

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2023.00097 vom 30. Oktober 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-10-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_BV.2023.00097](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2023.00097)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2023.00097 du 30 octobre 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2023.00097 del 30 ottobre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Der Kläger brachte vor ( Urk. 1), dass auf die gutachterlichen Abklärungen der IV-Stelle abzustellen sei. Im Zeitpunkt des von der IV-Stelle festgelegten Wartezeitbeginns im März 2016 habe der Kläger sowohl Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung als auch eine Rente der Beklagten gehabt. Das gleiche gelte auch für die Verschlechterungsmeldung vom April 2017. Entsprechend sei bereits aus diesem Grund und gestützt auf die Abklärungsergebnisse der IV-Stelle in der Verfügung vom 28. März 2022 von der Leistungspflicht der Beklagten auszugehen. Der Kläger sei im massgeblichen Zeitraum sowohl physisch als auch psychisch in der angestammten Tätigkeit als Buschauffeur und auch in angepassten Tätigkeiten ganz und nachfolgend angepasst teilarbeitsunfähig gewesen. Eventualiter seien Berufsinvalidenleistungen zu prüfen. Diesbezüglich sei auf das Schreiben vom 30. November 2022 verwiesen, in welchem behauptet werde, dass in der angestammten Tätigkeit des Klägers als Buschauffeur angesichts der modernen Fahrzeugflotte eine theoretische Arbeitsfähigkeit bestehe. Dies bleibe allerdings eine reine Behauptung und werde nicht nachgewiesen. Des Weiteren entsprächen die unregelmässigen Schichten von 9-10 Stunden sowie die Arbeitshaltung nicht dem möglichen Belastungsprofil. Da der Kläger bis Ende Oktober 2018 Leistungen aus beruflicher Vorsorge bezogen habe, seien diese Leistungen an die Berufsinvalidenleistungen anzurechnen. Des Weiteren sei allen Fahrgästen bekannt, dass die Fahrer auch bei Nässe und Kälte mit einer langen schweren Stange hantieren müssten, um den Stromabnehmer richtig an den Fahrleitungen zu positionieren. Das sei ihm auch im Zeitpunkt der IV-Leistungseinstellung im Jahr 2017 nicht zumutbar gewesen. Des Weiteren müssten die Fahrer die schweren Rampen für behinderte Fahrgäste anheben und ausklappen. Es sei gerichtlich zu eruieren, wie oft dies der Fall sei. Des Weiteren seien per April 2017 noch viele ältere Busse auf den Winterthurer Strassen unterwegs gewesen. Zur Klärung dieser Sachverhaltsfragen habe das Gericht ein Gutachten einzuholen. Zusammenfassend sei ausgewiesen, dass der Kläger aus somatischen Gründen seit dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung im Jahr 2017 nicht mehr in der Lage sei, seine bisherige Tätigkeit als Busfahrer vollumfänglich auszuüben und die Voraussetzungen für reglementarische Berufsinvalidenleistungen erfüllt seien.

### **E. 1.2**

Die Beklagte brachte demgegenüber vor ( Urk. 10), dass aus dem Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ und Prof. Z.\_\_\_\_ vom 18./24. März 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit auch in angestammter Tätigkeit herausgekommen sei und die Gutachter festgehalten

hätten, dass nie eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Dr. A. \_\_\_ habe des Weiteren auch ausgeführt, dass eine seronegative Spondylarthritis zu verneinen sei. Nachdem die IV-Stelle um erneute Stellungnahme gebeten habe, habe Dr. A. \_\_\_ ausgeführt, dass eine Spondylarthritis nicht abschliessend zu verneinen sei, es sich aber auch unter Einbezug dieser Diagnose nichts an der vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ändere. Allenfalls sei die angestammte Tätigkeit nicht mehr möglich, da der Kläger möglicherweise grossen Temperaturschwankungen, Kälte oder Nässe ausgesetzt sein könnte. Das Bundesgericht habe in der Folge festgehalten, dass die bildgebenden Befunde eine Spondylarthritis nicht mit letzter Sicherheit ausschliessen würden, diese aber mithin bloss möglich, nicht aber wahrscheinlich sei. Entsprechend liege keine während der Versicherungszeit mit der Beklagten eingetretene Gesundheitsschädigung vor. Die ursprünglich diagnostizierte Spondylarthritis sei eine Fehldiagnose, was auch das neuste Gutachten klar ausweise. Im aktuellen Gutachten werde von einem chronischen panvertebralen Schmerzsyndrom ausgegangen, die Spondylarthritis sei eher unwahrscheinlich. Aus psychiatrischer Sicht sei eine rezidivierende depressive Störung, vollständig remittiert, festgehalten. Des Weiteren seien anlässlich beider Begutachtungen massive Inkonsistenzen festgestellt worden, so habe der Kläger in unbeobachteten Momenten keine körperlichen Einschränkungen gezeigt. Im aktuellen Gutachten werde von einer rheumatologischen Arbeitsunfähigkeit seit 2016 ausgegangen, was allerdings gestützt auf das Gutachten von Dr. A. \_\_\_ sowie die bundesgerichtlichen Ausführungen nicht haltbar sei. Gleichzeitig werde eine Verschlechterung seit 2019 angegeben, somit sei von einem Versehen der Gutachter auszugehen. Das Abstellen der IV-Stelle auf die psychiatrisch behandelnden Ärzte sei nicht nachvollziehbar, da in den Gutachten zahlreiche Inkonsistenzen aufgedeckt worden seien. Dem Kläger sei von April 2017 bis und mit Juli 2020 kein IV-Rentenanspruch zuteil geworden.

Die Beklagte sei nicht an den IV-Entscheid gebunden, da die IV-Stelle von einer verspäteten Anmeldung ausgegangen sei. Die Beklagte habe weit über die Leistungseinstellung der IV-Stelle hinaus Leistungen erbracht, obwohl gemäss (damals noch nicht rechtskräftigem) Entscheid keine Leistungspflicht der Invalidenversicherung mehr bestanden habe. Auf die Rückforderung habe sie verzichtet. Eine Rentenleistungspflicht der Beklagten könnte darüber hinaus erst mit erneuter Rentenzusprache, somit ab August 2020, eintreten. In casu sei das Vorsorgereglement gültig ab Januar 2020 anzuwenden. Der sachliche Zusammenhang sei zu verneinen, da während der Versicherungszeit mit der Beklagten eine schwere depressive Episode und eine seronegative Spondylarthritis angenommen worden sei. Diese lägen gemäss Gutachten aus dem Jahr 2021 nicht mehr vor. Der zeitliche Konnex sei ebenfalls klarerweise zu verneinen, da im Gutachten von Dr. A. \_\_\_ und Prof. Z. \_\_\_ keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert worden sei, was sowohl vom Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich als auch vom Bundesgericht bestätigt worden sei. Selbst wenn man auf die Behandler abstelle, sei ausgewiesen, dass von mindestens März 2016 bis frühestens Februar 2017 und zwischen Januar 2018 und April 2019 aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Der guten Ordnung halber sei des Weiteren festzuhalten, dass die von der Invalidenversicherung bestätigte Leistungspflicht per se nicht nachvollziehbar sei aufgrund der massiven Inkonsistenzen, welche eine kritischere Würdigung des Sachverhaltes als zwingend notwendig hätten erscheinen lassen. Des Weiteren wäre bei der Invaliditätsbemessung der sachliche Konnex aller Ursachen gesondert zu prüfen und das 80%-Pensum zu berücksichtigen. Der sachliche und zeitliche Konnex sei auch bezüglich

der Berufsinvalidität massgebend und damit sei diese ebenfalls zu verneinen. Auch sei ihm die Arbeit als Buschauffeur entgegen den Behauptungen des Klägers selbst bei Vorliegen einer seronegativen Spondylarthritis möglich gewesen.

