

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00741 vom 6. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00741

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00741 du 6 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00741 del 6 aprile 2020

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1965, arbeitete vom 15. Mai 2006 bis zum 30. November 2013 (letzter effektiver Arbeitstag: 23. August 2013) bei der Y.____ AG als Elektromonteur (Urk. 8/25). Das Arbeitsverhältnis wurde von der Arbeitgeberin wegen langanhaltender krankheitsbedingter Absenzen aufgelöst (Urk. 8/23). Am 25. Juli 2013 (Datum des Posteingangs) meldete sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/12). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog die Akten der Krankentaggeldversicherung Allianz Suisse Versicherungsgesellschaft bei (Urk. 8/18/1-28). Ausserdem holte sie den Arbeitgeberbericht der Y.____ AG vom 4. Dezember 2013 (Urk. 8/25) sowie die Arztberichte von Dr. Z.____, Fachchiropraktor SCG/ECU vom 19. November 2013 (Urk. 8/24) und von Dr. med. A.____, Fachärztin für Neurologie FMH, vom 14. Januar 2014 (Urk. 8/26) ein. Am 22. Januar 2014 teilte die IV-Stelle X.____ mit, die Abklärungen hätten ergeben, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien. Es werde der Anspruch auf eine Rente geprüft (Urk. 8/28). In der Folge zog die IV-Stelle weitere Akten von der Allianz bei (Urk. 8/33/1-48, Urk. 8/34/1-22) und holte den Arztbericht von Dr. med. B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 20. Mai 2014 (Urk. 8/36) ein. Mit Schreiben vom 1. Dezember 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass er im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht gehalten sei, eine nachhaltige fachärztliche Psycho- und Pharmakotherapie durchzuführen. Nehme er an den entsprechenden Massnahmen nicht teil, könne dies dazu führen, dass auf zukünftige Leistungsansprüche nicht eingetreten werde oder diese abgewiesen würden (Urk. 8/47). Mit Vorbescheid vom 1. Dezember 2014 stellte die IV-Stelle sodann die Abweisung des Anspruches auf IV-Leistungen in Aussicht, da der Invaliditätsgrad lediglich 11 % betrage (Urk. 8/48). Am 3. Dezember 2014 ging bei der IV-Stelle der Arztbericht von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom 25. November 2014 ein (Urk. 8/50/1-4, unter Beilage diverser weiterer Arztberichte, Urk. 8/50/5-74). Am 8. Dezember 2014 (Urk. 8/52) bzw. am 6. Januar 2015 (Urk. 8/55) erhob X.____ durch Rechtsanwalt Oskar Gysler gegen den Vorbescheid vom 1. Dezember 2014 Einwand. Mit neuem Vorbescheid vom 9. April 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten abermals mit, sein Leistungsbegehren müsse abgewiesen werden, da der Invaliditätsgrad nur 14 % betrage (Urk. 8/61). Gegen diesen Vorbescheid erhob X.____ am 13. April 2015 (Urk. 8/62) bzw. am 21. April 2015 (Urk. 8/64) durch Rechtsanwalt Gysler Einwand. Mit Verfügung vom 10. Juni 2015 verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 8/67). Gegen diese Verfügung erhob X.____ durch Rechtsanwalt Gysler am

E. 1.1.1

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

[ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.1.2

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines aner kannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 1.1.3

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

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

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

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_ 580/2017 vom 16. Januar 2018 E.

E. 1.1.4

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2 ; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4).

E. 1.1.10

: 20

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 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 ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid 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 gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.4

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

E. 1.5.1

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 1.5.2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE

135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). 1.

E. 2

Es sei festzustellen, dass das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt wurde.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 9. Juli 2018 damit, dass dem Beschwerdeführer laut medizinischem Gutachten seine bis herige Tätigkeit als Elektromonteur seit 2013 nur noch zu 50 % zumutbar sei. Eine den gesundheitlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit sei ihm dagegen zu 100 % zumutbar. Der Einkommensvergleich ergebe eine Einkommenseinbusse von 10 %, womit kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht e

dagegen geltend, die Beschwerdegegnerin sei dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 7. Februar 2017 nicht nachgekommen, wonach abzuklären gewesen wäre, ob und inwiefern sich bei objektiver Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe. Weder das eingeholte Gutachten noch die angefochtene Verfügung nähmen auf die Standardindikatoren Bezug. Mit deren Beurteilung durch Dr. B. ___ setze sich die Beschwerdegegnerin nicht auseinander, womit sie das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt habe. Im Gegensatz zu den von der Beschwerdegegnerin beauftragten Gutachtern und der Beschwerdegegnerin selber habe

Dr. B. ___ eine umfassende Beurteilung der Standardindikatoren vorgenommen und sei nachvollziehbar zum Ergebnis gelangt, dass aus psychiatrisch-psychosomatischen Gründen beim Beschwerdeführer keine Arbeitsfähigkeit mehr vorhanden sei. Insofern eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht als ausgewiesen erachtet werde, sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Angesichts der ungenügenden Sachverhaltsabklärungen durch die Beschwerdegegnerin seien die zwei ausführlichen Berichte von Dr. B. ___ für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unerlässlich. Die Kosten für diese Berichte seien daher von der Beschwerdegegnerin zu erstatten (Urk. 1).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort vom 20. November 2018 (Urk. 7) führte die Beschwerdegegnerin aus, rechtsprechungsgemäss liege kein versicherter Gesundheits Schaden vor, wenn die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruhe. Soweit der Beschwerdeführer beanstande, die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör verletzt, indem sie keine Prüfung der Standardindikatoren vorgenommen habe, übersehe er, dass eine solche vorliegend obsolet sei. 3.

E. 3

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten von CHF 2'400.- für die ausführlichen Berichte von Dr. med. B. ___ zu ersetzen. 4.

Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen.

E. 3.1

Zunächst ist — da formeller Natur (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1, 127 V 431 E. 3d/ aa) — die Rüge des Beschwerdeführers zu prüfen, wonach die Beschwerde gegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 9. Juli 2018 (Urk. 2) nicht ansatz weise auf die Standardindikatoren Bezug nehme. Mit der Beurteilung der Standardindikatoren durch Dr. B. ___ setze sich die Beschwerdegegnerin nicht auseinander. Damit habe sie den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör verletzt (Urk. 1 S. 5 f.) .

E. 3.2

Nach der Rechtsprechung kann eine – nicht besonders schwerwiegende – Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/ aa). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis).

