entscheid zu Ungunsten jener Partei aus, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel kommt jedoch erst dann zum Zug, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b). 3.

Strittig und zu prüfen ist nach wie vor, ob und gegebenenfalls für welchen Zeitraum der Beschwerdeführer aufgrund der Anmeldung vom 29. Juni 2010 Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

Wie bereits im Urteil vom 30. Januar 2014 dargelegt worden ist (Urk. 9/108/8 E. 3.2), handelt es sich bei der Anmeldung vom 29. Juni 2010 (Urk. 9/28) in Bezug auf den

Rentenanspruch um ein erstmaliges Leistungsgesuch, weshalb die Grundsätze zur Rentenrevision nicht anwendbar sind und der Anspruch des Beschwerdeführers nicht von einer Änderung im Sachverhalt ab einem bestimmten Zeitpunkt abhängig ist.

Ebenfalls weiterhin massgebend (vgl. dazu auch § 26 Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer])

sind die Erwägungen in den Urteilen vom 30. Januar 2014 und vom 31. Oktober 2016, wonach das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG zu laufen begann, als der Beschwerdeführer seine Arbeitstätigkeit bei der Y.____ am 25. Februar 2010 aus gesundheitlichen Gründen einstellte und ab dann arbeitsunfähig geschrieben war, und wonach er somit frühestens ab dem 1. Februar 2011 Anspruch auf eine Rente haben kann, sofern er ab dem 25. Februar 2010 während eines Jahres durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig war (beziehungsweise erwerbsunfähig im vorliegenden besonderen Fall eines Berufswechsels aus Krankheitsgründen und späterer gesundheitlicher Einschränkungen im neuen Beruf; vgl. Urteil des Bundesgerichts I 305/00 vom 8. April 2002 E. 3c mit Hinweis auf BGE 104 V 141 E. 2b) und im Anschluss daran eine krankheitsbedingte Erwerbseinbusse von mindestens 40 % aufweist (Urk. 9/108/8-9 E. 3.3, Urk. 9/170/9 E. 3.1). Es stellt sich also die Frage nach der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit in der Zeit ab dem 25. Februar 2010. 4.

E. 4

Abs. 1 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.

E. 4.1

Was die somatische Seite des Beschwerdebildes betrifft, so befand das Gericht im Urteil vom 30. Januar 2014 die Befunde, die der neurologische Konsiliargutachter

Dr. K.____ und der rheumatologische Konsiliargutachter

Dr. L.____ der MEDAS G.____ im September 2011 erhoben hatten, sowie auch deren Diagnosen und deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als einleuchtend und ging somit von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus der Sicht dieser beiden Fachgebiete aus (Urk. 9/108/9-10 E. 3.4.2). Im Urteil vom 31. Oktober 2016 würdigte das Gericht die Erhebungen und die Schlussfolgerungen des Neurologen Dr. S.____ und des Rheumatologen Dr. R.____ der Gutachtenstelle N.____ vom November 2014 und erachtete sie ebenfalls als zuverlässig und plausibel. Gestützt auf die Gesamtbeurteilung im Gutachten der Gutachtenstelle N.____ ging das Gericht daher auch für die Zeit nach der ersten Begutachtung durch die MEDAS G.____ von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht aus (Urk. 9/170/10-11 E. 3.3). Daran ist festzuhalten, und es ist diesbezüglich auf die Begründungen in den Urteilen vom 30. Januar 2014 und vom 31. Oktober 2016 zu verweisen. 4. 2

Sodann sind in den Berichten, die sich mit dem somatischen Gesundheitszustand in der Zeit nach der zweiten Begutachtung durch die Gutachtenstelle N.____ bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Februar 2018 befassen, keine massgebenden Veränderungen dokumentiert.

So handelt es sich bei den als neu bezeichneten Diagnosen im Bericht des E.____ vom 20. April 2016 (Urk. 9/168/7), der die Entwicklung seit der interdisziplinären Abklärung vom April 2011 darstellt, um die Diagnosen im Gutachten der Gutachtenstelle N.____, und die Ergebnisse der aktuellen eigenen Untersuchungen des E.____ (Urk. 9/168/9-13) weisen nicht auf körperliche Veränderungen in der neuesten Zeit hin. Namentlich konnte der Facharzt für orthopädische Chirurgie Dr. med. BB.____

wie schon der Rheumatologe Dr. R.____ (Urk. 9/138/76-77) bei der Untersuchung der beiden Knie trotz nachgewiesenem Meniskusriss keine Meniskuszeichen erheben und auch keine pathologischen Verdickungen oder Gelenkergüsse feststellen (Urk. 9/168/11), und eine Magnetresonanztomographie des rechten Kniegelenks vom Juni 2015 hatte denn auch nur geringe bis mässige degenerative Veränderungen gezeigt (Urk. 9/168/9).

Ebenfalls keine Hinweise auf eine relevante Verschlechterung in körperlicher Hinsicht ergeben sich aus den Unterlagen, die der Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren zur angefochtenen Verfügung und im vorliegenden Verfahren einreichen liess. Der Beschwerdeführer hatte zwar gegenüber Dr. U.____ im März und im Oktober 2017 über in letzter Zeit verstärkte Kopf- und Nackenschmerzen mit vermehrtem Schwindel geklagt, Dr. U.____

hatte jedoch keine Befunde aus dem Fachgebiet der Neurologie erkennen können, welche diese Beschwerden erklärt hätten, sondern hatte vor allem Druckdolenzen und Verhärtungen der Muskulatur bemerkt (Urk. 9/179, Urk. 9/195/3-5). Diese Verspannungszustände hatte indessen bereits Dr. R.____ im Rahmen der Begutachtung durch die Gutachtenstelle N.____ beschrieben (Urk. 9/138/75-76) und hatte sie als Ausdruck der (psychischen) Schmerzverarbeitungsstörung interpretiert (Urk. 9/138/79). Unter diesen Umständen können auch die durch Dr. W.____ veranlassten physiotherapeutischen Behandlungen in den Jahren 2017 und 2018 (vgl. Urk. 16/2-3) nicht als Zeichen einer körperlich bedingten gesundheitlichen Veränderung gewertet werden. Das Gleiche gilt für die Empfehlung von Dr. W.____ vom 15. Mai 2018, die «fortgeschrittenen Arthrosen in beiden Knien» durch eine Injektion zu behandeln (Urk. 16/4), da Dr. W.____ dabei nicht auf Ergebnisse einer aktuellen radiologischen oder klinischen Untersuchung Bezug nahm, die eine Veränderung belegt hätten. 4. 3

