

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00996 vom 15. Mai 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00996](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00996)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00996 du 15 mai 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00996 del 15 maggio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

4. Dezember 2012 ( Urk. 6/111) in Aussicht, ihm eine vom 1. September 2009 bis 31. Januar 2010 befristete ganze Invalidenrente auszurichten . Dagegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 6. Februar 2013 Einwände vorbringen und beantragen, das Verfahren sei zu sistieren, bis das von ihm bei Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag gegebene psychiatrische Zweitgutachten vorliege ( Urk. 6/116). Dieses schliesslich vom 18. Juni 2013 datierende Gutachten (Urk. 6/124) kam der IV-Stelle am 25. Juni 2013 zu (Urk. 6/125). Ferner wurde ihr der Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2013 über eine weitere stationäre Behandlung des Versicherten vom 15. Januar bis 29. März 2013 ( Urk. 6/121) zugestellt. Mit Verfügung vom 28. August 2013 sprach die IV-Stelle wie vorbeschrieben dem Versicherten eine befristete ganze Invalidenrente für die Dauer vom 1. September 2009 bis 31. Januar 2010 zu (Urk. 6/133 ; Verfügungsteil 2 ,

Urk. 6/128 ). Die vom Versicherten dagegen erhobene Beschwerde ( Urk. 6/139/3-21) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 26. September 2014 ( Urk. 6/164) in dem Sinne gut, dass die angefochtene Verfügung vom 28. August 2013 insoweit aufgehoben wurde, als sie einen Rentenanspruch nach dem 31. Januar 2010 verneint, und die Sache wurde an die IV-Stelle zurückgewiesen, damit diese eine psychiatrische Abklärung einholt, allenfalls auch unter Einbezug der geltend gemachten Verschlechterung in somatischer Sicht , und hernach über den Rentenanspruch ab dem 1. Februar 2010 neu verfügt.

### **E. 1.1**

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer befristeten oder abgestuften Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen ( Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

### **E. 1.2**

Betreffend den Indikator « Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz » ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer vom 24. August bis am 16. September 2009 und vom 9. Oktober bis am 10. Dezember 2009 im Sanatorium B.\_\_\_\_ ( Urk. 6/40/2 ), vom 10. Dezember 2009 bis am

7. Januar 2010 in der psychiatrischen Klinik C.\_\_\_\_ ( Urk. 6/44/2 ), vom 7. Januar bis am 5. Februar 2010 wieder im Sanatorium B.\_\_\_\_ ( Urk. 6/40/2), vom 7. Juni bis am 9. Juli 2010 in der Akut-Tagesklinik der D.\_\_\_\_ ( Urk. 6/124/29-31), vom 20. März bis am 9. April 2011 in der Klinik F.\_\_\_\_

( Urk. 6/64), vom 15. bis am 19. Juni 2011 im Kriseninterventionszentrum der D.\_\_\_\_ ( Urk. 6/124/32-33), vom 17. Januar bis am 16. Februar 2012 in der Tagesklinik der D.\_\_\_\_ (Urk. 6/124/34-37), vom 15. Mai bis am 18. Juni 2012 ( Urk. 6/100) und vom 15. Januar 2013 bis am 29. März 2013 erneut in der D.\_\_\_\_ ( Urk. 6/121), vom 5. Juni bis am 4. Juli 2013 ( Urk. 6/138/1-2) und vom 14. Februar bis am 7. April 2014 wieder im Sanatorium B.\_\_\_\_ ( Urk. 6/157), vom 3. bis am 30. März 2015 in der Rehaklinik

L.\_\_\_\_ ( Urk. 6/181), vom 27. April bis am 26. Juni 2015 ( Urk. 6/227/13-16), vom 5. bis am 29. September 2015 (Urk. 6/227/9-12), vom 13. Juni bis am 13. Juli 2016 ( Urk. 6/227/6-8) und vom 12. Januar bis am 28. Februar 2017 abermals im Sanatorium B.\_\_\_\_ (Urk.

6/227/3-5) und vom 3. Oktober bis am 13. November 2017 in der Reha P.\_\_\_\_ ( Urk. 6/238) in stationärer beziehungsweise teilstationärer psychiatrischer Behandlung war. Daneben nahm beziehungsweise nimmt der Beschwerdeführer auch ambulante Behandlungen wahr (vgl. Urk. 6/69, Urk. 6/151 und Urk. 6/164/27-29 ). Aus diversen Austrittsberichten betreffend stationäre beziehungsweise teilstationäre Aufenthalte des Beschwerdeführers ergibt sich, dass sich sein Zustand während der Aufenthalte jeweils besserte ( bei spielsweise Urk. 6/157/5, Urk. 6/181/3, Urk. 6/227/4, Urk. 6/227/8, Urk. 6/227/11 ; Urk. 6/243/94 ). So wurde denn auch von den M.\_\_\_\_ - und den O.\_\_\_\_ -Gutachtern für die Zeit nach den stationären beziehungsweise teilstationären Aufenthalten jeweils wieder eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert ( Urk. 6/193/29 und Urk. 6/243/115). Auch wenn es nach den Austritten aus den Kliniken jeweils wieder zu Verschlechterungen gekommen ist, ist aufgrund der zwischenzeitlich immer wieder erreichten Verbesserung der Beschwerden eine generelle Behandlungsresistenz zu verneinen. 5. 1. 3

Im Rahmen des Aspekts «Komorbiditäten» sind nebst Begleiterkrankungen mit eigenständiger invalidisierender Bedeutung (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) sämtliche Störungen, welchen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung bei zu messen ist (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1), in die Würdigung miteinzubeziehen. Neben den genannten psychischen Erkrankungen (vgl. E. 5.1 .1 ) leidet der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht insbesondere an einem chronischen lumbosakralen und einem chronischen zervikozephalen Schmerzsyndrom, welche ihm die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Maschinenmonteur sowie sämtliche weiteren mittelschweren oder gar schweren körperlichen Tätigkeiten verunmöglichen ( Urk. 6/243/ 110 ). Die somatischen und die psychischen Beschwerden beeinflussen sich gegenseitig ( Urk. 6/243/ 121- 122 und Urk. 6/193/34 ). Die Komorbiditäten wirken sich grundsätzlich ressourcenhemmend aus. Dies ist jedoch insoweit zu relativieren, als sich im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung im O.\_\_\_\_ eine auffallende Diskrepanz zwischen den anamnestisch geschilderten Beschwerden, dem demonstrierten Bewegungsmuster sowie der klinischen Untersuchung