### **E. 1.3**

Der Kläger brachte replicando vor (Urk. 19), dass die Gutachter Dr. A. \_\_\_ und Prof. Z. \_\_\_ in den Jahren 2012-2014 ausserordentlich oft mit Gutachtensaufträgen betraut worden seien, was Einfluss auf ihre Glaubwürdigkeit habe. Aufgrund dessen sei die zufallsbasierte Gutachtensvergabe eingeführt worden. Dass die IV-Stelle entsprechend auf das neue Gutachten der B. \_\_\_ AG abgestellt habe und den Wartezeitbeginn auf das Jahr 2016 gelegt habe, sei nicht zu beanstanden. Bezüglich der Berufsinvalidenleistungen sei festzuhalten, dass selbst im Gutachten von Dr. A. \_\_\_ massgebliche Einschränkungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anerkannt worden seien, welche die angestammte Tätigkeit als Buschauffeur verunmöglichten. Dies werde seitens der B. \_\_\_ AG bestätigt. Ein sachlicher und zeitlicher Konnex sei damit zweifelsfrei gegeben. Es seien weitere Abklärungen zu den genauen Arbeitsanforderungen als Chauffeur vorzunehmen.

### **E. 1.4**

Mit Duplik vom 7. November 2024 ergänzte die Beklagte, dass die Anzahl vergebener Gutachten an Dr. A. \_\_\_ und Prof. Z. \_\_\_ keinen Grund darstellten, dass nicht darauf abgestellt werden könne. Entsprechend sei das Gutachten von beiden Gerichtsinstanzen als beweiskräftig beurteilt worden. Der sachliche und zeitliche Zusammenhang sei unterbrochen, womit sich auch eine Befragung der Arbeitgeberin erübrige (Urk. 24). 2.

## **E. 2**

Der Versicherte arbeitete vom 1. Juni 2006 (Arbeitgeberfragebogen vom 10. Februar 2012, Urk. 14/7) bis zum 31. Dezember 2012 als Buschauffeur bei der Y. \_\_\_ (Kündigung vom 5. Oktober 2012, Urk. 14/24). Im Anschluss bezog er ab dem 1. Dezember 2013 bis zum 31. Oktober 2018 eine Invaliditätsrente der Pensionskasse Stadt Winterthur, welche die Pensionskasse Stadt Winterthur nach Erlass der rentenaufhebenden IV-Verfügung vom 14. Februar 2017 (Urk. 14/112) und der anschliessenden Abweisung der am hiesigen Gericht erhobenen Beschwerde (Urteil vom 29. Juni 2018, Verfahrensnr. IV.2017.00322, Urk. 14/121) rückwirkend per 31. März 2017 aufhob (Schreiben vom 7. November 2018, Urk. 2/4).

### **E. 2.1**

Nach Art. 24 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) hat der Versicherte Anspruch auf eine volle Invalidenrente, wenn er im Sinne der Invalidenversicherung mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn er mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn er mindestens zur Hälfte und auf eine Viertelsrente, wenn er mindestens zu 40 % invalid ist. Gemäss Abs. 1 von Art. 26 BVG gelten für den Beginn des Anspruchs auf Invalidenleistungen sinngemäss die entsprechenden Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (Art. 29 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Die Invalidenleistungen nach BVG werden von derjenigen Vorsorgeeinrichtung geschuldet, welcher die den Anspruch erhebende Person bei Eintritt des versicherten Ereignisses angeschlossen war. Im Bereich der obligatorischen beruflichen Vorsorge fällt dieser Zeitpunkt nicht mit dem Eintritt der Invalidität nach IVG, sondern mit dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit zusammen, deren Ursache zur Invalidität geführt hat (vgl. Art. 23 BVG). Auf diese Weise wird dem Umstand

Rechnung getragen, dass die versicherte Person meistens erst nach einer längeren Zeit der Arbeitsunfähigkeit (nach einer Wartezeit von einem Jahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG in Verbindung mit Art. 26 BVG) invalid wird. Damit nämlich der durch die zweite Säule bezweckte Schutz zum Tragen kommt, muss das Invaliditätsrisiko auch dann gedeckt sein, wenn es rechtlich gesehen erst nach einer langen Krankheit eintritt, während welcher die Person unter Umständen aus dem Arbeitsverhältnis ausgeschieden ist und daher nicht mehr dem Obligatorium unterstanden hat (BGE 138 V 409 E. 6, 123 V 262 E. 1b, 121 V 97 E. 2a, 120 V 112 E. 2b, je mit Hinweisen).

## **E. 2.2**

Art. 23 BVG kommt auch die Funktion zu, die Haftung mehrerer Vorsorgeeinrichtungen gegeneinander abzugrenzen, wenn eine in ihrer Arbeitsfähigkeit bereits beeinträchtigte versicherte Person ihre Arbeitsstelle (und damit auch die Vorsorgeeinrichtung) wechselt und ihr später eine Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wird. Der Anspruch auf Invalidenleistungen nach Art. 23 BVG entsteht in diesem Fall nicht gegenüber der neuen Vorsorgeeinrichtung, sondern gegenüber derjenigen, welcher die Person im Zeitpunkt des Eintritts der zur Invalidität führenden Arbeitsunfähigkeit angehörte.

Damit eine Vorsorgeeinrichtung, der eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer beim Eintritt der Arbeitsunfähigkeit angeschlossen war, für das erst nach Beendigung des Vorsorgeverhältnisses eingetretene Invaliditätsrisiko aufzukommen hat, ist indes erforderlich, dass zwischen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität ein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang besteht (BGE 130 V 270 E. 4.1; vgl. auch BGE 147 V 322 E. 3.1, 134 V 20 E. 3.2). In sachlicher Hinsicht liegt ein solcher Zusammenhang vor, wenn der der Invalidität zu Grunde liegende Gesundheitsschaden im Wesentlichen derselbe ist, der zur Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Sodann setzt die Annahme eines engen zeitlichen Zusammenhangs voraus, dass die versicherte Person nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit nicht während längerer Zeit wieder arbeitsfähig wurde. Die frühere Vorsorgeeinrichtung hat nicht für Rückfälle oder Spätfolgen einer Krankheit einzustehen, die erst Jahre nach Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit eintreten. Demnach darf nicht bereits eine Unterbrechung des zeitlichen Zusammenhangs angenommen werden, wenn die Person bloss für kurze Zeit wieder an die Arbeit zurückgekehrt ist. Ebenso wenig darf die Frage des zeitlichen Zusammenhangs zwischen Arbeitsunfähigkeit und Invalidität in schematischer (analoger) Anwendung der Regeln von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilt werden, wonach eine anspruchsbeeinflussende Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in jedem Fall zu berücksichtigen ist, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich andauern wird. Zu berücksichtigen sind vielmehr die gesamten Umstände des konkreten Einzelfalles, namentlich die Art des Gesundheitsschadens, dessen prognostische ärztliche Beurteilung und die Beweggründe, die die versicherte Person zur Wiederaufnahme der Arbeit veranlasst haben (BGE 123 V 262 E. 1c, 120 V 112 E. 2c/ aa und 2c/ bb mit Hinweisen; vgl. auch 138 V 409 E. 6.2, 134 V 20 E. 3.2.1).

## **E. 2.3.1**

Massgebend bei der Festsetzung von Invalidenleistungen sind grundsätzlich die Reglementsbestimmungen, welche im Zeitpunkt der Entstehung des Leistungsanspruchs galten und nicht jene, die bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit, welche die Invalidität nach sich zog, in Kraft waren (BGE 147 V 146 E. 3.3, 122 V 316 E. 3c, 121 V 97).