Mangels entsprechender Anhaltspunkte für veränderte Befunde kann der Beschwerdegegnerin daher entgegen den Vorbringen in der Beschwerdeschrift und in der Stellungnahme vom 15. Juni 2018 (Urk. 1 S. 16 f. und Urk. 15 S. 2) keine Verletzung der Abklärungspflicht in somatisch-medizinischer Hinsicht vorgeworfen werden. Vielmehr ist für die Zeit bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Februar 2018 von Seiten der somatischen Befunde ungeachtet des abweichenden Attests von Dr. U.____ im Bericht vom 24. Oktober 2017 (60%ige Einschränkung allein aufgrund der somatischen Befunde; Urk. 9/195/5) weiterhin von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. 5. 5.1

Die Rückweisungen mit den Urteilen vom 30. Januar 2014 und vom 31. Oktober 2016 erfolgten beide Male zur weiteren Abklärung der psychischen Seite des Beschwerdebildes. 5. 2

Der Psychiater Dr. J.____ der MEDAS G.____ nannte im September 2011 als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in Abweichung zu den bisher gestellten psychiatrischen Diagnosen eine maligne Regression im Rahmen einer ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung (Code F 60.6 der Internationalen Klassifikation

psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10). Demgegenüber erwähnte er die Diagnose einer Depression (mittelgradige oder schwere depressive Episode; ICD-10 Codes F32.2 und F32.3), wie sie das E.____ (Urk. 9/40/25-26, Urk. 9/51/1, Urk. 9/53/7 und Urk. 9/54) und die F.____ (Urk. 9/68/13-15) gestellt hatten, und die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 Code F45.4), wie sie ebenfalls von der F.____ formuliert worden war (Urk. 9/68/13), nicht als selber gestellte, sondern nur als aktenanamnestische Diagnosen und zudem als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/69/18). Die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bemass Dr. J.____ rein aufgrund der psychiatrischen Aspekte auf 30 % und führte die weitergehende Limitierung (100%ige Arbeitsunfähigkeit gemäss dem Bericht des E.____ vom 11. Mai 2011 und gemäss einem Kurzbericht der F.____ vom 19. Dezember 2011; Urk. 9/53/7 und Urk. 9/67), auf vorbestehende Persönlichkeitseigenschaften und soziokulturelle Faktoren zurück (Urk. 9/69/21).

Angesichts dessen, dass Dr. J.____ sowohl in der Diagnostik und der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von den vorbehandelnden Psychiatern abwich, vermisste das Gericht jedoch eine eingehende Analyse und Diskussion der psychiatrischen Vorbeurteilungen und eine Begründung der eigenen, divergierenden Beurteilung (Urk. 9/108/12 E. 3.4.3). Die Rückweisung mit dem Urteil vom 30. Januar 2014 betreffend die Verfügung vom 23. Mai 2012 erfolgte zur Ergänzung und Vervollständigung in dieser Hinsicht (Urk. 9/108/13 E. 3.4.5). 5. 3

Die Psychiaterin Dr. Q.____ der Gutachtenstelle N.____ gelangte in der Folge im Dezember 2014 zu den Diagnosen (Urk. 9/138/62) einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 Code F45.2; richtig: ICD-10 Code F45.41) und einer mittleren depressiven Episode (ICD-10 Code F32.2) und konstatierte ausserdem ängstlich-vermeidende akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Code Z73.0). Damit folgte sie grundsätzlich den Diagnosen, an denen die F.____ und das E.____ auch nach der Begutachtung durch die MEDAS G.____ festgehalten hatten (Urk. 9/84/1 und Urk. 9/95) und die Prof. M.____ in den Jahren 2013 und 2014 ebenfalls aufgeführt hatte (Urk. 9/105/2 und Urk. 9/112/1).

Des Weiteren folgte sie der Beurteilung von Dr. J.____ der MEDAS G.____ insoweit, als sie ebenfalls eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstruktur beobachtete, wenn sie daraus auch keine eigenständige Diagnose ableitete, sondern ihr nur die Qualität von Zusatzfaktoren zuschrieb (Urk. 9/138/62+63). Einzig eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 Code F43.1), wie sie das E.____ schon zu Beginn der Behandlung genannt (Urk. 9/40/25) und sie die F.____ später gleichermassen erwähnt hatte (Urk. 9/84/1), konnte Dr. Q.____ explizit nicht bestätigen (Urk. 9/138/62).

Das Gericht hielt deshalb im Urteil vom 31. Oktober 2016 fest, die Begutachtung durch die Gutachtenstelle N.____ habe in Bezug auf die psychiatrischen Diagnosen eine gewisse Klärung gebracht, da Dr. Q.____ die Diagnosen der behandelnden Ärzte nicht mehr nur aktenanamnestisch erwähnt habe, sondern sie aufgrund ihrer eigenen Beurteilung und Diskussion bestätigen können (Urk. 9/170/13 E. 3.5.3). Klärungsbedarf machte das Gericht jedoch hinsichtlich der Auswirkungen der psychiatrischen Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit aus, da Dr. Q.____ wohl von einer Einschränkung ausgegangen war, diese jedoch aufgrund einer massiven Symptomausweitung als nicht definitiv bezeichnet und deshalb eine Begutachtung im stationären Rahmen empfohlen hatte

(vgl. Urk. 9/138/64). Eine solche stationäre Begutachtung erachtete das Gericht als angezeigt. Es wies darauf hin (Urk. 9/170/14-16 E. 3.6.3-E. 3.6.5), dass die Gutachter der Gutachtenstelle N.____ in der Gesamtbeurteilung wohl von Hinweisen auf eine mehr oder weniger bewusstseinsnahe Aggravation gesprochen hätten (vgl. Urk. 9/138/45), dass die einzelnen Fachgutachter in ihren Formulierungen jedoch nicht so weit gegangen seien und dass in der Gesamtbeurteilung ebenfalls eine stationäre Begutachtung oder eine längere Beobachtung im Alltag zur Gewinnung von weiterführenden Informationen zur psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit vorgeschlagen worden sei (vgl. Urk. 9/138/46+47). Dementsprechend erfolgte im Urteil vom 31. Oktober 2016 die Rückweisung zur Veranlassung der empfohlenen stationären psychiatrischen Abklärung. 5. 4

Aufgrund dieses Rückweisungsurteils hielt sich der Beschwerdeführer vom 15. bis zum 19. Mai 2017 im T.____ zur Begutachtung durch Dr. Z.____ auf.