zeigte. So betonte der Beschwerdeführer im Rahmen der Anamneseerhebung mehrfach, dass er seit vielen Jahren eine konstant anhaltende, ausgeprägte Schmerzsymptomatik im Bereich der gesamten Wirbelsäule erfahre, mit einer anhaltenden Schmerzintensität zwischen VAS 6 bis VAS 9. Im Rahmen der klinischen Untersuchung wurde der Beschwerdeführer zur Anamneseerhebung sowie zur klinischen Untersuchung vom Gutachter aus der Wartezone abgeholt. Der Beschwerdeführer erhob sich zügig aus dem Sessel im Wartebereich und folgte dem Gutachter über den Flur ins Untersuchungszimmer. Dabei demonstrierte er ein freies, sicheres und hinkfreies Gangbild mit raumgreifender, zügiger Schrittfolge. Auch der jeweilige sitzende, stehende sowie gehende Positionwechsel erfolgte frei und in zügigem Tempo. Die allgemeine Motorik erschien dem Gutachter nicht beeinträchtigt. Im Rahmen der klinischen Untersuchung des Achsenorgans beklagte der Beschwerdeführer eine ausgeprägte paravertebrale Schmerzsymptomatik. Palpatorisch zeigte sich indessen weder ein Hartspann der paravertebralen Muskulatur noch der Nackenstrecker. Die Mobilität der HWS erwies sich nicht als eingeschränkt. Auch im Hinblick auf die Überprüfung der LWS beklagte der Beschwerdeführer eine diffuse, beidseitige, vom thorakolumbalen bis zum lumbosakralen Übergang reichende, ausgeprägte Schmerzsymptomatik mit einem aktuellen Punktwert von VAS 8. Sowohl unter oberflächlicher, leichter Palpation der Muskulatur als auch bei forcierter Kraftanwendung wurde seitens des Beschwerdeführers

ein seitengleich auslösbarer Schmerz von VAS 9/10 angegeben. Bei der gezielten Untersuchung konnten die Beschwerden dabei keinem Dermatome zugeordnet werden. Palpatorisch bestand keine erhöhte Tonisierung der beidseitigen paravertebralen Muskulatur. Auch zeigte sich keine Myogelosenbildung. Die einzelnen Segmente waren stabil. Die Palpation der LWS wurde im Rahmen des Untersuchungsgangs sowohl in stehender, sitzender als auch in liegender Körperposition mehrmals wiederholt. Die vom Beschwerdeführer dabei beklagten Schmerzen erwiesen sich gemäss dem Gutachter als inkonsistent und in ihrer lokalen Ausprägung variabel. Bei der Überprüfung der Mobilität der LWS forderte der Gutachter den Beschwerdeführer auf, eine Rumpfbeuge durchzuführen. Dem kam der Beschwerdeführer de facto nicht nach. Mit den am Körper gestreckt anliegenden Armen führte er de facto weder eine Beugung seiner LWS noch seines Beckens durch. Der gemessene Finger-Boden-Abstand von 80 cm entsprach somit dem Abstand der in gestreckter Position neben dem Körper befindlichen Arme zum Fussboden. Bei einer zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführten, weniger offensichtlichen Überprüfung desselben Bewegungsmusters im Langsitz war es dem Beschwerdeführer hingegen möglich, seine Fingerspitzen den Zehenspitzen bis auf 15 cm anzunähern. Auch war es dem Beschwerdeführer im Rahmen des An- und Entkleidens möglich, in einer gestreckten Körperposition seine Socken über seinen jeweiligen Fuss zu streifen (Urk. 6/243/84-85). 5. 2

Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» ist den negativen Durchhaltestrategien des Beschwerdeführers mit dysfunktionalen Verhaltensmustern, welche zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen, Rechnung zu tragen (vgl. Urk. 6/243/96). Die M.\_\_\_\_-Gutachtern stellten diesbezüglich die Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung (vgl. E. 3.2). Eine Persönlichkeitsstörung liegt je doch nicht vor (Urk. 6/243/96). 5. 3

Zum Komplex «sozialer Kontext» ist festzuhalten, dass sich die schwierige finanzielle Situation des Beschwerdeführers negativ auswirkt (Urk. 6/243/120).

Demgegenüber lebt der Beschwerdeführer zwar seit etwa drei Jahren von seiner Ehefrau getrennt ( Urk. 6/243/99) , er pflegt aber weiterhin regen Kontakt mit ihr ( Urk. 6/243/91). Er hat auch weiterhin einen guten Kontakt zu seinen Kindern. So wird der Haushalt von seiner Tochter geführt. Die Tochter achtet auch darauf, dass er seine Medikamente regelmässig einnimmt und seine Termine einhält (Urk. 6/243/91) . Um die Einkäufe kümmern sich auch die anderen Kinder . Der Beschwerdeführer pflegt auch Kontakt zu seiner Mutter und seinen Geschwistern ( Urk. 6/243/119-120 und Urk. 6/193/22 ). Mit den guten und regelmässigen Kontakten mit seinen Kindern sowie den Kontakten mit der Ehefrau, den Geschwistern und der Mutter enthält der soziale Lebenskontext des Beschwerdeführers trotz der belastenden finanziellen Situation potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2015 vom 29. Februar 2016 E. 6.2). 5.4.5.4.1

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz. Hinsichtlich des Aspekts der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer angibt, nicht mehr arbeiten zu können ( Urk. 6/193/23). Insbesondere die O.\_\_\_\_-Gutachter stellten jedoch deutliche Anhaltspunkte für eine Aggravation der Beschwerden fest ( Urk. 6/243/118 ). Hinsichtlich der somatischen Beschwerden wurden die Inkonsistenzen vorstehend aufgezeigt ( vgl. E. 5. 1. 3 ). Darüber hinaus war in der psychiatrischen Begutachtungssituation kein Leidensdruck feststellbar. Etliche wichtige Daten (unter anderem Geburtsdaten seiner Kinder) wusste

der Beschwerdeführer nicht zu nennen, ohne dass sich psychopathologische Hinweise auf ein dementielles Syndrom ergeben hätten. Bei der Bestimmung des Medikamentenspiels anlässlich der O.\_\_\_\_-Begutachtung lag einzig Lithium im therapeutischen Bereich, die Konzentration der Schmerzmittel befand sich teilweise weit unterhalb des Referenzbereiches ( Urk. 6/243/99). Demgegenüber zeigte der Blutspiegel anlässlich der M.\_\_\_\_-Begutachtung Werte im therapeutischen Bereich, wobei gemäss den Gutachtern nicht ausgeschlossen werden konnte, dass aufgrund der Begutachtungssituation ein nicht bestimmungsgemässer Gebrauch vorlag (Urk. 6/193/61). Auch die M.\_\_\_\_-Gutachter stellten jedoch eine Diskrepanz zwischen der Beschwerdeschilderung, der subjektiven Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit und den objektivierbaren (reproduzierbaren) psychischen Beeinträchtigungen in der Untersuchungssituation beziehungsweise den anamnestisch geschilderten Aktivitäten fest. Die geschilderten Funktionsbeeinträchtigungen und die zu eruierten Aktivitäten des täglichen Lebens (beispielsweise Autofahren) standen nach Einschätzung der Gutachter nicht regelmässig im Einklang. Anhaltende beziehungsweise dauerhafte Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen konnten den Gutachtern nicht überzeugend dargestellt werden ( Urk. 6/193/28). 5.4.2