Gemäss dem Vorsorgereglement der Beklagten, gültig ab 1. Januar 2020 (VSR 2020), gilt ein Versicherter, der im Sinne der IV als invalid gilt, ab demselben Datum und im selben Ausmass auch bei der Pensionskasse als invalid ( Art. 29 Abs. 1 VSR).

Berufsinvalidität liegt vor, wenn der Versicherte, der nach den Kriterien der IV ganz oder teilweise erwerbsfähig ist, seine bisherigen Aufgaben aus gesundheitlichen Gründen voraussichtlich bleibend oder längere Zeit nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfüllen kann. Über die Berufsinvalidität entscheidet die Pensionskasse aufgrund einer vertrauensärztlichen Begutachtung ( Art. 30 Abs. 1 VSR 2020).

Die Berufsinvalidenleistungen umfassen eine Berufsinvalidenrente und eine Invalidenersatzrente. Anspruch auf Berufsinvalidenleistungen besteht, wenn die folgenden Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind ( Art. 30 Abs. 3 VSR 2020) - Der Versicherte hat das 55. Altersjahr vollendet und war bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, die zu Berufsinvalidenleistungen führt, schon vier Jahre bei der Pensionskasse der Stadt Winterthur versichert. - Der Versicherte ist aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage seine bisherige Tätigkeit voll oder teilweise auszuüben. - Der Versicherte erleidet deswegen eine massgebliche Erwerbseinbusse. - Es besteht kein oder nur ein geringer Anspruch auf Invalidenrente infolge Erwerbsinvalidität gemäss Art. 29 Abs. 3. - Die ernsthaften und nachweisbaren Bemühungen des Versicherten zur Eingliederung in eine andere zumutbare Stelle sind gescheitert.

#### **E. 2.4**

Aus der engen Verbindung zwischen dem Recht auf eine Rente der Invalidenversicherung und demjenigen auf eine Invalidenleistung nach BVG ergibt sich, dass der Invaliditätsbegriff im obligatorischen Bereich der beruflichen Vorsorge und in der Invalidenversicherung grundsätzlich der gleiche ist (BGE 123 V 269 E. 2a, 120 V 106 E. 3c, je mit Hinweisen).

Praxismässig sind daher die Vorsorgeeinrichtungen im Bereich der gesetzlichen Mindestvorsorge (Art. 6 BVG) an die Feststellungen der IV-Organen (Eintritt der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit, Eröffnung der Wartezeit, Festsetzung des Invaliditätsgrades) gebunden, soweit die IV-rechtliche Betrachtung aufgrund einer gesamthaften Prüfung der Akten nicht als offensichtlich unhaltbar erscheint (BGE 143 V 434 E. 2.2, 126 V 309 E. 1 in fine ). Diese Konzeption fusst auf der Überlegung, die Organe der (obligatorischen) beruflichen Vorsorge von eigenen aufwändigen Abklärungen freizustellen, und gilt nur bezüglich Feststellungen und Beurteilungen der IV-Organen, welche im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren für die Festlegung des Anspruchs auf eine Invalidenrente entscheidend waren (BGE 132 V 1 E. 3.2). So hat beispielsweise eine verspätete Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung rechtsprechungsgemäss die freie Überprüfbarkeit des leistungserheblichen Sachverhaltes durch die Vorsorgeeinrichtung beziehungsweise das Berufsvorsorgegericht zur Folge (Urteil des Bundesgerichts 9C\_49/2010 vom 23. Februar 2010 E. 2.1).

Diese Bindungswirkung setzt voraus, dass die Vorsorgeeinrichtung (spätestens) ins Vorbescheidverfahren (Art. 73 ter IVV) einbezogen und ihr die Rentenverfügung formgültig eröffnet wurde (Urteil des Bundesgerichts 9C\_81/2010 vom 16. Juni 2010 E. 3.1, mit Hinweisen). Dem BVG-Versicherter steht ein selbständiges Beschwerderecht im Verfahren nach IVG zu. Unterbleibt ein solches Einbeziehen der Vorsorgeeinrichtungen, ist die IV-rechtliche Festsetzung des Invaliditätsgrades (grundsätzlich, masslich und zeitlich)

berufsvorsorgerechtlich nicht verbindlich (BGE 130 V 270 E. 3.1).

Stellt die Vorsorgeeinrichtung auf die invalidenversicherungsrechtliche Betrachtungsweise ab, muss sich die versicherte Person diese entgegenhalten lassen, soweit diese für die Festlegung des Anspruchs auf eine Invalidenrente entscheidend war, und zwar ungeachtet dessen, ob der Vorsorgeversicherer im Verfahren der Invalidenversicherung beteiligt war oder nicht. Vorbehalten sind jene Fälle, in denen eine gesamthafte Prüfung der Aktenlage ergibt, dass die Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung offensichtlich unhaltbar war (BGE 130 V 270 E. 3.1; vgl. auch 144 V 63 E. 4.1.1). 3.

Vorab zu prüfen ist, ob die Beklagte an die Feststellungen im IV-Verfahren gebunden ist .

Die IV-Stelle stellte der Beklagten den Vorbescheid vom 2. Juni 2021 ( Urk. 14/198) sowie die Verfügung zu ( Urk. 14/231; Verfügungsteil 2, Urk. 14/227). Nachdem sich der Kläger im Februar 2020 erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet hatte (Urk. 14/161), ein Rentenanspruch somit frühestens ab August 2020 entstehen konnte (Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG), war die IV-Stelle einzig verpflichtet zu prüfen, ob das Erfordernis einer durchschnittlich 40%igen Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres (Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG) im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns erfüllt war. Eine Notwendigkeit, eine frühere Eröffnung des Wartejahrs

(vor August 2019, mithin während der Versichertenzeit des Klägers bei der Beklagten) zu prüfen, bestand nicht. Eine Bindungswirkung des IV-Entscheides entfällt damit und der Eintritt der für die berufliche Vorsorge massgebenden Arbeitsunfähigkeit ist frei zu prüfen. Im Vordergrund stehen vorliegend ohnehin die Fragen des sachlichen und zeitlichen Zusammenhangs.

### **E. 3**

Subeventualiter seien rückwirkend mit Wirkung auf den Zeitpunkt der Leistungseinstellung ( subsubeventualiter mit Wirkung ab 1. August 2020), dem Kläger reglementarische Leistungen aus beruflicher Vorsorge auszurichten (Berufsinvalidenleistungen), unter Berücksichtigung der bis Ende Oktober 2018 ausgerichteten und nicht zurückgeforderten Invalidenleistungen, zuzüglich Verzugszinsen ab Klageerhebung.

### **E. 4**

.1.1) – einen Nikotin-Abusus (E-Zigaretten) und einen Vita-min D-Mangel ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 14/83/57) und notierte folgende weitere Diagnosen: - Fühlstörung an den Armen und Füßen bei o normalen neurologischen und elektrophysiologischen Befunden (August 2012) - Urothelkarzinom in der Harnblase, pTa G1 ( low grade) o initial retroostial rechts mit o transurethraler Resektion am 21.12.2015 o kein Nachweis eines Primärtumors und keine Hinweise auf Lymphknoten oder Fernmetastasen (CT Dezember 2015) mit o unauffälligen Abflussverhältnissen beider Nieren - Prostatasyndrom Stadium II - Status nach laparoskopischer total extraperitonealer Inguinalhernienoperation beidseits sowie Umbilikalhernienverschluss am 08.09.2015 - Latente Tuberkulose mit o INH-Prophylaxe mit Rimilon und Vitamin B6 von Januar 2012 bis Oktober 2012

Dr. A.\_\_\_\_ konstatierte ( Urk. 14/83/58 f.), dass in der klinischen Untersuchung ein Übergewicht vorhanden sei (BMI 28.0kg/m<sup>2</sup>). Es fielen Diskrepanzen auf. Der Kläger stöhne häufig wegen Schmerzen, wobei das Schmerzstöhnen bei Ablenkung verschwinde.