E. 3.3

Die Rüge der Verletzung des rechtlichen Gehörs hat insoweit grundsätzlich ihre Berechtigung, als die angefochtene Verfügung

vom 9. Juli 2018 (Urk. 2) nicht die zu erwartende Begründungsdichte aufweist. Zwar darf sich die Beschwerde gegnerin auf die für den Entscheid massgebenden Gesichtspunkte beschränken. Konkret wäre jedoch eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Stellungnahmen des Beschwerdeführers vom 12. Dezember 2017 (Urk. 8/111) und vom 23. März 2018 (Urk. 8/118) zu erwarten gewesen.

Eine schwere, die Heilung des Verfahrensmangels ausschliessende Gehörsverletzung, welche von Amtes wegen zur Aufhebung der mit dem Verfahrensfehler behafteten Verfügung führen würde (vgl. BGE 124 V 180 E. 4a mit Hinweisen), liegt allerdings nicht vor. Die Beschwerdegegnerin präziserte ausserdem den angefochtenen Entscheid im Rahmen des Rechtsmittelverfahrens (Urk. 7), indem sie sich auf den Standpunkt stellte, dass vorliegend gar keine Prüfung der Standardindikatoren vorzunehmen sei, wozu der Beschwerdeführer wiederum Gelegenheit hatte, sich zu äussern.

Ob diese Annahme der Beschwerdegegnerin zutrifft, wird nachfolgend bei der materiellen Beurteilung zu prüfen sein. Im Weiteren sprechen verfahrensökonomische Gründe gegen die Aufhebung der angefochtenen Verfügung verbunden mit einer Rückweisung zur Gewährung des rechtlichen Gehörs. In Anbetracht der konkreten Gegebenheiten würde ein solches Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und unnötigen Verzögerungen führen, was mit dem Interesse der versicherten Person an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren wäre (vgl. BGE

142 II 218 E. 2.8.1, 137 I 195 E. 2.3.2, je mit Hinweisen). Eine Rückweisung zur Gewährung des rechtlichen Gehörs wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht verlangt, eine solche beantragt er lediglich eventualiter zur Vornahme weiterer Abklärungen (Urk. 1 S. 2). 4. 4. 1

Gemäss dem Bericht des Fachchiropraktoren Dr. Z.____ vom 19. November 2013 (Urk. 8 /24) bestehen beim Beschwerdeführer ein persistierendes zervikopondylogenes Schmerzsyndrom links/ zervikoradikuläres Schmerzsyndrom C6 links, bei ausgeprägter Segmentdegeneration C5/C6 mit foraminaler Stenose und möglicher Irritation C6 links, myofaszialer Befunde der Nacken-/Schultermuskulatur und Insuffizienz der Nacken-/Schultermuskulatur sowie ein persistierendes Costo transversalsyndrom links, bei leichter Spondylose T6-T9 sowie erosiver Osteochondrose T8/T9. In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Elektriker sei der Beschwerdeführer vom 1. April bis zum 9. Juni 2013 zu 100 %, vom 10. Juni bis zum 23. August 2013 zu 50 % und ab dem 24. August 2013 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Es bestehe eine deutlich verminderte Belastbarkeit bei der Arbeit als Elektriker, bei Überkopf arbeiten, Tragen und Heben von Lasten sowie Arbeiten in ungünstiger ergonomischer Position. Ein 50%iger Arbeitsversuch sei vom Beschwerdeführer nicht toleriert worden, es sei zu einer deutlichen Schmerzexazerbation gekommen. Eine alternative Tätigkeit im Rahmen eines technischen Dienstes/Hausunterhalts bzw. im Verkauf von leichten Elektroartikeln sei in einem 50%-Pensum möglich. Es müsste dazu ein probatorischer Ansatz gewählt werden. 4 .2

Laut dem Arztbericht der Neurologin Dr. A.____ vom 14. Januar 2014 (Urk. 8 /26) bestehen beim Beschwerdeführer linksseitige Zervikobrachialgien, ohne sensomotorisches Defizit, eine hochgradige Spondylose bei Osteochondrose auf Höhe HWK 5/6 und HWK 6/7 mit konsekutiver mittelgradiger Stenose foraminal auf Höhe HWK 5/6 bds., weniger ausgeprägt auf Höhe HWK 6/7 bds. und ein cervikozephalisches Schmerzsyndrom sowie als Nebendiagnosen ein persistierendes Costotransversal-Syndrom bei segmentalen Befunden mittlthorakal, eine Lumboischialgie links, eine leichte sensible Neuropathie des Nervus ulnaris links, gelegentliche linkspektorale Beschwerden - Differentialdiagnose: coronare Herzkrankheit bei formal grenzwertiger pathologischer ergometrischer Belastung, 64-Zeilen-MS-CT-Coronaruntersuchung mit 1,74 mSv, stenosefreien

Coronarien, falls vaskuläre Risikofaktoren: Status nach langjährigem Nikotinkonsum von gegen 50 Jahren, behandelte Hypertonie, und verdickter Intima-Media beidseits ohne signifikante Plaques. In der Tätigkeit als Elektromonteur sei der Beschwerdeführer aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Es bestünde eine deutlich reduzierte psychische und physische Belastbarkeit und die Möglichkeit von unkonzentriertem und fehlerhaftem Arbeiten. Nach entsprechenden Massnahmen zur Rekonditionierung und Mobilisierung und schrittweiser Steigerung des Arbeitspensums sei ein Arbeitspensum von 50 % wieder möglich. Eine definitive Prognose könne nicht abgegeben werden. 4 .3

Gemäss dem von der Krankentaggeldversicherung Allianz in Auftrag gegebenen Gutachten des Zentrums G.____ vom 6. März 2014 (Urk. 8 /33/15-33) bestehen beim Beschwerdeführer mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikothorakospondylogenes Syndrom linksbetont bei Wirbelsäulenfehlhaltung mit Flachrücken und hochthorakaler Gibbusbildung, anamnestic Status nach C8-Reizsyndrom, ohne strukturell zuzuordnende Veränderungen, Status nach thorakolumbalem Morbus Scheuermann, leichte degenerative Veränderungen der unteren HWS, myofaszial betont, sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein dysfunktionelles Krankheitsverhalten, wahrscheinlich funktionelle abdominale Problematik sowie Kopfschmerzen, Differentialdiagnose: somatoforme Schmerzstörung, Anpassungsstörung. Im Rahmen der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe der Beschwerdeführer ein ausgeprägtes dysfunktionelles Schmerzverhalten mit Schmerz- und Schonverhalten,