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks gilt es zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer seit vielen Jahren in psychiatrischer Behandlung steht und auch bereits x-fach in stationärer beziehungsweise teilstationärer psychiatrischer Behandlung war (vgl. E. 5. 1. 2). Dabei gilt es jedoch zu beachten, dass es gemäss den O.\_\_\_\_-Gutachtern möglich erscheint, dass der Beschwerdeführer unbewusst zu den Hospitalisationen motiviert war, weil er dadurch persönliche Zuwendung und Aufmerksamkeit erhielt ( Urk. 6/243/95). Nichtsdestotrotz ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein Leidensdruck ausgewiesen . 5.5

Bei gesamthafter Würdigung der massgeblichen Indikatoren und in Anbetracht der Tatsache, dass bereits aus somatischer Sicht für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit besteht, ist die von den Gutachtern erhobene grundsätzliche 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus rechtlicher Sicht nicht zu beanstanden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_194/2018 vom 4. Juni 2018 E. 4.1.) .

Es gilt jedoch zu beachten, dass dem Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 28.

August 2013 für die Dauer vom 1. September 2009 bis 31. Januar 2010 eine ganze Rente zugesprochen worden war ( Urk. 6/133 ) und die se

Rentenzusprache vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 26. September 2014 nicht infrage gestellt wurde, und die Sache lediglich zur Prüfung des Rentenanspruchs ab dem 1. Februar 2010 an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurde ( Urk. 6/164). Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit 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. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Wie im Urteil des hiesigen Gerichts vom 26. September 2014 dargelegt, war der Beschwerdeführer Anfang Februar 2010 noch in stationärer Behandlung im Sanatorium B.\_\_\_\_ ( Urk. 6/40/2), weshalb zu diesem Zeitpunkt noch keine relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes angerechnet werden kann (E. 4.5 des Urteils). Nachdem der Beschwerdeführer am 5. Februar 2010 aus dem Sanatorium B.\_\_\_\_ ausgetreten war ( Urk. 6/40/2), war er ab dem 7. Juni 2010 wieder in teilstationärer Behandlung in der Akut-Tagesklinik der D.\_\_\_\_ ( Urk. 6/124/29-31). Diese Behandlung dauerte bis am 9. Juli 2010. In der Folge war der Beschwerdeführer während mehr als acht Monaten nicht mehr in stationärer Behandlung (vgl. Urk. 6/68/2) . Es ist daher ab Juli 2010 von einer wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen, weshalb in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV ab November 2010 grundsätzlich von der von den Gutachtern attestierten Arbeitsfähigkeit von 80 %

auszugehen ist. Dabei gilt es aber zusätzlich zu berücksichtigen, dass die grundsätzliche 80%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angestammter Tätigkeit durch mehrere stationäre Aufenthalte unterbrochen wurde . Insgesamt war der Beschwerdeführer zwischen dem 1. November 2010 und dem 10. Oktober 2018, dem Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung ( Urk. 2) , während 484 Tagen ( Klinik F.\_\_\_\_ vom 20. März bis am 9. April 2011 [Urk. 6/64]: 21 Tage, Kriseninterventionszentrum der D.\_\_\_\_ vom 15. bis am 19. Juni 2011 [Urk. 6/124/32-33]: 5 Tage, Tagesklinik der D.\_\_\_\_ vom 17. Januar bis am 16. Februar 2012 [ Urk. 6/124/34-37 ]: 31 Tage, D.\_\_\_\_ vom 15. Mai bis am

18. Juni 2012 [ Urk. 6/100]: 35 Tage, D.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2013 bis am 29. März 2013 [ Urk. 6/121]: 74 Tage, Sanatorium B.\_\_\_\_ vom 5. Juni bis am 4. Juli 2013 [Urk. 6/138/1-2]: 30 Tage, Sanatorium B.\_\_\_\_ vom 14. Februar bis am 7. April 2014 [ Urk. 6/157]: 53 Tage, Reha klinik

L.\_\_\_\_ vom 3. März bis am 30. März 2015 [ Urk. 6/181]: 28 Tage, Sanatorium B.\_\_\_\_ vom 27. April bis am 26. Juni 2015 [ Urk. 6/227/13-16]: 61 Tage, Sanatorium B.\_\_\_\_ vom 5. September bis 29. September 2015 [ Urk. 6/227/9-12]: 25 Tage, Sanatorium B.\_\_\_\_ vom

### **E. 1.2.1**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1

des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 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 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

### **E. 1.2.2**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten 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 für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE

141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.2.3**

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

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

#### **E. 1.2.4**

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März

2018 E.

5.2.2 und 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

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

#### **E. 1.4**

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.). 2.

## **E. 2**

5. November 2016 in Aussicht, das Leistungsbegehren des Versicherten abzuweisen (Urk. 6/214). Dagegen erhob der Versicherte unter Beilage zweier Berichte des Zentrums N.\_\_\_\_ (Urk. 6/222 und Urk. 6/223) Einwand und beantragte, es sei ihm ab dem 1. Februar 2010 und bis auf Weiteres eine ganze Invalidenrente auszurichten (Urk. 6/216 und Urk. 6/224).

Vom 12. Januar 2011

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 10. Oktober 2018 (Urk. 2) davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist, was ihm die Erzielung eines renten ausschliessenden Einkommens ermögliche.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer liess dagegen im Wesentlichen einwenden (Urk. 1),

er bestreite, dass er in einer angepassten Tätigkeit noch zu 80 % arbeitsfähig sei. Die gemäss Beschwerdegegnerin bloss 20 % ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht widerspreche den Einschätzungen der Behandler, die aufgrund der jahrelangen schweren Depressionen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten ausgingen. Die Gutachten der M.\_\_\_\_

vom 2. Mai 2016 und des O.\_\_\_\_ vom 23. April 2018 erfüllten die rechtsprechungs gemässen Anforderungen an beweistaugliche medizinische Gutachten nicht. Die vom psychiatrischen M.\_\_\_\_-Gutachter Dr.

Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gestellte Hauptdiagnose einer blossen «sonstigen Reaktion auf eine schwere Belastung» beziehungsweise einer «Verbitterungsstörung» sei in keiner Weise mit der Aktenlage zu vereinbaren, sie stünde im klaren Widerspruch zum dokumentierten Krankheitsverlauf und Dutzenden von anderslautenden Arztberichten sowie auch den übrigen Gutachten. Mit diesen habe sich Dr. Q.\_\_\_\_ offensichtlich nicht substantiiert auseinandergesetzt. Die richtige psychiatrische Hauptdiagnose, eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig schwere depressive

Episode), sei von den Behandlern vom N.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 7. März 2017 überaus plausibel, detailliert und damit nachvollziehbar begründet worden .

Das Gutachten des O.\_\_\_\_ vom 23. April 2018 habe seine explizit gestellte Zusatzfrage hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit ab Februar 2010 und des Zeitpunktes einer allenfalls vorliegenden länger andauernden Arbeitsfähigkeit nicht beantwortet. Das Gutachten sei nur schon deshalb offensichtlich unvollständig. Es sei zudem offenkundig, dass die zentrale gutachterliche Einschätzung, wonach ein «Leidensdruck nicht nachvollziehbar» sei, in offenkundigem Widerspruch zur Aktenlage mit insbesondere langjährigen Therapien mit Psychopharmaka-Einnahme und zahlreichen Hospitalisationen nach Suizidversuchen stehe.

Mittlerweile sei die vom angerufenen Gericht im Urteil vom 26. September 2014 aufgeworfene Frage nach der Verwertbarkeit des «periodischen Zugewinnes an zumutbarer Arbeitsfähigkeit» beantwortet. Die hohe Kadenz der Hospitalisationen halte seither nämlich an. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit während dieser Aufenthalte werde auch von den Gutachtern anerkannt. Die nachhaltige Ausübung einer Erwerbstätigkeit zwischen diesen häufigen und in rascher Folge auf tretenden Krisen sei schlicht illusorisch. 3. 3.1

Im Gutachten der M.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2016 ( Urk. 6/193 ) werden die bis zur Begutachtung des Beschwerdeführers aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst ( Urk. 6/193/7 ff. ), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen. 3.2

Die Gutachter der M.\_\_\_\_ hielten in ihrem Gutachten vom 2. Mai 2016 ( Urk. 6/193 ) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest ( Urk. 6/193/38): - sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - chronisch wiederkehrende Lumbalgien bei Rezidiv-Diskushernie im Segment L4/5 linksseitig, bei Status nach Sequestrektomie L4/5 links am 27. April 2009, bei Bandscheibenprotrusion in den Segmenten L3/4 und L5/S1, degenerativen LWS-Veränderungen und geringer Wirbelsäulenfehlstatik – MRI vom 19. Januar 2014 mit hieraus resultierender Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule, ohne radikuläre Komponente - chronisch wiederkehrende

Zervikalgien bei Diskushernie im Segment C5/6 mediolateral links mit dorsaler Verlagerung der Wurzel C6 im Rezessus links und diskreten degenerativen HWS-Veränderungen, ohne Hinweis auf weitere Wurzelaffektionen und ohne signifikante Spinalkanalstenose – MRI Februar 2014

Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nannten die M.\_\_\_\_ -Gutachter ( Urk. 6/193/38): - Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) - Spreizfuss beidseits - kein neurologisches radikuläres Korrelat bei Zervikobrachialgie links bei im MRI nachgewiesener Diskushernie C5/6 links - kein neurologisches Korrelat bei chronischem lumbalen Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in beide Beine - Restless - Legs -Syndrom - Lipidstörung, bisher nicht therapiert - deutliche Leukozytose, am ehesten bedingt durch Nikotinabusus, eventuell auch durch bestehende Verletzung

Die Gutachter attestierten dem Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit als Maschinenmonteur vorrangig aufgrund der verminderten Rückenbelastbarkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, das heisse in einem vollschichtigen Arbeitspensum eine Leistungsfähigkeit von 80 % .

Retrospektiv bestehe in der angestammten Tätigkeit hinsichtlich der verminderten Rückenbelastbarkeit auch nach Ende Oktober 2009 (ein halbes Jahr nach dem Eingriff an der LWS am 27. April 2009) die Arbeitsunfähigkeit. Für eine leidens adaptierte Tätigkeit sei hingegen mindestens ab Oktober 2009 rein auf das Rückenleiden bezogen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr plausibel. In einer Verweistätigkeit sei jedoch aus psychiatrischer Sicht von einer höchstens 20%igen Arbeitsunfähigkeit ab etwa Ende 2011 auszugehen. Die weiter zurückliegende Zeit sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht angesichts der auch erheblich bestehenden und den Verlauf überlagernden psychosozialen Aspekte nicht hinreichend valide zu bewerten (Urk. 6/193/39) . 3.3

Auf die Frage der Beschwerdegegnerin, welche psychiatrischen Diagnosen sich medizinisch-theoretisch nach Abstrahierung der psychosozialen Belastungen, insbesondere der Schulden stellten und welche Arbeitsfähigkeit sich dann ergebe (Urk. 6/194), antwortete der psychiatrische Gutachter der M.\_\_\_\_, Dr. Q.\_\_\_\_, am 24. Oktober 2016 (Urk. 6/208), bei der Diagnose ICD-10 F43.8 handle es sich nicht um eine reine psychosoziale Belastungssituation. Sie hätten bei ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bereits bewusste Anteile und willentlich beeinflussbare Störungen abstrahiert, da diese versicherungsmedizinisch nicht relevant seien. In der Gesamtkonstellation, unter Berücksichtigung der sonstigen in dem psychiatrischen Gutachten genannten Diagnosen, habe sich die von ihnen angegebene Arbeitsunfähigkeit für die angestammte und eine ideal angepasste Verweistätigkeit ergeben . 3. 4

Die Ärzte des Sanatoriums B.\_\_\_\_ hielten mit Austrittsbericht vom 3. März 2017 (Urk. 6/227/3-5), welcher sich auf den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 12. Januar bis 28. Februar 2017 bezog, als Hauptdiagnosen fest: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - absichtliche Selbstschädigung (ICD-10 X84.9) - Status nach Selbstverletzung (Schneiden) 9. Januar 2017 - Status nach Suizidversuch 2012, 2015

Als Nebendiagnosen nannten sie psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-F45.41).