Er zeige bei sanfter Berührung ein Zucken, das ebenfalls bei Ablenkung nicht vorhanden sei. Die Untersuchung des Bewegungsapparates sei wegen Gegenspannung erschwert. Der normale Gang sei unauffällig wie auch der Zehen- und Fersengang. Wegen Gegenspannung könne die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) nicht direkt geprüft werden. Bei Ablenkung bewege er die LWS normal. So sei eine volle Extension der LWS vorhanden, wenn er sich auf der Untersuchungsfläche von der Rückenlage in die Bauchlage drehe. Die Brustwirbelsäule (BWS) und die Halswirbelsäule (HWS) seien normal beweglich. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich. Gelenkergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke seien nicht vorhanden. Die Bioimpedanz-Analyse zeige trotz des Übergewichts eine erfreulich grosse Muskelmasse von 57 % , welche den Normwert von 40 % weit übertreffe. Eine lang andauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden. Dem entspreche, dass er täglich mindestens eine Stunde lang mit seinem Hund spaziere, ein- bis zweimal pro Woche im Fitness-Zentrum C. \_\_\_ trainiere und schwimme sowie einmal pro Woche an einer Gruppen-Wassergymnastik im Kantonsspital Winterthur teilnehme.

Die Ganzkörper-MRI-Untersuchung vom März 2016 zeige im Bereich der LWS ausser dem kongenital etwas engen lumbalen Spinalkanal und leichten Scheuermann Veränderungen vor allem im Bereich des thorakolumbalen Übergangs auch leichte degenerative Veränderungen sowie eine erosive Osteochondrose L2/L3 ( Modic Typ I) mit einer flachen Protrusion L2/L3 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L3 beidseits ohne Kompression. Diese bildgebenden Befunde im Bereich der LWS seien keinesfalls gravierend. Um dem Kläger nicht Unrecht zu tun, würden sie dennoch unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt, obwohl dies durchaus diskutiert werden könne.

Die Ganzkörper-MRI-Untersuchung zeige keinen Morbus Bechterew. Insbesondere zeigten beide Iliosakralgelenke (ISG) keine entzündlichen Veränderungen. Ausser der Osteochondrose L2/L3 zeige die ganze Wirbelsäule (HWS, BWS und LWS) keine entzündlichen Veränderungen. Die Osteochondrose L2/L3 gehöre nicht zu den typischen Veränderungen im Rahmen eines Morbus Bechterew/Spondylitis ankylosans. Die Ganzkörper-MRI-Untersuchung von März 2016 habe auch keine Enthesiopathien ergeben. Die bildgebenden Befunde der HWS und der BWS sowie des Thoraxskeletts , des Schultergürtels und des Beckens seien vielmehr im wesentlichen altersentsprechend. Die Muskulatur der Thoraxwand, des Schultergürtels, des Beckens und der proximalen Oberschenkel seien überall symmetrisch und kräftig. In Kenntnis der klinischen und bildgebenden Befunde stelle sie keine Diagnose im Bereich der HWS, der BWS sowie der Thoraxwand, des Schultergürtels und des Beckens.

Die ausgedehnte Blutuntersuchung zeige einen mässigen Vitamin D-Mangel. Die im März 2012 begonnene Vitamin D-Substitution sei leider nicht konsequent fortgesetzt worden. Die Entzündungszeichen (C-reaktives Protein) seien normal wie auch der Rheumafaktor und die Anti- Citrullinantikörper . Die beiden geprüften Antidepressiva Cipralext und Seroquel seien im Blut im erwartungsgemässen Bereich vorhanden. Die Haaranalyse bestätige, dass er in der Periode von etwa Mitte Dezember 2015 bis Mitte Februar 2016 das Citalopram im mittleren Bereich und das Seroquel im oberen Bereich konsumiert habe. In derselben Periode habe kein übermässiger Alkoholkonsum bestanden gemäss dem Resultat der Haaranalyse.

Zusammenfassend bestünden beim Kläger teils angeborene, teils erworbene strukturelle Veränderungen im Bereich der LWS, die seine Leistungsfähigkeit einschränkten. Die

vorhandenen Befunde erklärten das Ausmass seiner Beschwerden nur teilweise. Er könne daher eine angepasste Tätigkeit zu 100 % ausüben bezogen auf ein Pensum von 100 % .

Dr. A.\_\_\_\_ hielt fest, dass der Kläger nie eine besonders LWS-belastende Tätigkeit habe ausüben können, denn die leichte lumbale Stenose sei angeboren und der leichte Morbus Scheuermann habe sich in der Jugend entwickelt. Er benötige eine LWS-schonende Tätigkeit, dabei könne er Lasten bis zu 15 kg hantieren. Die angestammte Tätigkeit als Buschauffeur sei adaptiert ( Urk. 14/83/62).

#### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte in der Verfügung vom 14. Februar 2017 ( Urk. 14/112) im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ und Prof. Z.\_\_\_\_ ab. Darin werden die bis zur Begutachtung des Beschwerdeführers aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst ( Urk. 14/82/4 ff.; Urk. 14/83/5 ff.), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen.

##### **E. 4.1.1**

Prof. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ hielten in der bidisziplinären Zusammenfassung vom 24. März 2016 fest, dass keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie folgende Diagnosen ( Urk. 14/85): - Verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der Lendenwirbelsäule (LWS) bei o kongenital engem lumbalem Spinalkanal mit leichter bis mässiger Spinalkanalstenose L2/L3 und geringer auch L3 bis S1 und o Entwicklung eines leichten Morbus Scheuermann in der Jugend mit minimalen Schmorl'schen Knoten des thorakolumbalen Übergangs sowie o leichte n degenerative n Veränderungen, erosive r Osteochondrose L2/L3 ( Modic Typ I) und flache r Protrusion L2/L3 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L3 beidseits ohne Kompression mit o symmetrischer und kräftiger Rückenmuskulatur (MRI März 2016) mit o normalen neurologischen und elektrophysiologischen Befunden (August 2012) o ohne radikuläre Zeichen

In der angestammten Tätigkeit als Buschauffeur beim Y.\_\_\_\_ oder in einer anderen angepassten Tätigkeit bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Der Kläger könne diese Arbeit zu 100 % ausüben bezogen auf ein Pensum von 100 % .

##### **E. 4.1.2**

Prof. Z.\_\_\_\_ konstatierte ( Urk. 14/82/50), dass bei der Begutachtung ein ausgesprochen vitaler, kämpferisch gestimmter, impulsiver Kläger zur Vorstellung komme, der keinerlei Zeichen einer Depression aufweise. Auch fänden sich keine Hinweise auf psychotische Zeichen. Es fänden sich hingegen Anzeichen einer narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung. Die vom Kläger vorgetragene subjektive Einschränkung seiner neuro-kognitiven Funktionen seien psychopathologisch nicht objektivierbar und in der Plausibilität nicht nachvollziehbar (er sei alleine ohne Verspätung gekommen, fahre Auto, der Tagesablauf sei normal). Zudem mache er zum Teil divergente Angaben zu den Aufzeichnungen in der IV-Akte (Ausbildungsgang, Konsultation bei der Psychiaterin). Aufgrund des erhobenen psychopathologischen Bildes, des Verhaltens während der Exploration (impulsives Auftreten) und der Verlaufsaufzeichnungen im Aktenmaterial komme er aufgrund seiner heutigen Untersuchung zu dem Schluss, dass beim Kläger folgende psychiatrische Krankheitsbilder vorlägen: - Mittelgradige depressive Episode,

gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) - Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen und impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73.1)

Zudem sei von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen. Es sei die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Störungen zu stellen (ICD-10 F45.41).