Im Folgenden ist zu prüfen, was sich dem Gutachten von Dr. Z.____ für die Beurteilung des strittigen Rentenanspruchs entnehmen lässt. 6. 6.1

Der Beschwerdeführer liess zunächst verschiedene Kritikpunkte formeller Art gegen dieses Gutachten vorbringen. 6. 2

Vorab liess er rügen, die Institution der Begutachtung sei nicht rechtsprechungskonform festgelegt worden, indem die Beschwerdegegnerin seinen Einwendungen keine Rechnung getragen habe, ohne indessen eine anfechtbare Verfügung zu erlassen (Urk. 1 S. 12 f. und S. 17 f.).

Nach der Rechtsprechung und der gestützt darauf ergangenen Verwaltungspraxis ist der betroffenen Person bei geplanter mono- oder bidisziplinärer Begutachtung Gelegenheit zu geben, Einwendungen gegen die Begutachtung an sich oder gegen die Person des Gutachters zu erheben. Alsdann ist im Falle der Erhebung von zulässigen Einwendungen zunächst eine Einigung anzustreben, und bei deren Ausbleiben ist eine anfechtbare Verfügung zu erlassen (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.3;

Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], Stand 1. Januar 2018, Rz 2076.1-11).

Vorliegenderfalls erklärte sich der Beschwerdeführer in einem Schreiben vom 9. Februar 2017 wegen der Distanz zu seinem Wohnort in CC.____ als nicht einverstanden mit der Begutachtung im T.____ in DD.____ (Urk. 9/176/1). Es kann offen bleiben, ob es sich dabei überhaupt um eine Einwendung handelt, welche dem Einigungsverfahren unterworfen ist. Denn nachdem die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 13. Februar 2017 mitgeteilt hatte, dass sie an der Begutachtungsstelle festhalte, da die Wohnortnähe im Falle eines kurzen stationären Aufenthaltes nicht entscheidend sei (Urk. 9/177), bestand der Beschwerdeführer nicht länger auf seinen Vorschlägen einer Begutachtung in der F.____, in der EE.____ in FF.____ oder im GG.____, sondern beschränkte sich darauf, über das E.____ um die Übernahme der Reisekosten einer Begleitperson zu ersuchen, da er mit der selbständigen Anreise wegen drohender Panik überfordert sei (Urk. 9/183). Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer spätestens, nachdem die Beschwerdegegnerin diesem Ersuchen entsprochen hatte (Telefonnotiz vom 19. April 2017, Urk. 9/184), mit der Begutachtung in DD.____ abgefunden hat. Bei dergestalt erfolgreicher Einigung stand der Erlass einer Verfügung nicht mehr zur Diskussion. 6. 3

Erst im vorliegenden Verfahren liess der Beschwerdeführer ferner die grundsätzliche fachliche Eignung von Dr. Z.____ in Frage stellen, indem er die Tätigkeit von Dr. Z.____ als forensischer Psychiater mit Spezialisierung auf Sexual- und Gewaltverbrechen hervorhob (Urk. 1 S. 12).

Tatsächlich ist Dr. Z.____

möglicherweise rein zahlenmässig weniger erfahren in der Erstellung von versicherungsmedizinischen Gutachten, als dies die Gutachter der Medizinischen Abklärungsstellen der Invalidenversicherung sind. Er hat sich in seinem Gutachten jedoch mit den fachspezifischen Fragestellungen , insbesondere mit der Abgrenzung der invalidenversicherungsrechtlich relevanten von den irrelevanten Faktoren, eingehend auseinandergesetzt , hat dabei einschlägige Literatur herangezogen (vgl.

Urk. 9/189/2 und Urk. 9/189/30 40) und hat die Kriterien der Rechtsprechung zu den Standardindikatoren einlässlich abgehandelt (Urk. 9/189/40-51).

Es bestehen daher keine Anhaltspunkte dafür, dass Dr. Z.____ dem Gutachtensauftrag fachlich nicht gewachsen gewesen wäre. 6 .4

Des Weiteren liess der Beschwerdeführer bezweifeln, dass Dr. Z.____ mit der erforderlichen Unvoreingenommenheit an die Begutachtung herangegangen sei.

Soweit er hierzu anführen liess, Dr. Z.____ habe auf ihn aggressiv und ungeduldig gewirkt und in ihm den Eindruck geweckt, er befinde sich in einem polizeilichen Verhör (Urk. 1 S. 19), so ist dieses Vorbringen nicht mit Beispielen konkretisiert, die Dr. Z.____ als voreingenommen erscheinen liessen. Denn wenn der Beschwerdeführer im Besonderen rügte, Dr. Z.____ habe ihm die erbetenen Pausen nicht gewährt und ihn zum Weitermachen gedrängt (Urk. 1 S. 20), so kann das Bestreben, einen bestimmten Zeitplan einzuhalten, auch der Testung des Durchhaltevermögens gedient und damit Bestandteil der Begutachtung gebildet haben.

Auch daraus, dass Dr. Z.____ in der Einleitung zu seiner Beurteilung auf die «juristischen Umtriebe» hinwies, von denen die Auseinandersetzung des Beschwerdeführers mit seiner Gesundheit geprägt gewesen sei (Urk. 9/189/30), lässt sich entgegen der Sichtweise in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 25 f.) keine Voreingenommenheit ableiten. Denn Dr. Z.____ zog den Aufwand für die Rentenstreitigkeit in seinen nachfolgenden Überlegungen wohl als eines der Kriterien für das sogenannte abnorme Krankheitsverhalten heran (Urk. 9/189/36), diskutierte daneben jedoch zahlreiche weitere mögliche Anhaltspunkte für Inkonsistenzen oder für eine Simulation, von denen er etwelche als nicht gegeben erachtete (Urk. 9/189/36-40). Die Beurteilung von Dr. Z.____ erweckt daher entgegen der Formulierung in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 31) keineswegs den Eindruck, der Gutachter habe «nichts unversucht gelassen, um den Beschwerdeführer in ein schiefes Licht zu rücken oder ihn als Simulanten darzustellen».