vorzeitigem Abbruch verschiedener Tests vor Erreichen einer funktionellen Limite, Überschreiten der Zeitlimite und schlechter Testkonsistenz gezeigt. Zum Teil sei das Verhalten ängstlich geprägt mit Angst vor Beschwerdeverstärkung gewesen, allerdings hätten die doch deutlichen Inkonsistenzen sowohl bei der Testsituation als auch bei der klinischen Untersuchung sich nicht erklären lassen. Es dürfte sich am ehesten um eine ungünstige Entwicklung aufgrund der unklaren beruflichen Perspektive handeln, welche vom Beschwerdeführer als belastend bezeichnet werde. Funktionelle Limiten oder Einschränkungen hätten nicht objektiviert werden können. Das Problem liege im ausgeprägten Schmerz- und Schonverhalten. Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers sei nicht zuverlässig. Die Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine deutliche Selbstlimitierung hin. Die Konsistenz sei schlecht und die demonstrierte Belastbarkeit nur minimal gewesen. Infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der Belastbarkeitstests nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei gutem Effort mehr leisten könnte. Unter Berücksichtigung der deutlichen Fehlstatik und der offensichtlich sichtlichen Dekompensation sei davon auszugehen, dass die angestammte Tätigkeit rein leistungsmässig erheblich reduziert sei mit Gewichtsbelastungen von höchstens mittelschwer, vermehrten Pausen über den Tag verteilt und Einnehmen von Haltungen über den Kopf und in verdrehter Position lediglich selten, entsprechend einer 50%igen Leistungsfähigkeit ganztags (Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch 50%). Angepasst sei eine wechselpositionierte (Stehen/Gehen und Sitzen) Tätigkeit mit Hantieren von Lasten bis mittelschwer (selten bis 20 kg ab Boden und horizontal, 15 kg über Schulterhöhe, manchmal ab Boden und horizontal bis 12,5 kg, über Schulterhöhe 10 kg), seltenem Arbeiten über Schulterhöhe und in vorgeneigter und verdrehter Position. Eine solche Tätigkeit könne der Beschwerdeführer aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht ganztags ausüben. Aufgrund des Verhaltens und der Symptome bestehe mit grösster Wahrscheinlichkeit eine Anpassungsstörung, welche aber aus dem rheumatologischen Fachbereich heraus eher nicht zu einer zusätzlichen Leistungsminderung führe. 4.4.4.4.1

Laut dem Arztbericht des Psychiaters Dr. B.____ vom 20. Mai 2014 (Urk. 8/36) bestehen beim Beschwerdeführer ein chronisches cervico-thorakales Schmerzsyndrom mit progredienter Schmerzausweitung sowie eine zusätzliche Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion im Sinne einer mittelschweren depressiven Episode (Differentialdiagnose: anhaltende somatoforme Schmerzstörung). Aktuell sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig. Es bestehe eine starke Einschränkung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit (schwere Bewegungseinschränkung durch Schmerz, psychische Einschränkung von Ausdauer, Belastungs- und Konzentrationsfähigkeit). 4.4.2

Im an die Taggeldversicherung Allianz gerichteten Bericht vom 15. Juli 2014 (Urk. 8/41) hielt Dr. B.____ fest, der Versuch einer umfassenden Beurteilung einer begleitenden psychischen Dimension sei wegen der Schmerzfixierung des Beschwerdeführers nicht ganz einfach. Diese Schmerzfixierung könne auch als Hinweis darauf verstanden werden, dass der Beschwerdeführer sich von einer Reflexion seiner Krankheits- und Lebenssituation überfordert fühlen könnte, zu sehr und traumatisch in seinem Schmerz und seiner Angst darüber gefangen bleibend. Diagnostisch liege aus psychiatrischer Sicht eine mittelschwere depressive Episode vor, wahrscheinlich ausgelöst oder verstärkt durch das schwere Schmerzsyndrom. Beide Syndrome agierten aktuell progressiv, sich verstärkend.

Dem Auslöser der depressiven Symptomatik zugrunde liegen könnte eine persönliche Vulnerabilität, möglicherweise durch kulturelle Normen verstärkt. Fasse man beide Syndrome zusammen, entspreche dies am ehesten einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Rein psychiatrisch liege die Arbeitsunfähigkeit - soweit getrennt beurteilbar - bei mindestens 50 %. Kombiniert mit der Schmerzstörung sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Mittel- bis langfristig scheine eine körperlich leichtere Tätigkeit im angestammten Beruf am sinnvollsten und am besten realisierbar. 4.4.3

Im zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfassten Bericht vom 3. Juli 2015 (Urk. 8/70/15-16) hielt Dr. B. ___ fest, das Leiden des Beschwerdeführers lasse sich aktuell als Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F.45.41) zusammenfassen. Die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht betrage 100 %. 4.4.4

Am 12. April 2017 (Urk. 8/89) nahm Dr. B. ___ zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers Stellung zu den Standardindikatoren. Der Beschwerdeführer stehe unter einem grossen chronischen Leidensdruck durch seine vor allem linksseitig wahrgenommenen Schmerzen, die sein körperliches Erleben besetzten, seine Körperbeweglichkeit massiv einschränkten und gemeinsam mit ausgelösten starken existentiellen Ängsten und zunehmenden depressiven Zuständen auch mental seinen Lebensalltag in einen Kampf ums Überleben verwandelt hätten. Die objektiv fassbaren psychiatrisch-psycho-somatischen Befunde – sein Schmerzerleben, seine Ängste und die depressive Verarbeitung und das dadurch bestimmte Verhalten – seien sehr ausgeprägt, interagierend und schwer. Sein als maladaptiv verstandener Umgang mit der Schmerzkrankheit habe seine Wurzeln in persönlichkeitsgeprägten Bedingungen. Das Schmerzerleben des Beschwerdeführers führe zu ständiger körperlicher Vermeidung von schmerzauslösenden oder –verstärkenden Bewegungen, was eine Verlangsamung und Versteifung seiner Haltungen und Bewegungen bewirke. Für diese Erlebnisse brauche der Beschwerdeführer viel Mitteilungsraum und er könne anderen Themen nur mit Mühe Raum geben. Sein Leiden und der Verlust seiner Arbeits-Persönlichkeit wirkten für ihn zu belastend, um sich mit anderen Themen beschäftigen zu können. Seine Hypersensibilität zeige sich sowohl auf körperlicher Ebene (Berührungsempfindlichkeit) wie auch auf Beziehungsebene. Die Kontaktfähigkeit sei sehr begrenzt, was sich auch in der Familie zeige. Starke Einschränkungen bestünden auch hinsichtlich Konzentrationsfähigkeit, Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit. Invaliditätsfremde Funktionseinschränkungen würden nicht vorliegen. Ebenso liege keine Aggravation vor. Den Alltag verbringe der Beschwerdeführer meist zurückgezogen zu Hause, allenfalls mit Radio hören oder TV schauen. Haushaltstätigkeiten könne er schmerzbedingt nur sehr beschränkt verrichten. Er unternehme Spaziergänge, bei denen er langsam und bewusst gehen müsse, um eine Schmerzzunahme zu vermeiden. Wenn es dort nicht zu viele Menschen habe, gehe er ab und zu in den Lidl. Kontakte suche er nicht. Ein soziales Netz sei nicht vorhanden. Seit 2006 habe er leistungsorientiert an der gleichen Stelle gearbeitet, die Kündigung sei explizit wegen der Krankheit erfolgt. Er habe eine Familie, die ihn sehr unterstütze (Ehefrau, 3 erwachsene Kinder). Ausserfamiliär sei kein Netzwerk bekannt. Erstmals sei beim Beschwerdeführer 1999 ein somatisches Leiden aufgetreten, welches zu einem depressiven Angstsyndrom geführt habe. Demgegenüber sei der Beschwerdeführer durch eine übermässige hohe Leistungsbereitschaft, Selbstdisziplin und Gewissenhaftigkeit