Beim Kläger könne aus psychiatrischer Sicht aktuell kein Gesundheitsschaden mehr beschrieben werden. Es sei von einer Remission der depressiven Episode auszugehen. Aus rein psychiatrischer Sicht führe die chronische Schmerzstörung zu keinen Auswirkungen auf die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit. Die somatischen Folgen des M. Bechterew und weiterer Erkrankungen beurteile die Co-Gutachterin Dr. A.\_\_\_\_. In der Abgrenzung der Funktionseinschränkungen, welche auf Gesundheitsstörungen beruhten, von ebensolchen, die nicht versicherte Faktoren betreffen, seien psychosoziale oder soziokulturelle Belastungsfaktoren mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aktuell nicht zu eruieren. Störungen der Ich-Funktionen seien keine zu erkennen. Ein Hinweis auf ein Suchtleiden ergebe sich nicht. Der Kläger habe gute persönliche Ressourcen, auf welche er gegenwärtig nicht zugreife. Er limitiere sich selbst und habe seine Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet ( Urk. 14/82/51).

Aus gutachterlicher Sicht seien keine Einschränkungen bis auf den schambesetzten sozialen Rückzug in den Alltagsaktivitäten des Klägers bestehend. Es fänden sich die zuvor erwähnten Inkonsistenzen in den Angaben des Klägers. Auch ergäben sich Hinweise auf eine teilweise Non-Compliance im medikamentösen Einnahmeverhalten, was ein weiteres Indiz für einen fehlenden Leidensdruck sei. Insgesamt stellten sich keine Fähigkeitsstörungen im Psychiatrischen mehr dar, die den Kläger handicapieren würden, einer geregelten Tätigkeit nachzugehen ( Urk. 14/82/52).

Aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht komme er in der Beurteilung der mittel- und langfristigen Arbeitsfähigkeit zu der Aussage, dass keine Fähigkeitsstörungen vorlägen, die die Arbeitsfähigkeit um mehr als 20 % einschränkten. Da eine depressive Episode und keine rezidivierende Depression vorgelegen habe, gehe er davon aus, dass aus psychiatrischer Sicht die mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit nie tangiert gewesen sei, wobei er dabei den bundesgerichtlichen Vorgaben folge. Gemäss der IV-Rechtsprechung kämen depressiven Episoden keine invalidisierende Wirkung zu ( Urk. 7/82/53).

#### **E. 4.1.3**

Dr. A.\_\_\_\_ diagnostizierte – nebst den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (E.

#### **E. 4.2**

Der Kläger reichte im Einwandverfahren weitere Unterlagen, insbesondere den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2016 sowie den Bericht von Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie vom 27. Juni 2016 ( Urk. 14/99), ein. Die Beschwerdegegnerin ersuchte daraufhin Dr. A.\_\_\_\_ um erneute Stellungnahme, welche diese am 25. Oktober 2016 nach Einholung der Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 7. Oktober 2016, erstattete ( Urk. 14/102).

Dr. A.\_\_\_\_ führte aus ( Urk. 14/103), dass die Ganzkörper-MRI-Untersuchung vom März 2016 hinsichtlich entzündlicher Veränderungen offensichtlich unterschiedlich interpretiert werden könne. Zweifellos seien die bildgebenden Befunde nicht fortgeschritten, obwohl der

Kläger erstmals 2004 und dann ab November 2011 über lumbale Beschwerden geklagt habe. In der Regel würden die bildgebenden Befunde im Laufe der Erkrankung eindeutig. Da die aktuellen bildgebenden Befunde offensichtlich eine Spondylarthritis nicht mit letzter Sicherheit ausschliessen würden, stelle sie zusätzlich die Diagnose einer seronegativen Spondylarthritis (HLA B27) neg., auch wenn die Familienanamnese, die klinischen Befunde und die Laborresultate dagegen sprächen .

Durch diese zusätzliche Diagnose ändere sich auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Die Beurteilung laute neu folgendermassen: Der Kläger sei durch die Spondylarthritis und durch die eingeschränkte Funktion der LWS limitiert. Er könne aufgrund der Spondylarthritis nicht in Kälte, Nässe oder grossen Temperaturschwankungen arbeiten. Das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung – ob stehend oder sitzend – sei zu vermeiden. Ebenso seien unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen auszuschliessen. Eher günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten. Lasten bis zu 12.5 kg könne er hantieren (leichtes bis knapp mittelschweres Belastungsniveau).

Die angestammten Tätigkeiten als Buschauffeur bzw. Lastwagenchauffeur seien nicht angepasst, weil der Kläger dabei möglicherweise grossen Temperaturschwankungen, Kälte oder Nässe ausgesetzt sei. Dagegen seien die angestammten Tätigkeiten als Hilfskoch, Alleinkoch oder Produktionsmitarbeiter angepasst. Er könne diese angestammten Tätigkeiten zu 100 % ausüben bezogen auf ein Pensum von 100 % .

## **E. 5**

Nach dem Gutachten bzw. der ergänzenden Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_ und Prof. Z.\_\_\_\_ gingen folgende medizinischen Berichte und Gutachten ein:

### **E. 5.1**

Vom 4. Mai bis zum 15. Juni 2017 befand sich der Beschwerdeführer in der Klinik G.\_\_\_\_ infolge einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2; Urk. 14/137/18 ff.).

Im Anschluss daran befand sich der Beschwerdeführer vom 21. August bis zum 21. November 2017 im ambulanten Angebot der H.\_\_\_\_ . Dabei nahm er an fünf Wochentagen mit einer Präsenz von 50

% am integrierten psychiatrischen Behandlungsprogramm der Tagesklinik teil. Ein zentrales Behandlungsthema sei der Umgang mit den Schmerzen gewesen. Während der Behandlung habe er sich dazu entschieden, freiwillige Einsätze als Fahrer beim Roten Kreuz durchzuführen und sei diesbezüglich vom Sozialdienst unterstützt worden. Er sei in leicht verbessertem Zustand entlassen worden. Es hätten noch eine mittelgradig bedrückte Grundstimmung, subjektive Konzentrationsstörungen und ein immer wieder reduzierter Antrieb bestanden, abhängig von der Schmerzintensität ( Urk. 14/13 / 23 ff.).

### **E. 5.2**

Dr. med. I.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, notierte im Bericht vom 4. April 2019 eine rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittel- bis schwergradig (ICD-10 F33.1/2) als psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 14/136/3). Bezüglich Behandlung führte sie aus, dass der Kläger nur noch in grossen Abständen in ihre Praxis gekommen sei, wenn er von einer besonderen Belastungssituation habe erzählen wollen oder eine Krisenintervention bei sonstigen Konflikten gebraucht habe. Eine Psychotherapie sei nicht mehr indiziert, da diese bereits schon durchgeführt worden

sei. Rein supportive Gespräche brächten ihm kaum Entlastung, so dass darauf verzichtet worden sei. In der angestammten Tätigkeit als Busfahrer sei er nicht arbeitsfähig aufgrund der psychiatrischen und vor allem seiner somatischen Erkrankung. Eine angepasste Tätigkeit, beispielsweise Taxi fahren für das Rote Kreuz, habe nicht etabliert werden können. Er habe sich um diese Tätigkeiten bemüht, schätze sich aber als nicht genügend belastbar ein. Er habe Angst, sich im Verkehr zu Stosszeiten nicht zurecht zu finden, reizüberflutet zu werden und dadurch beim Fahren unachtsam zu sein. Er wolle die Verantwortung dafür nicht übernehmen. Objektiv sei er tatsächlich durch die seit Jahren bestehenden Rückenbeschwerden und das Brennen der Fusssohlen so reizbar und impulsiv, dass seine Befürchtungen nachvollziehbar seien. Die Referentin würde sich nicht zu ihm ins Auto setzen.