Soweit der Beschwerdeführer überdies der Erwähnung einer «kulturbedingt ungünstigen Mentalität mit passiver Heilserwartung» als invaliditätsfremden Faktor (vgl. Urk. 9/189/40+41) einen « fremdenfeindlichen Anstrich » zumass (Urk. 1 S. 31), so verbietet der Sachzusammenhang eine derartige Interpretation. Denn offensichtlich visierte Dr. Z.____ damit den Umstand an, dass sich der Beschwerdeführer nach der eigenen Darstellung in den Begutachtungsgesprächen (Urk. 9/189/8-10 und Urk. 9/189/22-23) zur Verbesserung seines Zustandes fast ausschliesslich und mit hoher Frequenz medizinischen Vorkehren

unterzog, jedoch keine Initiative zeigte, auf andere Weise an seinem Zustand etwas zu ändern, und insbesondere keine Arbeitsversuche unternahm. 6 .5

Als weitere formelle Rüge liess der Beschwerdeführer schliesslich anbringen, dass Dr. Z.____ die Begutachtung ohne einen Dolmetscher durchgeführt habe, obwohl er mehrmals um einen solchen gebeten habe (Urk. 1 S. 20 f.).

Tatsächlich konstatierte Dr. Z.____ beim Beschwerdeführer Mängel in der Beherrschung der deutschen Sprache und sprach, wie dies in der Beschwerdeschrift dargetan ist (Urk. 1 S. 20), von gebrochenem Deutsch, einer schwachen sprachlichen Kompetenz, einer mangelhaften Sprachbeherrschung und von dürftigen Sprachkenntnissen (Urk. 9/189/18+40+41+45). Gemäss den Aufzeichnungen zu den Untersuchungsgesprächen konnte Dr. Z.____ jedoch vom Beschwerdeführer ausführliche und detailreiche Informationen zu seiner Lebens- und Krankengeschichte, zu seinem Tagesablauf und zu seinem Befinden erhalten (Urk. 9/189/6-13, Urk. 9/189/15-17 und Urk. 9/189/21-23) und gelangte auf diese Weise zu einem differenziert enen und plastischeren Bild, als es etwa die Gutachtens telle N.____ unter Mitwirkung eines Übers etzers zeichnete (Urk. 9/138/22 24). Dr. Z.____ vermerkte denn auch, das Gesagte sei inhaltlich trotz des gebrochenen Deutschs verständlich (Urk. 9/189/18). Unter diesen Umständen ist anzunehmen, dass der Nachteil einer gewissen sprachlichen Barriere aufgewogen wurde durch die Unmittelbarkeit des Gesprächs zwischen dem Gutachter und dem Exploranden, und es ist daher plausibel, dass Dr. Z.____ davon absah, einen Dolmetscher beizuziehen. Überdies hatte der Psychiater Dr. J.____ der MEDAS G.____ das Untersuchungsgespräch ebenfalls ohne Beizug eines Dolmetschers geführt und sprachliche Schwierigkeiten unter Hinweis auf das gute Hochdeutsch des Beschwerdeführers explizit verneint (Urk. 9/69/17). Auch dies lässt annehmen, dass die Sprachkenntnisse des Beschwerdeführers für die Erfordernisse einer psychiatrischen Exploration ausreichend waren, wenn sie auch für andere Belange, insbesondere für den Schriftverkehr (vgl. Urk. 9/189/19), ungenügend gewesen sein mögen. Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer selber in seinem schriftlichen Lebenslauf angab, fliessend Schweizer deutsch zu sprechen (Urk. 9/16).

E. 7

.4

Schliesslich ist auch der Vorwurf von Versäumnissen bei der Durchführung von Testverfahren (vgl. Urk. 1 S. 18) nicht begründet. Was namentlich die Rüge einer fehlenden neuropsychologischen Testung betrifft, die auch das E.____ in der Stellungnahme vom 2 5. November 2017 erhob (Urk. 9/198/6), so hatte das E.____ selbst etwa ein Jahr vor der Begutachtung durch Dr. Z.____ neuropsychologische Testverfahren durchgeführt, deren Ergebnisse samt Würdigung im Bericht vom 2 0. April 2016 festgehalten sind (Urk. 9/168/9-10). Demgemäss leuchtet es ein, dass Dr. Z.____ bei geklagtem unverändertem Beschwerdebild auf eine Wiederholung dieser Tests verzichtete.

E. 7.1

Damit ist das Gutachten von Dr. Z.____ auf seine materi elle Beweiskraft hin zu prüfen.

Auch hier liess der Beschwerdeführer mit verschiedenen Kritikpunkten vorab die grundsätzliche Tauglichkeit des Gutachtens in Frage stellen.

E. 8

.3 8.3.1

Was die Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht anbelangt, so hatten sowohl die Gutachter der MEDAS G.____ als auch die Gutachter der Gutachtenstelle N.____

Anzeichen dafür beschrieben, dass bei der Ausprägung der präsentierten Symptomatik und bei der daraus abgeleiteten Arbeitsuntätigkeit neben den psychiatrischen Diagnosen auch krankheitsfremde Faktoren eine Rolle spielten.

Kernaufgabe der stationären Begutachtung war daher die vertiefte Auseinandersetzung mit diesen Faktoren und deren Ausklammerung bei der Festlegung der rein krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit im Zeitverlauf. 8.3.2 8.3.2.1

Vorab war es der dreitägige Aufenthalt in der Werkstatt, der zusätzliche Erkenntnisse zum Verhalten und zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers über längere Zeit hinweg versprach.

Der vorstehend geschilderte Verlauf (E. 7.2), der durch teilweise Abwesenheit, durch häufiges Einschalten von Pausen und durch das weitgehende Ausbleiben einer Leistung gekennzeichnet war, deckt sich mit dem, was der Beschwerdeführer im Gespräch mit Dr. Z.____ und den früheren Gutachtern sowie den behandelnden Ärzten über seine Tagesaktivitäten berichtete, und stimmt auch mit den Angaben der Ehefrau des Beschwerdeführers in den Jahren 2011 und 2014 gegenüber den Fachpersonen des E.____ überein, wonach er meistens im Bett liege oder etwas spazieren gehe, aber nicht fernsehe, nicht lese und gar nichts im Haushalt helfe (Urk. 9/51/3 und Urk. 9/121/2-3). Dass Dr. Z.____ darin ein deutlich selbstlimitierendes Verhalten erblückte (Urk. 9/189/36+42), leuchtet entgegen den Vorbringen in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 28) ein.