aufgefallen, welche ihn seine gesundheitlichen Belastungszustände hätten ignorieren lassen. Es sei aber auch deutlich geworden, dass es bei seiner Persönlichkeitsstruktur gar nicht möglich sei, seine inneren Belastungen und Gefühle zu reflektieren, zu verstehen und zu moderieren. Dies zeige sich nun, wenn er unter Schmerzen leide und seine Selbstdisziplin als Bewältigungsstrategie nicht greifen könne. Der Beschwerdeführer werde durch seine Arbeitsunfähigkeit in seiner bisherigen Persönlichkeit und Identität existenziell getroffen. Auf der Ebene seiner Identität habe die Verunmöglichung der bisherigen leistungsorientierten Haltung durch das chronifizierte Schmerzsyndrom ab 2013 eine gravierende existenzielle Veränderung der Persönlichkeitserfahrung bewirkt. Stationäre therapeutische Aufenthalte hätten keine wesentlichen Erfolge gebracht. Trotz guter Kooperation des Beschwerdeführers habe der Leidensdruck durch die Therapien nicht vermindert werden können. Weiterhin sei der Beschwerdeführer auch zur Teilnahme an Therapien und Behandlungen bereit. Sein ausgeprägtes und chronifiziertes Leiden lasse keine (Selbst-)Eingliederungsbemühungen zu. Der Beschwerdeführer zeige sich in seinem Verhalten und den geschilderten Symptomen konsistent. Sein Aktivitätsniveau stehe gegenüber jenem vor Eintritt der Gesundheitsschädigung in einem deutlichen Gegensatz. 4.5.4.5.1

Laut dem Arztbericht des Hausarztes Dr. C.____ vom 25. November 2014 (Urk. 8/50) bestehen beim Beschwerdeführer mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikobrachiales Syndrom links, rezidivierende Panikattacken, eine somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Episoden und degenerative Veränderungen der Wirbelsäule. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfselektriker sei der Beschwerdeführer vom 25. Februar bis zum 17. März 2013 zu 50 % und seit dem 18. März 2013 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Mit einer psychischen Stabilisierung und einer Schmerztherapie könnte der Beschwerdeführer eventuell einer leichteren Tätigkeit nachgehen, was auch für sein Selbstbewusstsein gut wäre. Wann mit der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne, sei derzeit kaum absehbar. 4.5.2

Mit Schreiben vom 28. Oktober 2017 (Urk. 8/107) wandte sich

Dr. C.____

an die Beschwerdegegnerin. Er führte aus, beim Beschwerdeführer nehme die Verunsicherung durch seine Schmerzen auf der linken Körperseite mit messbarer Abnahme der Extremitätenumfänge links gefährliche Dimensionen an. Trotz medikamentöser und fachärztlicher Betreuung durch Dr. B.____ würden dem Beschwerdeführer kontinuierlich Rechnungen und Mahnungen ins Haus flattern, was für ihn, der immer ein Perfektionist gewesen sei, eine Schande sei. Ohne entsprechende finanzielle Unterstützung sei es ihm nicht möglich, dieses gefährliche Problem zu lösen. 4.6.4.6.1

Dr. med. H.____, Facharzt Allgemeinmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin hielt in seiner Stellungnahme vom 28. November 2014 (Urk. 8/51/4) fest, die angestammte Tätigkeit bleibe dem Beschwerdeführer aus somatischen Gründen ab August 2013 unzumutbar. Die Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten liege bei 0 %, die Arbeitsfähigkeit sei aber aus psychiatrischen Gründen latent gefährdet. Angepasst sei eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne Lastenheben über 5 kg, ohne Zwangshaltungen und ohne Überkopfarbeiten, ruhig und geordnet, ohne vorwiegenden Kundenkontakt. Die Prognose sei vorsichtig optimistisch unter der Voraussetzung, dass eine nachhaltig fachärztliche Psycho- und Pharmakotherapie zur Erhaltung der

Restarbeitsfähigkeit durchgeführt werde. Nach Eingliederung sei wohl noch ein plausibilisierendes bidisziplinäres psychiatrisch-rheumatologisches Gutachten notwendig.
4.6.2

Am 17. März 2015 (Urk. 8/60/3) führte Dr. H.____ aus, es lägen seit der Stellungnahme vom 28. November 2014 keine neuen Befunde vor. Ebenso gebe es keine Hinweise für erfüllte Foerstersche Kriterien für eine ausnahmsweise Unüberwindbarkeit eines unklaren Beschwerdebildes. Es müsse somit ohne weitere medizinische Abklärungen an der Stellungnahme vom 28. November 2014 festgehalten werden. 4.7

Gemäss dem Austrittsbericht des Rehaentrums D.____ vom 13. Juli 2015 (Urk. 8/4) bestehen beim Beschwerdeführer (1.) eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) bei zervico-thorakalem Schmerzsyndrom ohne spinales Korrelat mit progredienter Schmerzausweitung, (2.) eine Angst und Depression gemischt mit/bei maladaptiven Coping-Mustern (Schmerz fokussierung, Zukunftsängste, Neigung zu Katastrophen-Szenarien) sowie (3.) eine arterielle Hypertonie. Das Schmerzsyndrom sei ausgeprägt und werde durch Angst sowie Gefühle von Ausweg-, Machtlosigkeit und Verzweiflung verstärkt. Trotz Einsatz von Psychotherapeutika habe die Psyche nicht positiv beeinflusst werden können und es sei bei der Schmerz fokussierung geblieben. Es sei dem Beschwerdeführer nicht möglich gewesen, sein Krankheitskonzept zu reflektieren und Strategien für den besseren Umgang mit chronischen Schmerzen zu entwickeln. Eine Anschlusspsychotherapie sei in Anbetracht der zunehmenden Suizidgedanken notwendig. Die Arbeitsunfähigkeit werde voraus sichtlich noch länger bestehen. 4.8