### **E. 5.3**

Vom 2. April bis zum 8. Mai 2019 befand sich der Kläger im J.\_\_\_\_. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 17. Mai 2019 vermerkten die Behandler eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2). Der Kläger leide seit vielen Jahren an Depressionen, mitbegünstigt durch chronische Schmerzen im Rahmen einer Morbus Bechterew-Erkrankung. In diesem Zusammenhang sei es zur Arbeitsunfähigkeit und vorübergehenden Rente gekommen. Er leide unter Antriebslosigkeit, Schlaflosigkeit, Insuffizienz- und Schuldgefühlen, Gefühl von negativen Zukunftsperspektiven, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen und Freud- und Hoffnungslosigkeit (Urk. 14/137/8 f.).

### **E. 5.4**

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie/Interventionelle Schmerztherapie, hielt in seinem Bericht vom 24. Mai 2019 folgende Diagnosen fest (Urk. 14/137/6): - Therapierefraktäres panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei o Seronegative r

Spondylarthropathie vom Typ M. Bechterew Erstdiagnose 2011 o Sensible r Polyneuropathie distale obere und untere Extremität beidseits - Urothel-Carcinom der Harnblase mit/bei o Status nach Meatotomie, TUR-Blase und Epirubicin Instillation Dezember 2015 - Rezidivierende depressive Störung o aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Status nach Tuberkulosescreening o IHN-Therapie 2012

Bei multietagerer bzw. panvertebraler spondylogener Schmerzerkrankung, die weder pharmakologisch noch konservativ physikalisch therapierbar sei, erachte er punktuelle interventionelle Massnahmen als nicht sinnvoll. Bei darüber hinaus fehlenden chirurgischen Möglichkeiten verbleibe einzig die Evaluation erweiterter neuromodulativer

Massnahmen, vorzugsweise die Hochfrequenz- Neurostimulation der Hinterstränge des Rückenmarks. Sollte dies zu einer signifikanten Beschwerderegradienz von mindestens 50 % führen, so wäre in der Folge die Indikation zur definitiven Implantation eines Neurostimulationssystems gegeben.

### **E. 5.5**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, notierte in seinem Bericht vom 7. Juni 2019, dass der Kläger an chronischen Rückenschmerzen leide (Urk. 14/140): - entzündlich, wahrscheinlich Spondylarthritis o HLA-B27-Negativität o Normale Entzündungsparameter im Labor o März-Mai 2012 Anti-TNF-alpha-Behandlung mit Humira ohne Effekt o 2015 Anti-TNF-alpha-Behandlung mit Remicade ohne Effekt - mechanisch: mehrsegmentale

Degenerationen; Fehlhaltung/Fehlform - MRI von Mai 2019: (Voruntersuchung 2017: Th12/L1; Knochenmarködempzone in der Bodenplatte von Th12; progredient gegenüber Voruntersuchung; L1/L2; Schmorl'scher Knoten: an beiden Seiten. Kein Knochenmarködem L2/L3; deutliche Degeneration der Bandscheibe. Deutliche erosive Veränderungen der Endplatten, Knochenmarködem vor allem dorsal rechts betont. Leichte zentrale Spinalkanaleinengung. L3/L4; Discusprotrusion . Kein Knochenmarködem. Etwas Facettenarthrose. Hypertrophie der Lig . flava beidseits. Leichte zentrale Spinalkanaleinengung. L4/L5: Neu deutliches Knochenmarködem auf der linken Seite des Bandscheibenfaches im Bereich Deck- und Bodenplatte zum Teil auch dorsal mit einer Erosion in der Bodenplatte. Das Fazettengelenk linksseitig ist ebenfalls mit betroffen. Rezessuseinengung links mit Kompression der Nervenwurzel L5 linksseitig. Leichte zentrale Spinalkanaleinengung. Massige Foramineinengung beidseits. L5/S1: Massige Höhenminderung in der Bandscheibe. Erosive Endplattenveränderungen. Kleinere Knochenmarködempzonen eher progredient. Leichte Facettenarthrose. ISG: Kleinere Knochenmarködempzone sakralseitig kranial rechts, stationär zur Voruntersuchung. Keine neue aufgetretenen Knochenmarködempzonen . Minimale subchondrale Sklerosierungen.

Die geschilderten Rückenschmerzen stünden im Zusammenhang mit entzündlichen und mechanisch-statischen Veränderungen. Hierbei finde

sich auch bildgebend mittels MRI das Mischbild von im Verlauf progredienten entzündlichen und degenerativen Veränderungen. Die intermittierend auftretenden und in das linke Bein ausstrahlenden Schmerzen stünden im Zusammenhang mit einer radikulären L5-Reizsymptomatik bei entsprechender rezessaler Einengung. Es würden infiltrative Massnahmen empfohlen. Die Tätigkeit als Buschauffeur sei aufgrund der Befunde und den damit zusammenhängenden Einschränkungen nicht zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit (körperlich leicht, strenge Möglichkeit der Wechselbelastung) sei eine Zumutbarkeit um maximal 50 % gegeben.

### **E. 5.6**

Im Austrittsbericht der Tagesklinik der H.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2019 hielten die Behandler fest, dass sich der Kläger vom 27. Mai bis 12. Juli 2019 im ambulanten Angebot befunden habe. Als psychiatrische Diagnosen hielten sie (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome mittlerweile chronifiziert (ICD-10 F33.2) sowie (2) eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) fest. Aus somatischer Sicht notierten sie chronische Rückenschmerzen sowie das Blasenkarzinom ( Urk. 14/160 /7-10 ).

### **E. 5.7**

L.\_\_\_\_ , dipl. Pflegewirt, behandelte den Kläger seit Mai 2019 und dipl. med. M.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, behandelte den Kläger seit September 2019. In ihrem Bericht vom 20. November 2019 notierten sie folgende Diagnosen ( Urk. 14/160 /1-6 ): - rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtiger schwerer Episode (ICD-10 F33.2) - Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.9)

Als psychosoziale Herausforderungen hielten sie folgende fest: - Ineffektive Impulskontrolle - Soziale Isolation - Suizidgefahr - beeinträchtigte Familienprozesse - chronisch geringes Selbstwertgefühl - chronisches Schmerzsyndrom - Schlafstörung

Die Stressbelastung respektive Stresstoleranz im Umgang mit herausfordernden oder alltäglichen oder familiären Situationen werde sich aufgrund der bereits seit mehreren Jahren andauernden und sich progredient entwickelten rezidivierenden depressiven Störung kaum oder nur sehr langwierig verbessern können. Es werde eine kontinuierliche ambulante Versorgung gewährleistet und fortgeführt, so dass eine akute depressive Phase, Konfliktminderung der Familie und Impulsivität mit einhergehendem Suizidrisiko verhindert oder zeitnah mit entsprechenden stationären Angeboten behandelt werden könne.

#### **E. 5.8**

Vom 4. Februar bis 20. März 2020 befand sich der Kläger wiederum stationär in der H.\_\_\_\_ (Kurzaustrittsbericht provisorisch vom 20. März 2020, Urk. 14/165; Austrittsbericht vom 26. Mai 2020, Urk. 14/181/8 ff.).