Dem wie bereits dargelegt (E. 6.4), zeigte der Beschwerdeführer dort, wo es um die medizinische Behandlung ging, einen deutlich höheren Einsatz. Prof. M.____

etwa schilderte den Beschwerdeführer im fremdanamnestischen Telefongespräch mit Dr. Z.____ in dieser Hinsicht als kooperativ und zuverlässig und berichtete auch von dessen Bereitschaft, dosierte Anstrengungen auf sich zu nehmen, wenn ihm dies als Kräftigungsmassnahme gegen seine Schmerzen empfohlen werde (Urk. 9/189/14-15). Dagegen hielt Dr. AA.____ im Bericht vom 6. Dezember 2018 über die aktuelle ambulante psychiatrische Behandlung fest, der Beschwerdeführer besuche alle Termine zuverlässig (Urk. 28 S. 2). Hingegen zeigte der Beschwerdeführer im Testverfahren nach B. Widder, wo Dr. Z.____ ihm verschiedenste Vorschläge leichterer Arbeitstätigkeiten vorlegte, wiederum an keinem der Vorschläge irgendein Interesse, sondern stellte sich vielmehr von vornherein mit detaillierter Argumentation als ungeeignet für die Verrichtung der präsentierten Arbeiten dar (Urk. 9/189/27-28). 8.3.2.2

Die beobachtete Selbstlimitierung ordnete Dr. Z.____ dem Oberbegriff des sogenannten abnormen Krankheitsverhaltens (nach Pilowsky) zu, einer Form des Patientenverhaltens, welches darin bestehe, dass der Kranke unnötig lange in der Schonhaltung verharre, obschon er von kompetenter Seite genügend ab- und aufgeklärt worden sei (Urk. 9/189/35+36).

Neben der Selbstlimitierung nannte Dr. Z.____ als weiteres Phänomen

des abnormen Krankheitsverhaltens die Regression, die er im Sinne der psychoanalytischen Theorie als psychischen Abwehrmechanismus definierte, welcher dazu führe, dass ein Individuum gleichsam auf frühere Entwicklungsstufen zurückgleite und

dementsprechende Verhaltensmuster enthalte. Als Regression malignen Charakters bezeichnete Dr. Z.____ dabei eine Regression, die zu einer dauernden Verschlechterung des Funktionsniveaus führe und somit Fortschritte verunmögliche (Urk. 9/189/35). Damit trug er zur Klärung und zur Einordnung dieses Begriffs bei, der weder im Gutachten der MEDAS G.____ noch im Gutachten der Gutachtenstelle N.____ hergeleitet und näher erläutert worden war. Insbesondere wird durch die Darlegungen von Dr. Z.____ deutlich, dass es sich bei der malignen Regression nicht um eine eigenständige Diagnose handelt und dass der Begriff auch nicht gleichzusetzen ist mit dem Begriff der Aggravation, wie dies die Formulierung im Gutachten der Gutachtenstelle N.____ nahe legte (vgl. Urk. 9/138/45), sondern

dass damit ein bestimmtes Verhalten beschrieben wird, für das verschiedene Ursachen in Betracht fallen. Nachdem jedoch die Diagnose einer eigentlichen Persönlichkeitsstörung, in dessen Rahmen Dr. J.____ die Regression gesehen hatte (Urk. 9/69/18), nicht gestellt werden kann, ist plausibel, dass Dr. Z.____ das regressive Verhalten mit ausgeprägter Schonung (keinerlei Aktivitäten des täglichen Lebens ausser gelegentlichen Spaziergängen und kleinen Einkäufen, keine Kontaktpflege in der Schweiz oder in der früheren Heimat , keinerlei Arbeitsversuche; vgl. Urk. 9/189/10-13) und entsprechender Dekonditionierung als Teil des abnormen Krankheitsverhaltens deutete. 8.3.2.3

Zusätzlich konnte Dr. Z.____

aber auch die Aggravation , also eine übertreibende , über die tatsächliche Wahrnehmung hinausgehende Darstellung der vorhandenen Symptomatik, als weitere Erscheinungsform des abnormen Krankheitsverhaltens bestätigen (Urk. 9/189/36 +42), nam entlich in den Bereichen der Konzentration und der emotionalen Stabilität sowie der Energie und der Kraft (Urk. 9/189/18).

Diese Feststellung ist in Abweichung von der Auffassung in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 26 f.)

anhand der Ergebnisse der durchgeführten Testungen nachvollziehbar. So führte der Beschwerdeführer sowohl bei den vorgelegten Berufsvorschlägen als auch bei etwelchen Fähigkeiten des sogenannten Mini-ICF Konzentrationsschwierigkeiten als hindernd an (Urk. 9/189/24-28), und dies kaum erklärlich

auch bei Routinearbeiten ohne spezifische Anforderungen an die Konzentration , wie etwa beim beruflich vertrauten Brotbacken (Urk. 9/189/25). Damit vergleichbar hatte schon Dr. J.____ die geltend gemachten Schwierigkeiten beim Einräumen eines Geschirrspülers mit Fallenlassen von Geschirr als medizinisch nicht zu erklären bezeichnet (vgl. Urk. 9/69/17+20). Gleichermassen war den Fachpersonen des E.____ bei den neuropsychologischen Testungen teilweise eine derart hohe Fehlerzahl aufgefallen, dass sie die Ergebnisse als nur eingeschränkt interpretierbar bezeichnet und dahinter eine mangelnde Motivation vermutet hatten , und umgekehrt waren dort die Ergebnisse anderer Tests so ausgefallen , dass kein Verdacht auf kognitive Einschränkungen bestand en hatte (Urk. 9/168/9-10). Dies relativiert im Übrigen auch die Feststellung massiver kognitiver Beeinträchtigungen im Bericht von Dr. AA.____ vom 6. Dezember 2018 (Urk. 28 S. 2 f.). Dass Dr. AA.____ keinen Hinweis auf eine Aggravation erkennen konnte, ändert daran nichts, da diese Ärztin keine vollständige Aktenkenntnis und namentlich keine nähere Kenntnis der verschiedenen Gutachten gehabt haben dürfte. 8.3.2.4