Gemäss dem bidisziplinären Gutachten des Psychiaters E.____ und des Rheumatologen Dr. F.____ vom 13. September 2017 (Urk. 8/101) besteht beim Beschwerdeführer keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie IV-fremde psychosoziale Faktoren: eine fehlende bzw. nicht anerkannte Berufsausbildung (ICD-10: Z55), Probleme in Verbindung mit Arbeitslosigkeit (Z56) und Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (Z59), Differentialdiagnose: leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0). Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei es nicht möglich, beim Beschwerdeführer eine eigenständige psychische Erkrankung festzustellen, die seiner Symptomatik entspreche. Es sei deshalb davon auszugehen, dass die psychische Symptomatik auf eine Schmerzverarbeitungsstörung und iv-fremde ursächliche psychosoziale Faktoren zurückzuführen sei. Es gebe deutliche Hinweise auf eine massive Aggravation der geklagten Beschwerden und Inkonsistenzen bei der Beschwerdeschilderung. Der Beschwerdeführer verfüge prinzipiell über mobilisierbare Ressourcen (langjährige berufliche Integration, intakte Familie), auf die er derzeit (laufendes IV-Verfahren) offenkundig nicht zurückgreifen könne. Es gebe keine Hinweise auf eine Abhängigkeitserkrankung. Die bisherige Therapie sei als lege artis zu bezeichnen und entspreche auch der Therapie einer Schmerzverarbeitungsstörung. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege nicht vor. Aus versicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht sei keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit begründbar. Es bestehe eine volle (100%) Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein volles Pensum. Selbst wenn – abweichend von der Beurteilung des Gutachters – eine leichte depressive Episode vorliegen würde, begründete diese keine anhaltende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung gelte auch retrospektiv ab 2013

(Urk. 8/101/32-36) .

Aus rheumatologischer Sicht stellte Dr. F.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose eines anamnestisch bisher therapieresistenten chronifizierten zervikovertebralen und lumbovertebralen bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzsyndroms mit pan-/paravertebraler Ausdehnung im Rahmen der Symptomausweitung, beginnenden degenerativen Veränderungen betont HWK 5 – HWK 7, thorakal 7 – thorakal

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich MWST) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.»

Die Beschwerdegegnerin ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 20. November 2018 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Der Beschwerdeführer verzichtete auf Replik (Urk. 9-12). 3.

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

E. 5.3

) ist in Bezug auf die Berichte der behandelnden Ärzte die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen. 5.2

Der Beschwerdeführer bringt gegen das Gutachten vor, dass es die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10, F45.4) zwar bestätige, dagegen jedoch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10, F45.41) verwerfe, da diese in der Schweizer Ausgabe des ICD-10 nicht vorhanden sei. Hierzu ist festzuhalten, dass das Bundesgericht zwar nicht von einer «Schweizer Ausgabe» des ICD-10 spricht, die von den Gutachtern so bezeichnete, von Dilling / Mombour / Schmidt herausgegebene Ausgabe aber in seinen Entscheiden zitiert (vgl. beispielhaft BGE 143 V 418 E. 4.1.2 und viele weitere). Weiter hat das Bundesgericht in BGE 143 V 418 festgestellt, dass in der deutschen Übersetzung der WHO-Klassifikation auf die bestehenden Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen den beiden Unterkategorien F45.40 und F45.41 gemäss Ergänzung der German Modification (GM) verwiesen werde, weshalb sie in die ICD-10-Klassifikation der WHO nicht eingefügt worden seien (E. 5.1). Dass der Gutachter gestützt darauf den Code 45.41 nicht verwendet hat, ist somit nicht zu beanstanden. Es ist sodann zwar grundsätzlich die neuste Ausgabe zu verwenden, es liegt aber deshalb kein gravierender Qualitätsmangel vor, weil im Gutachten eine frühere Auflage zitiert wird. 5.3

Soweit der Beschwerdeführer

den Gutachtern die notwendige fachliche Kompetenz abspricht (Urk. 1 S. 7), verhält er sich insofern widersprüchlich, als diese von der Beschwerdegegnerin aus zwei von ihm selber gemachten Vorschlägen ausgewählt wurden (Urk. 8/92). Zu beachten ist auch, dass nicht zwingend erforderlich ist, dass die Gutachter selber eine Prüfung der Standardindikatoren vornehmen, sondern sie müssen

lediglich die erforderlichen Angaben liefern, damit die Plausibilität ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand der Standardindikatoren überprüft werden kann.

Weiter ist zu berücksichtigen, dass die Gutachter zum Ergebnis gelangt sind, dass aus psychiatrischer Sicht gar keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (Urk. 8/85/12 E. 4.3).

Die Rückweisung der Sache im Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 7. Februar 2017 (Urk. 8/85) erfolgte in erster Linie darum, weil gar keine psychiatrische Begutachtung vorlag. Die Meinung des Gerichts war es, dass eine psychiatrische Begutachtung vorzunehmen ist, welche sich dazu zu äussern hat, ob überhaupt ein relevanter psychiatrischer Gesundheitsschaden besteht (Urk. 8/85/12 E. 4.3).

Klar nicht der Intention der gerichtlichen Anordnung entsprach es dagegen, dass der behandelnde Psychiater seine – bereits bekannte - Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anhand der Standardindikatoren auf ihre Plausibilität überprüfen soll (Urk. 8/85/12 E. 4.3).

Wie bereits ausgeführt (vgl. E. 1.1.4), erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens sodann gänzlich, wenn

fest steht, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist. Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass unverändert gilt, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_648/2017 E. 2.3.1 und E. 3.2.4.1, mit Hinweisen). (Urk. 8/85/12 E. 4.3).

In der psychiatrischen Exploration durch den psychiatrischen Gutachter E. _____

seien viele Antworten des Beschwerdeführers im Vagen geblieben und es seien auch auf Nachfrage keine präzisierenden Antworten möglich gewesen. Das Verhalten während des Gesprächs sei sehr auffallend gewesen. Zunächst habe der Beschwerdeführer erklärt, dass er nicht im Sessel sitzen könne, worauf er sich in einen Stuhl gesetzt habe. Dann habe er aber doch in den Sessel gewechselt, sei aufgestanden, im Zimmer umhergegangen, habe sich auf die Couch gelegt und dann wiederum auf den Schreibtischstuhl des Referenten gesetzt. Diese Wechsel seien mehrmals und sehr demonstrativ erfolgt. Beim Gespräch über die Ehefrau habe der Beschwerdeführer eine kurze Weinattacke erlitten, welche er aber rasch wieder beendet habe, als der Referent nicht näher darauf eingegangen sei. Wiederholt und immer wieder ungefragt sei der Beschwerdeführer auf seine Schmerzzustände zu sprechen gekommen. Die exzessiven Schmerzschilderungen seien gänzlich undifferenziert gewesen, der Beschwerdeführer habe nur von schwersten Schmerzen gesprochen und die Schilderungen seien oft nicht nachvollziehbar gewesen. Sie hätten bei weitem das Mass übertroffen, welches bei anderen Exploranden zu beobachten sei. Unter anderem habe der Beschwerdeführer seinen Bauch gezeigt, um seine abdominellen Verspannungen zu demonstrieren. Das Verhalten habe übertrieben grotesk gewirkt. Der Beschwerdeführer sei in einer durchgehenden emotional auffallend dramatisch wirkenden Stimmungslage ohne jegliche Modulation gewesen, wodurch ein affektiver Rapport nicht herstellbar gewesen sei (Urk. 8/101/27-28).