Der Eintritt bei ihnen sei freiwillig erfolgt. Bei Eintritt habe sich der Beschwerdeführer stark niedergeschlagen und hoffnungslos gezeigt. Er habe über oberflächliche Schnittverletzungen in der Woche vor Eintritt bei Suizidideen berichtet; eine medizinische Versorgung sei nicht notwendig gewesen. Seit seinem letzten stationären Aufenthalt habe sich sein depressives Zustandsbild langsam aber kontinuierlich ohne einen konkreten Auslöser verschlechtert. Der Beschwerdeführer habe sich durch seine sozialen Umstände, namentlich Schwierigkeiten beim Suchen einer neuen Unterkunft und Geldprobleme, stark belastet gezeigt. Er habe wiederholt Termine beim hausinternen Sozialdienst wahrgenommen. Im Verlauf seines Aufenthaltes habe der Beschwerdeführer die Zusage für eine neue Wohnung erhalten, worüber er sichtlich erleichtert gewesen sei. Zusätzlich habe die Beziehung zu den Kindern stabilisierend gewirkt. Der Beschwerdeführer sei bei deutlich stabilisiertem psychischen Zustandsbild und, im Vergleich zum Eintritt, klarer Distanzierung von suizidalen Absichten im gegenseitigen Einverständnis aus dem Sanatorium B.\_\_\_\_ entlassen worden. 3.5

Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. klin. psych. R.\_\_\_\_ vom N.\_\_\_\_ nahmen auf Veranlassung des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers am 7. März 2017 zum M.\_\_\_\_-Gutachten Stellung (Urk. 6/222). Sie erklärten, die Aktenlage sei unvollständig. So fehle der Bericht des N.\_\_\_\_ vom 9. Februar 2015. Dies sei schwerwiegend, da in diesem Bericht über eine neuropsychologische Abklärung berichtet werde. Einzig Dr. Q.\_\_\_\_ habe eine Verbitterungsstörung diagnostiziert. Er weiche damit auch von den Vorgutachtern des J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ ab, welche eine mittelgradige Depression diagnostiziert hätten. Die Begründung von Dr. Q.\_\_\_\_ basiere vor allem auf den Schulden. Der Beginn der Depression sei im Jahr 2009 gewesen, die Schulden hätten jedoch erst 2013 begonnen. Die schwere Depression sei durch den Verlust des Lebensmittelpunktes (Arbeit) und die Schmerzen und nicht durch psychosoziale Umstände begründet. Die richtige Diagnose sei rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (ICD-10 F33.2). Der Beschwerdeführer sei für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. 3.6

Dr. med. S.\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesiologie, und T.\_\_\_\_, eidgenössisch anerkannter Psychotherapeut, von der Reha P.\_\_\_\_

hielten mit Bericht vom 12. Dezember 2017 (Urk. 6/238), welcher sich auf den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 3. Oktober bis 13. November 2017 bezog, als Diagnosen fest: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - Status nach Suizidversuchen, zuletzt 2015 - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - chronisch lumbales Schmerzsyndrom - mediolaterale Diskushernie C5/6 links - Status nach Sequestrektomie L4/5 links am 27. April 2009

Dr. S.\_\_\_\_ und Psychotherapeut T.\_\_\_\_ attestierten dem Beschwerdeführer sowohl für die Dauer des stationären Aufenthaltes wie auch nach der Entlassung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 3.7

Die O.\_\_\_\_-Gutachter nannten in ihrem Gutachten vom 23. April 2018 (Urk. 6/243) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/243/102): - chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie mit/bei - aktivierter Osteochondrose auf Höhe L4/L5 und L5/S1 sowie multieta gerer

Diskusprotrusion betont L3/L4, L4/L5 sowie L5/S1 - Status nach mikrochirurgischer Sequestrektomie im Segment L4/L5 am 27. April 2009 - rezidivierender Lumbalgie bei Rezidiv-Diskushernie im Segment L4/L5 links - chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom ohne Radikulopathie bei - moderater Osteochondrose im Segment C4/C5 - multieta gerer

Diskusprotrusion betont im Segment C4/C5 sowie C5/C6 - rezidivierenden Zervikalgien bei Diskushernie im Segment C5/C6 medio lateral links mit Dorsalverlagerung der Wurzel C6 im Rezessus links mit diskreten degenerativen HWS-Veränderungen - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die O.\_\_\_\_-Gutachter (Urk. 6/243/102): - Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0), Rentenneurose - psychische und Verhaltensstörungen durch Stimulanten (Coffein; ICD-10 F15.1), Abhängigkeit (10 bis 15 Tassen Kaffee/Tag) - psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (ICD-10 F17.1), schädlicher Gebrauch (etwa 60 pack

years ) - Dyslipidämie

In der bis zu seinem am 26. August 2008 erlittenen Verheerenden Trauma ausgeübten Tätigkeit als Maschinenmonteur, welche als körperlich mittelschwer bis intermit tierend schwer einzustufen sei, sei der Beschwerdeführer seit dem 26. August 2008 zu 100 % arbeitsunfähig. In einer rückenadaptierten, körperlich leichten, wechselbelastenden, überwiegend sitzenden, optimal angepassten Tätigkeit sei er aus interdisziplinärer Sicht unverändert zu 80 % arbeitsfähig. Dies gelte durchgehend seit dem Erstantrag zum Bezug von Leistungen für Erwachsene, datierend auf den 26. August 2008. Ausgenommen hiervon seien die Zeiträume der diversen stationären Rehabilitationsmassnahmen und psychiatrischen Hospitalisationen. Während dieser Zeiten habe auch in adaptierter Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 6/243/115). 3.8

Dr. Q.\_\_\_\_ und Dr. phil. R.\_\_\_\_ nahmen mit einem mit 6. Juli 2017 datierten Bericht Stellung zum O.\_\_\_\_ -Gutachten vom 25. Februar 2018 (Urk. 6/252). Nach Hunderten von Therapiestunden hätten verschiedene