Schliesslich ist abweichend von den Darlegungen in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 27) das weitere von Dr. Z.____ angeführte Phänomen der Symptomausweitung mit Auftauchen immer neuer Beschwerden, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründen sollten (Urk. 9/189/36 +42), schon aufgrund der Vorakten plausibel. Namentlich ist auf die zahlreichen Konsultationen von medizinischen Fachpersonen hinzuweisen, die der Beschwerdeführer auf der Suche nach neuen Abklärungen und neuen Therapiemöglichkeiten tätigte. 8.3.3

Die Beurteilung von Dr. Z.____, wonach die jahrelange Abwesenheit des Beschwerdeführers vom Arbeitsmarkt durch zahlreiche nicht direkt mit einer psychiatrischen Diagnose zusammenhängende Faktoren mitbestimmt wird, ist somit als fundiert und überzeugend zu beurteilen. Sie basiert sowohl auf eigenen Untersuchungen und Beobachtungen als auch auf einer Analyse der Feststellungen in den Vorakten, und zudem begründete Dr. Z.____ seine Schlussfolgerungen in eingehender, für Laien verständlicher Weise.

Dementsprechend anerkannte auch Prof. M.____

in seiner Stellungnahme vom 20. November 2017, dass das Gutachten von Dr. Z.____ in sich als transparent und schlüssig erweise und zuverlässig die beim Beschwerdeführer auflistbaren Persönlichkeits- und Verhaltensdefizite beschreibe, die zu r seit Jahren bestehenden Einschränkung und Behinderung in allen Lebensbereichen geführt hätten (Urk. 9/198/2). Er brachte lediglich vor, die dysfunktionale Krankheitsbewältigung sei beim Beschwerdeführer nicht willentlich beeinflussbar, sondern Aggravation, Simulation und Flucht in die Krankheit mit Rückzug in die Krankenrolle seien eingebettet in ein chronifiziertes Verhaltensmuster, das weitgehend ausserhalb einer Selbstbestimmung liege und vor allem eine bewusst gelenkte willentliche Einflussnahme ausschliessen lasse.

Auch Dr. Z.____ gelangte aufgrund der Prüfung der Kriterien für eine Simulation (nach H. Winckler und Foerster) zum Schluss, es ergebe sich nicht das Bild einer planmässigen Simulation, sondern die affektiven und somatoformen Störungen würden durch die maladaptiven Muster des abnormen Krankheitsverhaltens in ihren Auswirkungen verstärkt, wodurch sich die jahrelange Arbeitsuntätigkeit plausibel erklären lasse (Urk. 9/189/40). Dies ändert jedoch nichts daran, dass für die invalidenversicherungsrechtlich relevante Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich krankheitsbedingte Beeinträchtigungen relevant sind. Das Defizit, ein Verhalten willentlich zu beeinflussen, ist daher nur dann zu berücksichtigen, wenn es seinerseits krankheitsbedingt ist, also auf eine psychiatrische Diagnose zurückzuführen ist. Soweit gehen indessen Dr. Z.____ und Prof. M.____ nicht, sondern Dr. Z.____ hielt vielmehr fest, es sei keine psychopathologische Leitsymptomatik fassbar, welche einer Leistungssteigerung prohibitiv im Wege stünde (Urk. 9/189/47). Für die Belange des Invalidenversicherungsrechts sind daher die Einschränkungen, die sich aus dem abnormen Krankheitsverhalten ergeben, als invaliditätsfremde Faktoren bei der Festlegung der massgebenden Arbeitsunfähigkeit auszuklammern. 8.3.4

Dr. Z.____ ging davon aus, knapp die Hälfte der aktuellen Arbeitsuntätigkeit sei durch abnormes Krankheitsverhalten und weitere etwa 20% seien durch invaliditätsfremde Faktoren verursacht, und gelangte auf diese Weise für die Zeit seit 2012 krankheitsbedingt zu einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von noch 60-70% in einer optimal angepassten Tätigkeit, welche den somatoformen Beschwerden Rechnung trage und somit keine rückenbelastenden Tätigkeiten und keine Zwangshaltungen umfasse und des Weiteren in reizarmer Arbeitsumgebung mit möglichst regulärer Arbeitszeit und ohne Teamarbeit

verrichtet werden könne (Urk. 9/189/52). Für die Zeit davor bemass Dr. Z.____ die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit aufgrund der diagnostizierten Anpassungsstörung höher und setzte sie «in grober Annäherung» auf durchschnittlich 50 % fest (Urk. 9/189/52 53).

Auf die se

Einschätzung , die mit derjenigen von Dr. J.____ vergleichbar ist (Urk. 9/69/21) , kann abgestellt werden.

Es ist zu berücksichtigen, dass eine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung naturgemäss von einem gewissen Ermessen geprägt ist, wie dies schon Dr. J.____ festgehalten hat. Dies gilt insb e sondere auch für die Quantifizierung des Einflusses der psycho sozialen Faktoren auf der einen Seite und des Einflusses des abnormen Krankheitsverhalten auf der anderen Seite.

Damit rechtfertigt es sich, gestützt auf die Beurteilung von Dr. Z.____ in den ersten beiden Jahren ab dem 2 5. Februar 2010 von einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit von 50 % und für die Zeit danach von einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit von 35 % auszugehen. Trotz der medizinisch-theoretisch zeitweilig 100%igen Einschränkung , namentlich während der

Hospita lisationen in der F.____ ,

rechtfertigt sich hingegen die Annahme einer höheren als der 50%igen Arbeitsunfähigkeit auch in den ersten beiden Jahren nicht, da diese Klinikaufenthalte teilweise als Ausdruck des abnormen Krankheitsverhalten und der psychosozialen Ums tände erscheinen . Bereits im Urteil vom 3 1. Oktober 2016 wurde nämlich auf die Auffälligkeit hingewiesen, dass sich die beiden ersten Klinikeintritte jeweils an ungünstige Bescheide anschlossen, nämlich an die Bekanntgabe der Ergebnisse der Begutachtung durch die MEDAS G.____ und einer Begutachtung im Auftra g der Krankenkasse (Urk. 9/170/15 E. 3.6.3.2) , und dies wiederholte sich mit dem dritten Klinikeintritt, zu dem sich der Beschwerdeführer nach den Ausführungen in der Beschwerdeschrift und in der Eingabe vom 2 3. August 2018 in der Zeit um den Erlass der angefochtenen Verfügung angemeldet hatte (Urk. 1 S . 23 und Urk. 25 S. 1). Der Beschwerdef ührer legte zudem gegenüber Dr. Z.____ dar, es sei seine Ehefrau, die ihn immer wieder zu einem Klinikeintritt anhalte, obschon er wisse, dass er dort nach wenigen Wochen wieder entlassen werde (Urk. 9/189/11+22). 8.3.5