Die vom Beschwerdeführer geklagte Stimmungslage («Scheisse») entspreche nicht der differenzierten Stimmungsschilderung anderer Menschen. Der Beschwerdeführer spreche permanent nur von seinen Schmerzen und deren Folgen und könne über sein inneres Erleben und seine Emotionen (abgesehen von einer spürbaren Aggressivität) keine Auskunft geben. Die rheumatologische Untersuchung habe ergeben, dass ein Schmerz

bestehe, der nur teilweise durch körperliche Störungen erklärt werden könne. Es gebe psychosoziale Probleme, die als ursächliche Einflüsse betrachtet werden könnten. Der Beschwerdeführer erfahre auch eine erhebliche persönliche und medizinische Zuwendung. Als psychosoziale Faktoren seien die fehlende bzw. nicht anerkannte Berufsausbildung, Probleme in Verbindung mit Arbeitslosigkeit und mit den ökonomischen Verhältnissen zu nennen. Es gebe deutliche Hinweise auf eine massive Aggravation der geklagten Beschwerden und Inkonsistenzen bei der Beschwerdeschilderung. Der Beschwerdeführer verfüge prinzipiell über mobilisierbare Ressourcen, könne auf diese aber während des laufenden IV-Verfahrens nicht zurückgreifen (Urk. 8/101/33-35) . 5 . 7

In der rheumatologischen Untersuchung durch Dr. F.____ sei das Sitzverhalten des Beschwerdeführers unauffällig gewesen. Ebenso sei das Aus- und Ankleiden ohne wahrnehmbare Schmerzperzeption mit unauffälligen Bewegungsabläufen vonstattengegangen. Die Beschreibung der Schmerzen sei verbunden mit immer wiederholter Angabe ausgeprägter Schmerzen, zeitweise angedeutetem Weinen, dann aber auch Fluchen mit Kraftwörtern und Herumwerfen einer beladenen Mappe. Unbeobachtet sei das spontane Bewegungsverhalten unauffällig, beobachtet verbunden mit demonstrativen Elementen wie Verdrehen des Oberkörpers, Gehen in vornüber gebückter Stellung, Abstützen an Gegenständen und an der Wand. Immer wieder halte der Beschwerdeführer auch die Hände und den Oberkörper des Referenten fest. Bei sämtlichen Bewegungsprüfungen werde initial gegen innerviert. Es hätten diverse Diskrepanzen festgestellt werden können. Bei Ablenkungen im Gespräch habe der Beschwerdeführer sich besser und ohne Schmerzantwort bewegen können. Bei gezielter Befragung habe er dagegen ausgeprägte Schmerzen angegeben. Zusammenfassend sei die ganze Untersuchung gekennzeichnet gewesen durch eine offensichtliche bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung, Selbstlimitierung mit demonstrativen Elementen, Inkonsistenzen und Diskrepanzen (Urk. 8/101/ 43-46). 5 . 8

Die Inkonsistenzen und auf Aggravation schliessend auffälligkeiten sind in einer Vielfalt und Fülle vorhanden, die zum Schluss führen, dass vorliegend effektiv vom Vorliegen eigentlicher Ausschlussgründe im Sinne der Rechtsprechung auszugehen ist.

Der behandelnde Psychiater Dr. B.____ beanstandet in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 4. Dezember 2017 (Urk. 8/111) unter anderem, dass die Begründung einer Aggravation nicht ersichtlich sei, da kein Vorteil ersichtlich sei, welchen der Beschwerdeführer sich daraus erhoffe, weder beruflich, familiär noch finanziell. Dies steht im Widerspruch zur Eingabe des Hausarztes Dr. C.____ vom 28. Oktober 2017 (Urk. 8/107), aus welcher hervorgeht, dass die Verzweiflung des Beschwerdeführers vor allem wegen seiner finanziellen Probleme gross sei und die Beschwerdegegnerin ihm deshalb möglichst bald Leistungen zusprechen solle, damit das gefährliche gesundheitliche Problem gelöst werden könne. In sich nicht logisch erscheint sodann die Argumentation von Dr. B.____, dass es absurd sei, dass der Beschwerdeführer «durch Arbeitsunfähigkeit gegenüber einer angepassten Berufstätigkeit einen finanziellen Vorteil hätte finden sollen», selbst wenn ihm eine IV-Rente ausgerichtet würde. Vielmehr ist dies eine häufig vorkommende Konstellation, dass es nach einem Stellenverlust – sei er krankheitsbedingt oder nicht – für gesundheitlich angeschlagene Personen schwierig ist, wieder eine neue Arbeitsstelle zu finden und die Lösung der damit verbundenen finanziellen Probleme nur dann möglich scheint, wenn sie eine Invalidenrente erhalten, was wiederum erfordert, dass ihnen auch in einer angepassten Tätigkeit eine erhebliche Einschränkung attestiert wird .

Gerade sich stark mit ihrer Arbeitsleistung und ihrer Leistungsbereitschaft identifizierenden Personen fällt es zudem oft besonders schwer, eine reduzierte Leistungsfähigkeit zu akzeptieren und sich dementsprechend mit einer weniger anspruchsvollen und meist auch schlechter bezahlten beruflichen Tätigkeit zu arrangieren.

Es verhält sich auch nicht so, dass das aggravierende Verhalten erst im Verlauf der Jahre aufgrund der Verzweiflung des Beschwerdeführers, weil er sich mit seinen Schmerzen nicht ernst genommen fühlt, entstanden ist. Vielmehr hat er bereits in der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durch das G.____ im Jahr 2014 (Urk. 8/33/15-33) eine Symptomausweitung, Selbstlimitierung und inkonsistentes Verhalten gezeigt und konnte ohne sichtbare funktionellen Limiten praktisch keine verwertbaren Leistungen erbringen.