Langzeitbehandlungen beim Beschwerdeführer entweder eine schwere oder mittelgradige Depression

diagnostiziert. Der Verlauf im N.\_\_\_\_ seit 2014 mit bisher 62 Sitzungen zwischen den stationären Aufenthalten zeige klar ebenfalls eine schwere Depression. Med. pract. U.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom O.\_\_\_\_ lege den Fokus fachfremd vor allem auf das Schmerzgeschehen und stelle nur Motivationslosigkeit, Lustlosigkeit sowie Zittern bei Status nach Suizidversuch fest und beurteile den Beschwerdeführer vor allem im Lichte einer Selbstlimierung und Regression sowie einer Rentenneurose ohne Leidensdruck. Der Gutachterin entgehe der langjährige, bisher leider unkorrigierbar desolate Verlauf bei durchgängig mindestens mittelgradigen oder schweren Depressionen bei Therapie resistenz und dem nur geringen Erfolg einer Reduzierung der Suizidalität. Es könne wohl nicht sein, dass drei verschiedene Klinik nach mehrmonatigen Aufenthalten sowie das N.\_\_\_\_ nach Hunderten von Sitzungen die Situation des Beschwerdeführers nur im Hinblick auf die immer wieder geäußerte Befangenheit falsch beurteilten und einzig die drei Gutachterstellen nach einer gesamten Gutachterzeit von höchstens 10 Stunden psychiatrisch lediglich Rentenneurosen ohne Leidensdruck feststellten. Der Beschwerdeführer sei heute nicht mehr wegen des Unfalls und der Kündigung, sondern längst komorbid mit dem Gefühl eines zerstörten Lebens und der Schmerzen schwerst depressiv. Psychosoziale Umstände spielten längst keine Rolle mehr, vielmehr handle es sich um ein negatives Gedankenkreisen bis hin zu Suizidgedanken und völlig irrationalen Entscheidungen (ohne Ehekonflikte verlassen er die Familie, weil er Ruhe haben müsse) im Rahmen der Depression. Anstatt die Depression in der Schwere exakt zu explorieren konstruierten die Gutachter erneut psychosoziale Umstände und Renten neurossen als Hauptgrund für das Zustandsbild des Beschwerdeführers, um schliesslich kaum Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit festzustellen. Die Problematik der Komorbidität werde nicht exploriert. 4. 4.1

Die Gutachten der M.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2016 (Urk. 6/193) und des O.\_\_\_\_ vom 23. April 2018 (Urk. 6/243) erfüllen die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche medizinische Gutachten. Die Gutachten

sind für die streitigen Belange umfassend, sie beruhen auf eingehenden fachärztlichen Untersuchungen, sie berücksichtigen die geklagten Beschwerden, sie leuchten in der

Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die darin enthaltenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a; E. 1.3). 4.2

Der Beschwerdeführer brachte gegen das M.\_\_\_\_-Gutachten diverse Einwände vor (vgl. Urk. 1 S. 8 ff.), welche er im Wesentlichen auf die Stellungnahme von Dr. Q.\_\_\_\_ und Dr. phil. R.\_\_\_\_ vom 7. März 2017 (E. 3.5) stützte. Dazu ist festzuhalten, dass entgegen dem entsprechenden Einwand des Beschwerdeführers aus der Unkenntnis der Gutachter eines einzigen Berichtes der behandelnden Fachpersonen des N.\_\_\_\_ nicht geschlossen werden kann, die Beurteilung beruht auf unvollständigen Akten. Dies gilt umso mehr, als zahlreiche Berichte der behandelnden Ärzte - unter anderem auch des N.\_\_\_\_ (Urk. 6/193/17) - von den Gutachtern berücksichtigt wurden (vgl. Urk. 6/193/7 ff.). Hinsichtlich des Einwandes des Fehlens einer neuropsychologischen Untersuchung gilt es zu beachten, dass es grundsätzlich Sache des begutachtenden Arztes

ist zu entscheiden, welche Abklärungen und Untersuchungen für eine umfassende Expertise als notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_530/2015, 8C\_563/2015 vom 6. Januar

2016 E.

5.2). Analoges gilt auch für die Rücksprache mit den Behandlern. Der Entscheid, ob eine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten angezeigt ist, ist nach der höchstgerichtlichen Rechtsprechung nicht von der untersuchten Person oder von deren behandelnden Ärzten zu treffen, sondern steht allein im Ermessen der mit der Begutachtung beauftragten medizinischen Experten und ist nicht zwingend (Urteil des Bundesgerichts 9C\_191/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.2.3 mit Hinweisen).

Entgegen dem Einwand des Beschwerdeführers blendeten die M.\_\_\_\_-Gutachter auch die Vielzahl der stationären Langzeitbehandlungen nicht aus. Die Gutachter attestierten für den Zeitraum der stationären Aufenthalte nicht nur eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten (Urk. 6/1

## **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

## **E. 9**

3/29), sondern sie legten auch dar, dass die Krankheit als solche vom Beschwerdeführer als Ausweg aus der prekär erlebten Belastungssituation wahrgenommen werde

und aus psychiatrisch-psychodynamischer Sicht von einem Appell auszugehen sei (Urk. 6/193/26). Es trifft auch nicht zu, dass sich die Gutachter auf psychosoziale Umstände fokussierten. Die Gutachter legten vielmehr dar, dass anhaltende beziehungsweise dauerhafte Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen nicht überzeugend dargestellt werden konnten. Die geschilderten Funktionsbeeinträchtigungen und die zu erwerbenden Aktivitäten des täglichen Lebens stünden nicht regelmässig im Einklang (Urk. 6/193/28).

Dass darüber hinaus jedoch psychosoziale Belastungen das Beschwerdebild beeinflussen, ergibt sich ohne weiteres aus den aktenkundigen Berichten der behandelnden Ärzte. So wiesen beispielsweise die Ärzte des Sanatoriums B.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 3. März 2017 darauf hin, dass der Beschwerdeführer durch seine sozialen Umstände stark belastet ist (Urk. 6/227/4, E. 3.4). Entgegen dem Beschwerdeführer steht auch fest, dass die

finanziellen Probleme bereits unmittelbar nach dem Unfall begonnen hatten, sah er sich nach dem Unfall doch gezwungen, einen zuvor gekauften Club mit Verlust zu verkaufen (Urk. 6/193/25). Weiter ist nicht ersichtlich, inwieweit die Befundaufnahme durch die Gutachter

rudimentär sein soll (vgl. Urk. 6/193/23-24). Ebenso zielt der Einwand ins Leere, die Begutachtung sei nicht lege artis erfolgt, weil keine fremdanamnestic Angaben eingeholt worden seien. Der Entscheid, ob fremdanamnestic Angaben eingeholt werden, obliegt grundsätzlich alleine der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des medizinischen Experten

(Urteil des Bundesgerichts 9C\_457/2018 vom 7. September 2018 E.