Im Verlaufsbericht von Pflegewirt

L.\_\_\_\_ und dipl. med. M.\_\_\_\_ vom 20. April 2020 notierten sie neu folgende Diagnosen (Urk. 14/165/4): - rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtiger schwerer Episode (ICD-10 F33.2) - Paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0) - Konsum von Alkohol, Tabak, Arzneimitteln oder Drogen (ICD-10 Z72) - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73)

Es werde weiterhin eine kontinuierliche ambulante Versorgung und Behandlung empfohlen und fortgeführt. Es solle eine neue Prüfung einer IV-Berentung durchgeführt werden, da sich das psychiatrische Zustandsbild nicht verbessere und zeitweise deutlich verschlechtert habe.

#### **E. 5.9**

Dr. D.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 10. Juli 2020 fest, dass nebst den Rückenschmerzen neu Hand- und Fingergelenkschmerzen hinzu gekommen seien. Die geschilderten Rückenschmerzen stünden im Zusammenhang mit entzündlichen wie auch mechanisch-statischen Veränderungen. Hierbei fänden sie auch bildgebend im MRI das Mischbild von im Verlauf progredienten entzündlichen und degenerativen Veränderungen. In Bezug auf die Hand- und Fingerbeschwerden zeigten sich Tenosynovitiden vereinzelter Strecksehnenfächer rechtsseitig betont, deren Ätiologie vorderhand nicht mit Sicherheit zu bestimmen sei. Eine entzündliche Genese, allenfalls im Rahmen der Spondylarthritis sei eine mögliche Ätiologie. Weiter zeigten sich Schmerzreaktionen, die im Zusammenhang mit der vorliegenden psychischen Erkrankung mit depressiver Störung zu sehen seien. In einer Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt sei aus rheumatologischer Sicht für eine körperlich leichte Tätigkeit mit der strengen Möglichkeit der Wechselbelastung eine Zumutbarkeit um 50 % gegeben (Urk. 14/176).

#### **E. 5.10**

Der Kläger wurde am 23. Juli und 10. August 2020 in der ambulanten Memory-Clinic des H.\_\_\_\_ untersucht. Die Untersucher fassten zusammen, dass aufgrund der Anamnese, Klinik und neuropsychologischen Untersuchung zum aktuellen Zeitpunkt keine Hinweise auf eine dementielle Entwicklung vorliege, wobei die geäußerten Beschwerden im Rahmen einer schweren Depression sowie des chronischen Alkoholkonsums zu werten seien. Die aktuelle neuropsychologische Untersuchung sei bei Frage nach einer Demenz durchgeführt worden. Falls eine Beurteilung bezüglich Arbeitsfähigkeit/Integration im ersten Arbeitsmarkt bzw. der Fahreignung erwünscht sei, empfahlen sie nach einer Behandlung der affektiven

Symptomatik bei psychischer Stabilisierung eine ausführliche neuropsychologische Leistungsdiagnostik ( Urk. 14/181 /4 ).

### **E. 5.11**

Die Gutachter der B.\_\_\_\_ AG notierten im Gutachten vom 29.

April 2021 konsensual als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeits - fähigkeit ein chronisches spanvertebrales Schmerzsyndrom bei/mit ( Urk. 14/195/6): - Cervikospondylogener und lumbospondylogener Ausprägung beidseits - Mehrsegmentalen, teilweise fortgeschrittenen, erosiven und im Verlauf progredienten degenerativen Veränderungen untere Halswirbelsäule (HWS), Brustwirbelsäule (BWS), untere Lendenwirbelsäule (LWS) sowie Sakroiliakgelenk (SIG) mit konsekutiven plurisegmentalen Dysfunktionen, konsekutiver leichter zentraler sowie foraminaler Spinalkanaleinengung L4/5-L5/S1 - Mehrsegmentalem M. Scheuermann - Wirbelsäulen-Fehlstatik bei Fehlform/Fehlhaltung - Konsekutiver muskulärer Dysbalance mit myofaszialem Syndrom cervico-nuchal - Konsekutiver hypomobiler Bewegungs- und Belastungsstörung des gesamten Rückens

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie folgende: - Senk-Spreizfuß -Deformität beidseits bei/mit: o Hallux valgus beidseits - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)

Bezüglich der angestammten Arbeitsfähigkeit sei der Kläger vonseiten des rheumatologischen Fachgebietes 100 % arbeitsunfähig (0% Pensum, 0% Rendement). Diese Angabe gelte spätestens seit der rheumatologischen Begutachtung im März 2016 fortlaufend. Psychiatrischerseits sei der Kläger wieder zu einer Präsenz von 8.5 Stunden ohne Leistungseinschränkung in der Lage, sodass er 100 % arbeitsfähig sei (100% Pensum, 100% Rendement). Seit dem massgeblichen Bescheid vom 14. Februar 2017, welcher auf der RAD-Stellungnahme vom 2. Februar 2017 basiere, sei der Kläger retrospektiv entsprechend den aktenkundigen Berichten überwiegend wahrscheinlich bis ca. zum Dezember 2017 wegen einer mittelgradigen depressiven Episode 100 % arbeitsunfähig gewesen. Im weiteren Verlauf sei von einer sukzessiven Remission auszugehen, wobei keine psychiatrischen Berichte existierten, auf welche abgestützt werden könnte, sodass keine valide Beurteilung der mindestens vorhandenen Teilarbeitsfähigkeit erfolgen könne. Ab April 2019 habe entsprechend aktenkundigen Berichten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bedingt durch eine mittelgradige depressive Episode mit einer Teilremission bis zum Mai 2019 bestanden. Für den weiteren Verlauf existierten wiederum keine Berichte, welche eine ausreichende Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit ermöglichen könnten. Entsprechend aktenkundigen Berichten sei der Kläger ab dem Beginn des Jahres 2020 wiederum durch eine mittelgradige depressive Episode bedingt 100 % arbeitsunfähig gewesen, mindestens bis zum August 2020. Im weiteren Verlauf sei von einer sukzessiven Remission und dem Erreichen einer zunehmenden Teilarbeitsfähigkeit retrospektiv auszugehen, wobei auch diesbezüglich nicht auf psychiatrische Berichte abgestützt werden könne. Somit sei der Kläger definitiv erst seit dem Tag der psychiatrischen Begutachtung (23.03.2021) wieder 100 % arbeitsfähig. Konsensuell bestehe aufgrund der rheumatologischen Beeinträchtigungen somit eine fortbestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit mindestens seit dem Zeitpunkt der Begutachtung im März 2016 (S. 8 f.) .

Bezüglich einer angepassten Tätigkeit hielten die Gutachter fest, dass psychiatrischerseits keine angepasste Tätigkeit notwendig sei. Die attestierte Arbeitsfähigkeit gelte für sämtliche dem Kenntnis- und Fähigkeitsstand des Klägers entsprechende Tätigkeiten. Von rheumatologischer Seite werde eine adaptierte Tätigkeit folgendermassen definiert: Adaptiert seien leichte, wechselbelastende, vorwiegend sitzende, rückenenergonomisch adaptierte Tätigkeiten unter Einhaltung der oben beschriebenen qualitativen Einschränkungen betreffend Zwangshaltungen, statischen Belastungen und Exposition gegenüber Vibrationen und unvermittelten Lastwechseln. Für eine derartige Tätigkeit sei der Kläger medizinisch-theoretisch 5 Stunden täglich arbeitsfähig ohne Leistungseinschränkung. Somit ergebe sich eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (60% Pensum, 100% Rendement). Retrospektiv bestehe für eine angepasste Tätigkeit von rheumatologischer Seite seit März 2016 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, ab spätestens Mai 2019 (Verlaufs-MRT) sei von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Konsensuell bestehe somit für eine angepasste Tätigkeit eine