Nicht zutreffend ist sodann auch die Ansicht von Dr. B.____, dass psychosoziale Faktoren nur dann zu berücksichtigen seien, wenn sie bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens vorhanden gewesen seien und insbesondere durch die Erkrankung ausgelöste psychosoziale Probleme nicht als invaliditätsfremd gewertet werden dürfen.

E. 5.9

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit (keine repetitive grobmanuellen Tätigkeiten und Gewichtsbelastungen über 20 kg, keine repetitive oder monotone Tätigkeiten Überkopf bzw. in HWS-Extensionsstellung und in vornüber gebückten Arbeitspositionen, keine Tätigkeiten mit repetitiven Erschütterungen oder auf unebenem Boden, idealerweise Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeiten) zu 100 % arbeitsfähig ist. 6. 6.1

Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin als Elektromonteur bei der Y.____ AG tätig gewesen wäre. Gemäss Arbeitgeberbericht der Y.____ AG vom 4. Dezember 2013 hätte er mit dieser Tätigkeit im Jahr 2013 ein AHV-beitragspflichtiges Einkommen von Fr. 67'600.-- (Fr. 5'200.-- x 13) erzielt (Urk. 8/25/2). Angepasst an die Nominallohnentwicklung für Männer (vgl. Bundesamt für Statistik, Nominallohnindex, Tabelle

E. 9

und Diskusprotrusion LWK 5/SWK 1, ohne Hinweise weder für eine Facettengelenks- noch radikuläre Symptomatik, mit Fehlform der oberen BWS im Sinne einer mässigen Kyphose mit Skoliosekomponente

und nicht näher spezifizierbaren Halbseiten-Missempfindung im Bereich diffus der linken Körperhälfte ohne somatisches oder strukturelles Korrelat, DD deutliche Hinweise für eine Somatisierungsstörung im Rahmen einer Schmerzverarbeitungsstörung. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ausserdem deutliche Hinweise für eine zusätzliche auch bewusstseinsnahe Schmerzverdeutlichung bei Selbstlimitierung mit Inkonsistenzen und Diskrepanzen. In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer praktisch ausschliesslich stehend tätig gewesen, mit Überkopfarbeiten und Reklination/Extension der HWS. Für diese Tätigkeit sei der Beschwerdeführer noch zu 50 % arbeitsfähig. In einer Verweisungstätigkeit unter Berücksichtigung von Schonkriterien sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Nicht mehr möglich seien repetitive grobmanuelle Tätigkeiten und Gewichtsbelastungen über 20 kg, repetitive oder monotone Tätigkeiten Überkopf bzw. in HWS-Extensionsstellung und in vornüber gebückten Arbeitspositionen, sowie Tätigkeiten

mit repetitiven

Erschütterungen oder auf unebenem Boden. Ideal wäre dagegen ein Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeiten. Die Arbeitsfähigkeit sei seit 2013 unverändert. Der Beschwerdeführer habe seine Schadenminderungspflicht erfüllt und sowohl an stationären Rehabilitationsmassnahmen als auch an der Begutachtung mitgewirkt. Die Schmerzverarbeitungsstörung mit offensichtlich auch bewusstseinsnahen Elementen könne nicht als Verletzung der Schadenminderungspflicht beurteilt werden (Urk. 8/101/47-51).

In der Konsensbeurteilung führten die beiden Gutachter aus, dass die rheumatologisch beobachteten Hinweise auf eine Somatisierungsstörung mit der psychiatrischen Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung umfassend diagnostisch abgebildet seien. Beim Beschwerdeführer sei damit die rheumatologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wegweisend. Aus rein psychiatrischer Sicht sei keine Arbeitsunfähigkeit gegeben. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Elektromonteur zu 50 % arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Medizinische Massnahmen seien nicht zwingend indiziert, die Weiterführung der bisherigen psychiatrischen Behandlung sei aber sinnvoll, um die Schmerzverarbeitungsstörung positiv zu beeinflussen. Eine rheumatologische Behandlung durch einen Facharzt sei zu empfehlen, von somatisch ansetzenden Behandlungen werde aber abgeraten (Urk. 8/101/52-53). 4.9

Am 25. September 2017 (Urk. 8/104/3-4) nahm RAD-Arzt pract. med. I.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, zum Gutachten Stellung. Es sei umfassend, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtige die beklagten Beschwerden und sei in Kenntnis der Vorakten erstellt worden. Das Gutachten sei nachvollziehbar und plausibel in seinen Schlussfolgerungen. Es könne darauf abgestellt werden. Somit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit als Elektromonteur und von 100 % in angepasster Tätigkeit (leichte bis max. mittelschwere Tätigkeiten unter zusätzlicher Berücksichtigung des Belastungsprofils) auszugehen. 4.10

Am 4. Dezember 2017 (Urk. 8/111) nahm Dr. B.____ zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers Stellung zum von der Beschwerdegegnerin eingeholten interdisziplinären Gutachten. Er führte aus, die Interpretationen des Gutachters, Diagnosen und funktionellen Schlussfolgerungen zeigten deutliche Diskrepanzen zu zahlreichen anderen ärztlichen Beurteilungen, z.B. zum Schweregrad der Depression und zu Persönlichkeits-Aspekten. Die von anderen Ärzten gestellten Diagnosen würden teilweise im Gutachten gar nicht erwähnt oder bei Bedarf in Frage gestellt. Die biopsychosoziale Erfassung der Schmerzstörung würde im Gutachten zu wenig berücksichtigt. Eine ursächliche Begründung einer Aggravation sei nicht ersichtlich. Eine Aggravation oder eine therapeutische Kooperations-Verweigerung als Absicht des Beschwerdeführers hätten im Dienst eines Vorteils stehen müssen, den er sich dazu erhoffe. Ein solcher ursächlicher Vorteil sei jedoch nicht ersichtlich. Der Beschwerdeführer komme seit 2014 alle zwei Wochen zu einer Behandlungssitzung. Der Verlauf entspreche nicht der Einschätzung des Gutachters. Der Beschwerdeführer könne sich gar nicht anders mitteilen, er habe für dieses Leiden keine anderen psychischen Ausdrucksmöglichkeiten. Dies verweise auf eine tiefere psychische Ebene als die vordergründige Interpretation einer Aggravation. Das Verhalten des Beschwerdeführers sei besser zu verstehen als ein Versuch des Selbstschutzes gegen weitere demütigende Abweisungen und den Versuch eines Appells an das Gegenüber, sein Leiden endlich ernst zu nehmen. Dieses Schutz-Verhalten habe den Aspekt, dass es oft das