3.2 mit Hinweis). Dem Gutachten ist auch korrekt zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung in stationärer Behandlung stand (Urk. 6/193/21; vgl. Urk. 6/227/9-12). 4.3

Hinsichtlich des O.\_\_\_\_-Gutachtens wendete der Beschwerdeführer unter anderem ein, die Gutachter hätten sich entgegen der explizit gestellten Frage nicht zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit geäußert (Urk. 1 S. 10). Der Beschwerdeführer lässt dabei ausser Acht, dass die Gutachter ihm in der angestammten Tätigkeit ab dem 26. August 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten (Urk. 6/243/115). In einer angepassten Tätigkeit hielten sie demgegenüber seit dem gleichen Zeitpunkt eine 80%ige Arbeitsfähigkeit fest, welche lediglich durch die Zeiträume der diversen stationären Rehabilitationsmassnahmen und psychiatrischen Hospitalisationen unterbrochen worden war. Für diese Zeiten hielten die Gutachter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit fest. Es trifft auch nicht zu, wie der Beschwerdeführer unter Berufung auf den Bericht von Dr. Q.\_\_\_\_ und Dr. phil. R.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2017 (richtig wohl 6. Juli 2018; Urk. 6/252, E. 3.8) geltend macht, dass der psychiatrische

O.\_\_\_\_-Gutachterin med. pract. U.\_\_\_\_ der langjährige Verlauf entgegen ist (vgl. Urk. 1 S. 11). Vielmehr wies sie darauf hin, dass das Gesamtbild einer Rentenneurose entspricht und der Beschwerdeführer nach der ursprünglich gesicherten körperlichen Störung wegen des psychischen Zustandes zu einer Aggravation der Symptome neigt, die nun schon seit zehn Jahren anhielten (Urk. 6/243/95). Die Folgerung des Beschwerdeführers, er habe über viele Jahre intensive Therapien in Anspruch genommen und von den behandelnden Ärzten sei eine Depression diagnostiziert worden, weshalb nicht nachvollziehbar sei, dass nun «lediglich» eine Dysthymia vorliege, geht offensichtlich fehl, besteht doch ein Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4). 4.4

Die Einschätzung der Ärzte des Sanatoriums B.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 3. März 2017 (E. 3.4) steht der Einschätzung der M.\_\_\_\_- und der O.\_\_\_\_-Gutachter nicht entgegen. Wie dargelegt (E. 4.2) weisen auch die Ärzte des Sanatoriums B.\_\_\_\_ auf die psychosozialen Belastungen des Beschwerdeführers hin. Für die Zeit des Aufenthaltes im Sanatorium B.\_\_\_\_ attestierten zudem die Gutachter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/193/29 und Urk. 6/243/125). Im Übrigen ergibt sich aus dem Bericht der Ärzte des Sanatoriums B.\_\_\_\_ vom 3. März 2017, dass der Beschwerdeführer bei deutlich stabilisiertem Zustandsbild entlassen wurde (Urk. 6/227/4). 4.5

Bei der Würdigung des Berichts von Dr. S.\_\_\_\_ und T.\_\_\_\_ von der Reha P.\_\_\_\_ vom 12. Dezember

2017 (vgl. E.

3.6), mit welchem dem Beschwerdeführer sowohl für die Dauer des stationären Aufenthaltes wie auch für die Zeit danach eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, gilt es zu berücksichtigen, dass Dr. S.\_\_\_\_ und

T.\_\_\_\_ zwar über eine psychotherapeutische beziehungsweise psychosomatische Ausbildung verfügen, jedoch im Gegensatz zu den begutachtenden Dr. Q.\_\_\_\_ und med. pract. U.\_\_\_\_ nicht Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind. Darüber hinaus gilt es auch der Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag Rechnung zu tragen (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4). Der Bericht von Dr.

S.\_\_\_\_ und T.\_\_\_\_ von der Reha P.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2017 ist daher nicht geeignet, die Einschätzung der M.\_\_\_\_ - und O.\_\_\_\_ -Gutachter infrage zu stellen. 4.6

Nach dem Gesagten erfüllen die M.\_\_\_\_ - und O.\_\_\_\_ -Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche

medizinische Gutachten (vgl. E. 1.4). Es kann daher darauf abgestellt werden. In Anbetracht dessen, dass der Beschwerdeführer an einer psychischen Erkrankung leidet, ist seine Leistungsfähigkeit jedoch im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens zu prüfen (vgl. E. 1.2). 5. 5.1 5.1.1

Bezüglich des Komplexes „Gesundheitsschädigung“ respektive des Indikators „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ ist festzuhalten, dass aus psychiatrischer Sicht die M.\_\_\_\_ -Gutachter eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-

## **E. 10**

F43.8), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.; E.

3.2) und die O.\_\_\_\_ -Gutachter eine Dysthymia (ICD-10 F34.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0), Rentenneurose, eine psychische und Verhaltensstörungen durch Stimulanzien (Coffein; ICD-10 F15.1), Abhängigkeit (10 bis 15 Tassen Kaffee/Tag) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (ICD-10 F17.1), schädlicher Gebrauch (etwa 60 pack years; E. 3.7) diagnostizierten. Unabhängig der konkreten Diagnosestellung ergibt sich aus beiden Gutachten, dass die diagnose relevanten Befunde nur leichtgradig ausgeprägt sind. Im Rahmen der psychiatrischen M.\_\_\_\_ -Begutachtung konnten keine relevanten kognitiven

Defizite reproduziert werden. Eine relevante affektive Störung, die über eine dysphorische und resignative Haltung hinausgehen würde, konnte ebenfalls gutachterlich nicht festgestellt werden. Gemäss dem psychiatrischen M.\_\_\_\_ -Gutachter, Dr. Q.\_\_\_\_, resultiert die Müdigkeit und Erschöpfbarkeit, welche der Beschwerdeführer berichtet habe, allenfalls aus seiner Motivationslage und der vorwiegenden Schonung, welche auf die Unzufriedenheit mit seiner Lebenssituation und die anhaltenden Konflikte mit seinem sozialen Umfeld zurückzuführen seien. Das Rückzugsverhalten bezieht sich beim Beschwerdeführer gemäss Dr. Q.\_\_\_\_ vornehmlich darauf, dass er wegen der hohen

Schulden seinen Familienangehörigen und Kollegen nicht unbeschwert gegenüber treten könne. Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Schlafstörung wies Dr. Q.\_\_\_\_ darauf hin, dass eine wirksame Verhaltensänderung voraussichtlich sehr schnell zu einer Normalisierung des Schlafes führen würde (Urk. 6/193/27). Die psychiatrische O.\_\_\_\_-Gutachterin, med. pract. U.\_\_\_\_, legte dar, dass beim Beschwerdeführer ein chronisch depressives Syndrom in Form einer Dysthymia

vorliege, das heisse eine chronische, mehrere Jahre andauernde Verstimmung, die jedoch überwiegend weder hinreichend schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug sei, um die Kriterien einer leichten, mittelgradigen oder schweren rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) zu erfüllen. Lediglich zwischenzeitlich sei es zu einzelnen depressiven Episoden gekommen, dies sei jeweils zum Zeitpunkt der psychiatrischen Hospitalisationen der Fall gewesen. Im Rahmen der Begutachtung konnten die O.\_\_\_\_-Gutachter keine Depressivität feststellen (Urk. 6/243/95 und Urk. 6/243/116-117). 5.