### **E. 5.12**

Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, vom

regionalen ärztlichen Dienst der IV-Stelle (RAD), notierte in seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2021 (Urk. 14/196/6 ff.), dass auf das Gutachten abgestellt werden solle. Gestützt darauf sei der Kläger in der angestammten Tätigkeit voll arbeitsunfähig seit März 2016. Psychiatrisch sei keine angepasste Tätigkeit notwendig. Rheumatologisch sei eine leichte, wechselbelastende, vorwiegend sitzende, rückenenergonomisch adaptierte Tätigkeit unter Einhaltung der oben beschriebenen qualitativen Einschränkungen betreffend Zwangshaltungen, statischen Belastungen und Exposition gegenüber Vibrationen und unvermittelten Lastwechseln angepasst. In einer entsprechenden Tätigkeit lägen folgende Arbeitsunfähigkeiten vor: - 0 % von März 2016 bis Januar 2017 - 100 % von Februar 2017 bis Dezember 2017 - 50 % von Januar 2018 bis März 2019 (versicherungsmmedizinische Einschätzung bei fehlenden Angaben) - 100 % im April 2019 - 40 % von Mai 2019 bis Dezember 2019 - 100 % von Januar 2020 bis August 2020 - 40 % ab September 2020 bis auf weiteres

### **E. 6**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die zur Invalidität führende Arbeitsunfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich während der Versicherungsdeckung durch die Beklagte eingetreten ist. Damit ist die Klage vollumfänglich abzuweisen.

#### **E. 6.1**

Die aktuelle Rentenzusprache durch die IV-Stelle erfolgte aufgrund des somatischen Gesundheitszustandes des Klägers (vgl. hierzu E. 5.11 und E. 5.12 sowie Feststellungsblatt vom 2. Juni 2021, Urk. 14/196). Dies blieb auch seitens des Klägers unbestritten. Damit bleibt zu prüfen, ob zwischen der ursprünglich während der Versicherungszeit durch die Beklagte eingetretene somatisch begründeten Arbeitsunfähigkeit und der nun zur Rentenzusprache führenden Invalidität ein enger sachlicher und zeitlicher Zusammenhang besteht.

Der psychische Gesundheitszustand des Klägers wurde von der Invalidenversicherung als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bzw. die andauernde Invalidität beurteilt. Dies blieb im vorliegenden Verfahren unbestritten und steht mit der medizinischen Aktenlage im

Einklang .

## **E. 6.2**

Gestützt auf das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ und Prof. Z.\_\_\_\_ vom 24. März 2016 sowie ihre ergänzende Stellungnahme vom 25. Oktober 2016 wurde die mit Verfügung vom 17./25. Juli 2014 zugesprochene Rente wieder aufgehoben, da der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig gewesen sei. Diese gutachterliche Einschätzung wurde seitens des hiesigen Gerichts als auch durch das Bundesgericht als beweiskräftig erachtet. Im Vordergrund steht bei thematisiertem Anspruch auf eine Berufsinvalidenrente indes die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Busfahrer. Hierzu ergibt sich Folgendes:

### **E. 6.3.1**

Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil vom 25. Januar 2019 ( Urk. 14/125) fest, dass die Vorinstanz eine Tätigkeit, die nicht in Nässe, Kälte oder grossen Temperaturschwankungen ausgeführt werden müsse, ohne längeres Verharren in vornüber geneigter Haltung, ohne unerwartete, asymmetrische Lasteneinwirkung und ohne Hantieren von Lasten über 12.5 kg als zumutbar erachtet habe, wobei eine wechselbelastende Tätigkeit von Vorteil sei (E. 3). Dies entspreche dem durch Dr. A.\_\_\_\_ angepassten Belastungsprofil gemäss ergänzender Stellungnahme vom 25. Oktober 2016 (vgl. oben E. 4.2). Dieses sei nach vorinstanzlicher Feststellung damit begründet, dass die bildgebenden Befunde eine Spondylarthritis nicht mit letzter Sicherheit ausschliessen würden.

Das Bundesgericht konstatierte, dass der geänderten Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_ mithin eine bloss mögliche, aber nicht wahrscheinliche Diagnose zugrunde liegt. Mangels Entscheidwesentlichkeit verzichtete das Bundesgericht auf weitere Ausführungen (E. 4).

### **E. 6.3.2**

Damit stellt das Bundesgericht klar, dass das mit Stellungnahme vom 25. Oktober 2016 (E. 4.2) ergänzte Zumutbarkeitsprofil einer angepassten Tätigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich zutrifft, sondern das von Dr. A.\_\_\_\_ im ursprünglichen rheumatologischen Gutachten festgestellte Belastungsprofil überwiegend wahrscheinlich zumutbar war: Dem Beschwerdeführer war entsprechend eine Tätigkeit mit leichtem bis mittelschwerem Belastungsniveau mit Hantieren von Lasten bis 15 kg zumutbar. Eher günstig wären wechselbelastende Tätigkeiten (vgl. E. 4.1.3, Urk. 14/83/61 f.).

Auch der rheumatologische Gutachter der B.\_\_\_\_ AG führt aus, dass die aktenkundige, bereits 2011 gestellte Diagnose einer Spondylarthritis in Anbetracht des seitherigen klinischen und radiologischen Verlaufs zwar nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne, aber eher unwahrscheinlich sei ( Urk. 14/195/72).

### **E. 6.3.3**

Dr. A.\_\_\_\_ konstatierte in ihrem Gutachten vom 24. März 2016, dass der Kläger nie eine besonders LWS-belastende Tätigkeit ausüben können, denn die leichte lumbale Stenose sei angeboren und der leichte Morbus Scheuermann habe sich in der Jugend entwickelt. Er benötige eine LWS-schonende Tätigkeit, dabei könne er Lasten bis zu 15 kg hantieren. Die angestammte Tätigkeit als Buschauffeur sei adaptiert (E. 4.1.3, Urk. 14/83/62).

Offensichtlich war dem Kläger die Tätigkeit als Buschauffeur während Jahren möglich trotz objektivierbaren Befunden, welche gemäss Dr. A.\_\_\_\_ bereits langjährig vorbestanden hatten. Auch mit Blick auf den Arbeitgeberfragebogen vom 10. Februar 2012 ist überwiegend wahrscheinlich, dass der Kläger zum Zeitpunkt der interdisziplinären Begutachtung durch Dr. A.\_\_\_\_ und Prof. Z.\_\_\_\_ in der Lage war, seiner angestammten Tätigkeit als Buschauffeur nachzugehen: Gemäss Belastungsprofil sei die Tätigkeit oft sitzend, manchmal gehend, selten stehend. Leichtes (0-10 kg) und schweres (über 25 kg) Heben sei selten, mittelschweres Heben (10-25 kg) komme manchmal vor ( Urk. 14/7/6).

## **E. 7**

Das Verfahren ist kostenlos.

Art. 73 Abs. 2 BVG schliesst einen Anspruch der obsiegenden Versicherungsträgerin auf eine Prozessentschädigung zwar nicht aus. Indes wird im Verfahren der Verwaltungsgerichtsbeschwerde obsiegenden Behörden oder mit öffentlichrechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen wie UVG-Versicherern oder Krankenkassen - ausser bei einem als mutwillig zu qualifizierenden Verhalten der Gegenpartei - in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen. Das hat auch für Träger der beruflichen Vorsorge gemäss BVG zu gelten (vgl. BGE 112 V 356 E. 6 und 128 V 124 E. 5b je mit Hinweisen). Es besteht kein Grund, bei der obsiegenden Beklagten - trotz ihres entsprechenden Antrages - anders zu verfahren. Das Gericht erkennt: 1.

Die Klage wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der Beklagten wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - Rechtsanwalt Andreas Gnädinger - Bundesamt für Sozialversicherungen 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin  
GräubCasanova

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