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 3 , Urk. 9/199 /5) kann aufgrund des Vorstehenden allerdings nicht gesagt werden, es liege überhaupt kein invalidisierender, bei der Rentenfrage massgebender Gesundheitsschaden vor. Eine solche Annahme wäre nur dann angebracht, wenn eine Aggravation dermassen im Vordergrund stünde , dass es nicht möglich wäre, mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit einen krankheitsbedingten Anteil abzugrenzen, der die Arbeitsfähigkeit einschränkt.

Dr. Z.____ stellte jedoch wie schon die Vorgutachter klare psychiatrische Diagnosen (Urk. 9/189/45) und legte die rein krankh eitsbedingte Arbeitsunfähigkeit als Ergebnis einer ausführlichen Diskussion der massgebenden Indikatoren fest

(Urk. 9/189/40 52). Dabei wies er auf der einen Seite auf die mit der Krankheit im Zusammenhang stehende Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen massgebenden Lebensbereichen bei erhaltener Kooperation des Beschwerdeführers bei der Wahrnehmung von Arztterminen und bei der Einnahme von Medikam en ten hin (Urk. 9/189/47) , und auf

der anderen Seite thematisierte er die knappen persönlichen Ressourcen zum Umgang mit der Dauerverstimmung und den Schmerzen sowie das hemmende häusliche Umfeld mit einer angespannten Beziehung zur Ehefrau (Urk. 9/189/41-45).

Damit ist anhand der Bezifferung der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit durch Dr. Z.____ die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

E. 8.1

Sprechen somit weder formelle noch inhaltliche Mängel genereller Art gegen die Tauglichkeit des Gutachtens von Dr. Z.____ , so ist das Gutachten im Hinblick auf die Frage zu würdigen, ob und in welchem Ausmass der Beschwerdeführer bedingt durch psychische Beeinträchtigungen mit Krankheitswert in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

E. 8.2.1

Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/189/45) nannte Dr. Z.____ eine Angststörung und depressive Störung gemischt (ICD-10 Code F41.2), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 Code 45.4) mit abnormem Krankheitsverhalten und anamnestisch eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 Code F43.21); ferner listete er verschiedene Untersuchungsergebnisse unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf, nämlich eine partielle psychogene Schlafumkehr (ICD-10 Code F51.2), eine Adipositas bei Kohlehydrat-Craving , Spannungskopfschmerzen mit dem Zufallsbefund einer Zyste im Zentrum semiovale rechts, Stimmenhören als Nebenbefund und Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Code Z63.0).

Aufgrund des Nachfolgenden überzeugt diese Diagnostik.

E. 9.1

Bei der Bemessung des

Valideneinkommens

ging die Beschwerdegegnerin vom Einkommen von Fr. 72'740.-- aus, das der Beschwerdeführer nach den Angaben der Y.____ vom Juli 2010

im Jahr 2010 bei guter Gesundheit erzielt hätte (Urk. 9/33/4 ; vgl. Urk. 9/76 und

Urk. 9/191/1). Es gilt jedoch zu beachten, dass es sich bei diesem Einkommen bereits um ein Invalideneinkommen handelt. Denn der Beschwerdeführer trat die Stelle bei der Y.____ an , nachdem er seinen angestammten und erlernten Beruf als Bäcker aus gesundheitlichen Gründen hatte aufgeben müssen und das Arbeitsverhältnis mit der A.____ im Jahr 2004 aufgelöst worden war . Daher ist das Valideneinkommen anhand des Lohnes festzulegen, den der Beschwerdeführer bei der A.____ erzielt hätte, wenn er dort weiterhin als Bäcker gearbeitet hätte.

Gemäss den Angaben der A.____

in der Unfallmeldung vom 15. August 2003 betreffend eine Fussverletzung (Urk. 9/9/5) betrug der Monatslohn des Beschwerdeführers für die angestammte Tätigkeit als Bäcker im Jahr 2003

Fr. 5'060.--. Sodann bestand Anspruch auf einen 1/3 Monatslohn und auf einen monatlichen Zuschlag von Fr. 933.60 unter dem Titel «Akkord/Provision» (in der früheren

Unfallmeldung vom 29. März 2000 als «Schichtzulagen» bezeichnet; Urk. 9/9/128). Daraus ergibt sich für das Jahr 2003 ein Jahreslohn von Fr. 76'983.-- ([13 x Fr. 5'060.--] + [12 x

Fr. 933.60]). Dieser Betrag ist als Ausgangspunkt für die Ermittlung des mutmasslichen Valideneinkommens heranzuziehen, denn die Angaben für das Jahr 2004 im Fragebogen für den Arbeitgeber sind in dem Sinne weniger präzise, als dort nur der Grundlohn angegeben ist (Urk. 9/7/2).

Unter Berücksichtigung der Entwicklung der Löhne von Männern resultiert für das Jahr 2011 als Jahr des mutmasslichen Rentenbeginns ein Jahreslohn von Fr. 85'438.-- (Fr. 76'983.-- + 0.9 % + 0.9 % + 1.1 % + 1.6 % + 2.2 % + 2.1 % + 0.7 % + 1.0 % ; vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Landesindex der Konsumentenpreise, Tabelle T 39). Dazu kommt die jährliche Zulage von Fr. 1'200.-- unter dem Titel «M-Partizipationsanteil»; aufgrund des Vergleichs der Unfallmeldungen vom 29. März 2000 und vom 15. August 2003 ist davon auszugehen, dass sie keinem Teuerungsausgleich unterworfen war. Daraus resultiert ein Jahreslohn von Fr. 86'638.--.