### **E. 13**

Juni bis am 13. Juli 2016 [Urk. 6/227/6-8]: 31 Tage, Sanatorium B.\_\_\_\_

vom 12. Januar bis am 28. Februar 2017 [Urk. 6/227/3-5]: 48 Tage und Reha P.\_\_\_\_ vom 3. Oktober bis am 13. November 2017 [Urk. 6/238]: 42 Tage) in stationärer beziehungsweise teilstationärer Behandlung, das heisst während einem Sechstel sämtlicher Tage (484 : 2'901). Dies rechtfertigt eine zusätzliche Reduktion der verbleibenden Arbeitsfähigkeit um einen Sechstel. 5. 6

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass bis Juli 2010 beziehungsweise Oktober 2010 (Art. 88a Abs. 1 IVV) von einer 100%igen und ab November 2010 von einer 66,67%igen (80

% : 6 x 5) Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen ist.

### **6. 6.1**

Zu prüfen bleibt, wie sich das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. 6.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen Einkommens entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Auch wenn die Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch die Y.\_\_\_\_ AG auch durch wirtschaftliche Gründe beeinflusst war, ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Kündigung hauptsächlich aus gesundheitlichen Gründen erfolgt war, führte die Arbeitgeberin für andere Mitarbeiter doch Kurzarbeit ein (Urk. 6/24). Der Beschwerdeführer erzielte vor Eintritt des Gesundheitsschadens bei der Y.\_\_\_\_ AG im Jahr 2008 ein Einkommen von Fr. 62'400.-- (Urk. 6/14/3). In Anpassung an die Nominallohnentwicklung entspricht dieses Einkommen

im Jahr 2010 einem Einkommen von Fr. 64'159.85 (Fr. 62'400. -- : 2092 x 2151

[ Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, Tabelle T39, Nominallöhne Männer] ) . 6.3 6.3.1

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 auf grund 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 , IVG , 3. Aufl. 2014, N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 6.3.2

Bis und mit Oktober 2010 ist dem Beschwerdeführer kein Erwerbseinkommen anrechenbar , weshalb das Invalideneinkommen bis Oktober 2010 Fr. 0. -- beträgt.

Nachdem der Beschwerdeführer auch ab November 2010 keiner Erwerbstätigkeit nachging, ist das Valideneinkommen ab November 2010 gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE zu berechnen. Massgebend ist dabei die Tabelle TA1 der LSE 2010. Innerhalb dieser Tabelle ist auf den Totalwert für Arbeitnehmer des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) abzustellen, mithin Fr. 4'901.--. Bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2010 von 41,6 Stunden (vgl. Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total) entspricht dies bei einem 100%-Pensum einem jährlichen Einkommen von Fr. 61'164.50 ( Fr. 4'901.

x 12 : 40 x 41,6) und bei einem Pensum von 66,67 %

einem solchen von Fr. 40'776.35. 6.3.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa ). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa ). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb ). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten

Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

Wie vorstehend dargelegt, ist der Beschwerdeführer durchschnittlich zu 66,67 % arbeitsfähig in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Da er jedoch auch nach November 2010 jeweils intermittierend zu 100 % arbeitsunfähig war, war ihm die Verwertung seiner Arbeitsfähigkeit nur erschwert

beziehungsweise nur unter Inkaufnahme einer Lohneinbusse möglich. Es ist daher ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Dieser ist unter Berücksichtigung, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner somatischen Beschwerden nur noch rückenadaptierte, körperlich leichte, wechselbelastende, überwiegend sitzende Tätigkeit ausüben kann (Urk. 6/243/115), ermessensweise auf 15 % festzusetzen. 6.3.4

Unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn in Höhe von 15 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 34'659.90 (Fr. 40'776.35 x 0,85) 6.4

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 64'159.85 und einem Invalideneinkommen von Fr. 34'659.90 ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 29'499.95 (Fr. 64'159.85 – Fr. 34'659.90) und ein Invaliditätsgrad von gerundet 46 % (Fr. 29'499.95 : Fr. 64'159.85). Der Beschwerdeführer hat somit ab 1. November 2010 Anspruch auf eine Viertelsrente. 7.

Zusammenfassend hat der Beschwerdeführer – auch – für die Zeit vom 1. Februar bis 31. Oktober 2010 Anspruch auf eine ganze Rente. Ab 1. November 2010 hat er Anspruch auf eine Viertelsrente. Die Beschwerde ist in dem Sinne teilweise gutzuheissen. 8.

8.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen.

Der Beschwerdeführer obsiegt im Vergleich zum angefochtenen Entscheid in dem Sinne, dass er bis Ende Oktober 2010 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und ab 1. November 2010 auf eine Viertelsrente

hat. Mit seinem Antrag auf eine unbefristete ganze Rente unterliegt er hingegen. Es rechtfertigt sich, die Gerichtskosten den Parteien je zur Hälfte (je Fr. 400.--) aufzuerlegen. 8.2

Bei Obsiegen hat die vertretene Partei gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzen. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze erweist sich eine Parteientschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslage und Mehrwertsteuer) als angemessen. Obwohl dem Begehren des Beschwerdeführers nur teilweise entsprochen wurde, hat sein «Überklagen» den Prozessaufwand nicht wesentlich beeinflusst. Von einer Kürzung der Prozessentschädigung ist daher abzusehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Das Gericht erkennt:

- 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 10. Oktober 2018 insofern aufgehoben, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer vom 1. Februar 2010 bis am 31. Oktober 2010 Anspruch auf eine ganze Rente und ab dem 1. November 2010 Anspruch auf eine Viertelsrente

der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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

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

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

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