Gegenteil bewirke, da es einen histrionischen Eindruck vermittele. Der Beschwerdeführer spüre eine tiefe Verzweiflung über seine Lebenslage und eine Ohnmacht, die eigene gesundheitliche Situation nicht bewältigen zu können. Das Bedrohungsgefühl habe sich im Verlauf der Schmerzsymptomatik immer mehr verstärkt. Während er die anfänglichen Enttäuschungen über die ausbleibenden ärztlichen Hilfestellungen immer mehr als erschreckende Abweisungen erlebt habe, fürchte er zunehmend bewusste körperliche Schädigungen durch die Ärzte. Das Schmerzempfinden des Beschwerdeführers sowie seine Unfähigkeit zu einem therapeutischen Prozess sei als wesentlicher Aspekt im Verlauf anzusehen. Trotzdem werde dies vom Gutachter mit mangelndem guten Willen sowie mobilisierbaren Ressourcen in einen Zusammenhang gebracht. Er beziehe ausserdem IV-fremde psychosoziale Faktoren ein, was deplatziert sei. Die Arbeitsunfähigkeit sei ein schwerer Belastungsfaktor für den Beschwerdeführer. Die Ressourcen («langjährige berufliche Integration, intakte Familie») könnten auch als Hinweis verstanden werden, dass der Beschwerdeführer eine langjährige Arbeitsunfähigkeit mit IV-Berentung kaum wählen würde. Der Beschwerdeführer könne sein Schmerzempfinden nicht bewältigen. Sein oft auffälliges und für viele befremdliches Verhalten sei letztlich Ausdruck seiner Unfähigkeit, sich anders mitteilen zu können. Der Beschwerdeführer sei in seiner Identität auf eine Weise verletzt worden, die sich in einer hochempfindlichen psychosomatischen Unberührbarkeit als Schutzreflex ausdrücke. Ärzte könnten ihn kaum noch berühren, Dritten gehe er aus dem Weg. In der Gruppentherapie ziehe er sich an den Rand des Raumes zurück oder verlasse diesen teilweise sogar. Die vom Beschwerdeführer im Laufe der Zeit entwickelte Misstrauensstimmung habe zunehmend zu einer Überzeugung im Sinne einer überwertigen Idee geführt, dass die Ärzte ihm Schaden zufügen wollten. Dies könne kaum als Aggravation gesehen werden, sondern als Folge auf der Ebene der Persönlichkeit im Verlauf der chronischen Schmerzen. Eine vorbestehende Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Die beschriebene, vom Schmerz bestimmte Persönlichkeitsänderung zeige sich in seinen Wahrnehmungen, seinem Denken, in seinen Beziehungen, in seinem Selbstverständnis ebenso wie in seinem Verständnis der Umwelt. Sie zeige sich in einem unflexiblen und unangepassten Verhalten, das vor der Schmerz-Erkrankung nicht vorhanden gewesen sei. Sie sei weder Ausdruck einer anderen psychischen Störung noch Residualsyndrom einer vorangegangenen psychischen Störung. Dies entspreche der Diagnose einer Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80). Die Persönlichkeitsänderung sei als Folge des funktionell stark beeinträchtigenden chronischen Schmerzsyndroms entstanden (ICD-10 F45.41). 4.11

In der Stellungnahme vom 27. Februar 2017 (richtig: 2018) (Urk. 8/115) hielt der Psychiater E. ___ fest, die Ausführungen von Dr. B. ___ zum Gutachten würden nichts an seiner Beurteilung ändern. Es ergäben sich daraus keine neuen Aspekte. Es handle sich insgesamt um eine andere Beurteilung des behandelnden Arztes, die sich aus den unterschiedlichen Sichtweisen des behandelnden Arztes und des versicherungsmedizinischen Gutachters ergäben. 5.5.1

Das interdisziplinäre Gutachten des Psychiaters E. ___ und des Rheumatologen Dr. F. ___ vom 13. September 2017 (Urk. 8/101) basiert auf einer umfassenden psychiatrischen und rheumatologischen

Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Die begutachtenden Ärzte haben detaillierte Befunde erhoben und nachvollziehbare Diagnosen gestellt und sich mit den von dem Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem bi-disziplinären Gutachten kommt daher grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.5.1 und 1.5.2).

Wie bereits festgehalten (vgl. E. 1.

E. 13

= 102.5, 20

E. 14

Fr. 68'061.65. 6.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt

werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2). 6.3

Der Zentralwert für die mit einfachen Tätigkeiten (Kompetenzniveau 1) beschäftigten Männer betrug im Jahre 2014 im privaten Sektor Fr. 5'312.-- pro Monat bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2014, Tabelle TA 1), was unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Tabelle T 03.02.03.01.04.01) ein hypothetisches Einkommen von monatlich Fr. 5'537.75 bzw. Fr. 66'453.10 pro Jahr ergibt. Der Beschwerdeführer kann ganz tags arbeiten und in behinderungsangepasster Tätigkeit eine 100%ige Leistung erbringen. Es ist der Beschwerdegegnerin darin beizupflichten, dass kein Grund für die Vornahme eines behinderungsbedingten Abzugs gegeben ist. Verglichen mit den Valideneinkommen von Fr. 68'061.65 ergibt sich damit eine Einkommenseinbusse von Fr. 1'608.55 bzw. ein Invaliditätsgrad von rund 2%. Auch beim maximal zulässigen Abzug von 25% würde ein rentenaus-schliessender Invaliditätsgrad (27%) resultieren. 6.4

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7. 7.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist abweichend von Art. 61 lit. a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 1000 Franken festgelegt.

Die Gerichtskosten sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. 7.2

Nach der Rechtsprechung sind unter dem Titel Parteientschädigung auch die Kosten eingeholter Gutachten zu vergüten, soweit die Parteixpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 62 E. 5c S. 63; RKUV 2000 Nr. U 362 S. 44 E. 3b, U 360/98, Nr. U 395 S. 322 E. 7a, U 160/98; Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 591/06 vom 15. Dezember 2006, E. 5.1). Dieser Grundsatz ist für das Verwaltungsverfahren ausdrücklich in Art. 45 Abs. 1 ATSG bzw. Art. 78 Abs. 2 IVV festgehalten.

Die vom Beschwerdeführer eingeholten Berichte von Dr. B.____ erweisen sich nach Gesagtem für die Entscheidungsfindung nicht als unerlässlich, weshalb das Gesuch um Übernahme der Kosten für seine zwei Berichte von total Fr. 2'400.-- (je Fr. 1'200.--, vgl. Urk. 3/4 und Urk. 3/5) abzuweisen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Der Antrag des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, die Kosten von Fr. 2.400.-- für die ausführlichen Berichte von Dr. med. B.____ zu ersetzen, wird abgewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Oskar Gysler -
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 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, zuzu stellen.

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

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