E. 9.2

Was das mutmassliche Invalideneinkommen betrifft, so fallen für den Beschwerdeführer, der ausserhalb des Bäckerberufs über keine beruflichen Qualifikationen für angepasste Tätigkeiten verfügt, nur Stellen in Betracht, für die es keiner Ausbildung bedarf, also Tätigkeiten aus dem Stellenspektrum des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) der massgebenden Tabelle TA1 (Bruttolohn nach Wirtschaftsabteilungen, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht, Privater Sektor) der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE; Ausgabe 2010). In diesem Spektrum ist im Jahr 2010 für Männer ein Bruttomonatslohn von 4'901.-- angegeben (Lohn, über dem beziehungsweise unter dem sich 50 % aller Lohnangaben befinden [sogenannter Zentralwert], unter anteilmässiger Berücksichtigung des 13. Monatslohnes und standardisiert auf 40 Wochenstunden). Umgerechnet auf die im Jahr 2011 durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik - Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit, Tabelle T 03.02.03.01.04.01) und unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung von 1.0 % ; vgl. die vorstehend zitierte Tabelle T 39) ergibt sich für das Jahr 2011 bei voller Leistungsfähigkeit ein Monatslohn von Fr. 5'160.-- beziehungsweise ein Jahreslohn von

Fr. 61'920.-- (12 x Fr. 5'160.--).

Dieser Wert ist für die Zeit vom 25. Februar 2010 bis zum 24. Februar 2012 aufgrund des Attests einer nur 50%igen krankheitsbedingten Arbeitsfähigkeit zu halbieren und damit auf Fr. 30'960.-- festzusetzen. Für die Zeit danach ist er aufgrund der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit von noch durchschnittlich 35 % um diesen Prozentsatz zu vermindern, woraus ein Betrag von Fr. 40'248.-- resultiert. Mit dieser Reduktion wird der verminderten Leistungsfähigkeit und der dadurch bedingten lohnmassigen Benachteiligung bereits Rechnung getragen, weshalb es sich entgegen der Ansicht in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 34) nicht rechtfertigt, zusätzlich einen sogenannten leidensbedingten Abzug (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.3 mit Hinweisen) vorzunehmen.

E. 9.3

Stellt man dem mutmasslichen

Valideneinkommen von Fr. 86'638.-- das mutmassliche Invalideneinkommen von zunächst Fr. 30'960.-- und anschliessend Fr. 40'248.-- gegenüber, so ergibt sich daraus eine Erwerbseinbusse von 64 % beziehungsweise 54 % .

Da für das

Wartejahr

in der vorliegenden besonderen Konstellation ebenfalls die durchschnittliche Erwerbseinbusse massgebend ist (vgl. vorstehend E. 3), entspricht die Einbusse während dieses Jahres, das vom 25. Februar 2010 bis zum 24. Februar 2011 dauerte, der Einbusse danach. Der Beschwerdeführer hat daher ab dem 1. Februar 2011 (Art. 29 Abs. 3 IVG) aufgrund des Invaliditätsgrades von 64 % vorerst Anspruch auf eine Dreiviertelsrente . Nach der Reduktion des Invaliditätsgrades auf 54 % ab dem 25. Februar 2012 ist die Dreiviertelsrente

für die Zeit ab dem 1. Juni 2012 auf eine halbe Rente herabzusetzen (Art. 88 bis Abs. 1 IVV).

E. 10

Damit ist die angefochtene Verfügung vom 19. Februar 2018 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben, und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer von Februar 2011 bis Mai 2012 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und ab Juni 2012 Anspruch auf eine halbe Rente hat.

E. 11.1

Ist das Quantitative einer Leistung strittig, so rechtfertigt der Umstand allein, dass eine höhere Leistung , namentlich eine höhere Rente,

anbegehrt worden ist, als das Gericht sie zugesprochen hat , nur dann eine Reduktion der Parteientschädigung , wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_672/2008 vom 23. Oktober 2008 E. 5.3.1 mit Hinweisen). Entsprechendes muss auch für die Auferlegung der Kosten gelten.

Vorliegendenfalls erstreckt sich der Hauptaufwand in der Beschwerdeschrift darauf, die Tauglichkeit des Gutachtens von Dr. Z.____s zu bestreiten. Das Gericht hat indessen bei der Zusprechung der befristeten Dreiviertelsrente und der anschliessenden halben Rente in allen Teilen auf dieses Gutachten abgestellt. Die Argumente gegen das Gutachten waren somit nicht dazu geeignet, die Rente im zugesprochenen Umfang zu begründen, sondern hätten lediglich zur Begründung eines darüber hinausgehenden Rentenanspruchs dienen können. Es rechtfertigt sich daher, den Parteien die Kosten je zur Hälfte aufzuerlegen und die Beschwerdegegnerin nur zur Bezahlung der Hälfte des zu entschädigenden Prozessaufwandes zu verpflichten.

E. 11.2

Die Kosten sind gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen. Sie sind den Parteien nach dem Gesagten je zur Hälfte aufzuerlegen. Der auf den Beschwerdeführer entfallende Anteil ist zufolge gewährter unentgeltlicher Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 11.3.1

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festzusetzenden Ersatz der Parteikosten, die ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie § 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

E. 11.3.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in der Eingabe vom 15. Juni 2018 zeitliche Aufwendungen von 24.1 Stunden und in der Eingabe vom 23. August 2018 zusätzliche zeitliche Aufwendungen von 0.6 Stunden geltend gemacht (Urk.

E. 11.4

Der Beschwerdeführer ist auf §

E. 15

S. 3). Der daraus resultierende Betrag von Fr. 139.25 erscheint als angemessen. Unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer von 7.7 % auf der Summe von Fr. 4'781.25 (Fr. 4'642.-- + Fr. 139.25) ergibt sich (auf den nächsten Franken aufgerundet) eine Entschädigung von Fr. 5'150.--, die dem Beschwerdeführer zuzusprechen ist. Davon hat die Beschwerdegegnerin die Hälfte und mithin einen Betrag von Fr. 2'575.-- zu übernehmen. Für die andere Hälfte ist der Beschwerdeführer aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

E. 16

Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt:

- 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 19. Februar 2018 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer von Februar 2011 bis Mai 2012 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und ab Juni 2012 Anspruch auf eine halbe Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden die dem Beschwerdeführer auferlegten Kosten von Fr. 450.-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Markus Steudler, Zürich, eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 2'575.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Im weitergehenden Umfang wird der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 2'575.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht

gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Steudler unter Beilage einer Kopie von Urk. 33 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage einer Kopie von Urk. 33 - Bundesamt für Sozialversicherungen - Pensionskasse Y.____ sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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