

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00100 vom 1. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00100

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00100 du 1 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00100 del 1 marzo 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1986 und von Beruf Informatiker mit eidgenössischem Fachausweis (Fähigkeitszeugnis vom 18. August 2006, Urk. 7/4; Ausbildungsbestätigung vom Mai 2012, Urk. 3/5), ist seit dem 1. April 2012

in einem Teilzeitpensum (80 %, ab 1. Februar 2015 60 %) als Consultant bei der Y.____ erwerbstätig (Urk. 7/26). Am 13. Januar 2015 (Eingangsdatum) meldete er sich unter Hinweis auf seit Oktober 2013 bestehende Nackenbeschwerden und Kopfschmerzen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, traf beruflich-erwerbliche und medizinische Abklärungen, wo bei sie das Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) Z.____, vom 3. Juli 2017 (Urk. 7/62) einholte. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/66), anlässlich dess en der Bericht von Dr. med.

A.____, Facharzt für Neurologie, Leiter B.____, vom 9. Oktober 2017 (Urk. 7/81/1-2) und der Bericht von Dr. med. C.____, Facharzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, D.____, vom 2. November 2017 (Urk. 7/81/3) eingereicht wurden, verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 11. Dezember 2017 (Urk. 2) einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des

Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern

können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.4

Bei einer hypothetisch im Gesundheitsfall lediglich teilerwerbstätigen versicherten Person ohne Aufgabenbereich im Sinne von Art.

27 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) bemisst sich die Invalidität rechtsprechungsgemäss nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs oder einer Untervariante (Schätzungs- oder Prozentvergleich, ausserordentliches Bemessungsverfahren) davon. Dabei ist das Valideneinkommen nach Massgabe der ohne Gesundheitsschaden ausgeübten Teilerwerbstätigkeit festzulegen, wobei entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum, um mehr Freizeit zu haben, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen. Das Invalideneinkommen bestimmt sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Dabei kann das – ärztlich festzulegende – Arbeitspensum unter Umständen grösser sein als das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung geleistete (BGE 131 V

51 E. 5.1.2; wiedergegeben in BGE 142 V 290 E. 5).

In Präzisierung dieser Rechtsprechung hat das Bundesgericht in BGE 142 V 290 entschieden, dass bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode zu ermittelnde Einschränkung im (allein versicherten) erwerblichen Bereich proportional – im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit – zu berücksichtigen ist (E. 7.3).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der

medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 25. Januar 2018 Beschwerde (Urk. 1) beim hiesigen Sozialversicherungsgericht und beantragte, die Verfügung vom 11. Dezember 2017 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlich geschuldeten Leistungen zu erbringen, insbesondere ihm ab 1. Juli 2015, eventualiter ab 1. Februar 2016, eine Invalidenrente auszurichten. Subeventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere medizinische Abklärungen zu tätigen und gestützt darauf den Invaliditätsgrad zu bestimmen. Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 2. März 2018 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, wovon dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 5. März 2018 (Urk. 8) Kenntnis gegeben wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit der Begründung, die vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen begründeten keine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit. Es liege eine volle Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit vor, woran der im Vorbescheidverfahren aufgelegte Bericht von Dr. A.____ vom B.____ vom 9. Oktober 2017 nichts ändere. Dieser und der (neurologische) MEDAS-Gutachter seien sich über die objektivierbaren Befunde einig, jedoch werde die Arbeitsfähigkeit unterschiedlich bewertet. Die neu durchgeführten ORL-Abklärungen hätten sodann Normalbefunde ergeben.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte vorweg eine Gehörsverletzung, namentlich eine Verletzung der Begründungspflicht, geltend (Urk. 1 S. 12 f. Ziff. 20-21). Sodann kritisierte er insbesondere den neurologischen Teil des MEDAS-Gutachtens in verschiedener Hinsicht und postulierte, darauf könne nicht abgestellt werden (S. 13-19 Ziff. 23-32). Stattdessen sei mit Dr. A.____ eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit in der aktuellen, sowohl angestammten als auch ideal leidens angepassten Tätigkeit anzunehmen. Da er nach wie vor dieselbe Tätigkeit bei demselben Arbeitgeber ausführe wie vor Eintritt des Gesundheitsschadens, resultiere anhand eines Prozentvergleichs ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 %, sodass ihm ab 1. Februar 2016 (ein Jahr nach Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit von 40 %) eine Viertelsrente zustehe. Der Umstand, dass er als Gesunder weit höhere Boni erzielen würde als er dies heute tue, spreche indes für einen durch Einkommensvergleich zu ermittelnden höheren Invaliditätsgrad, wobei diesfalls der Rentenanspruch ab 1. Juni 2013 (ein Jahr nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit) respektive 1. Juli 2015 (sechs Monate nach Geltendmachung des Anspruchs) zu prüfen sei (S. 19-21 Ziff. 33-35). 3. 3.1

Vorweg zu prüfen ist die Rüge der Gehörsverletzung beziehungsweise der Verletzung der Begründungspflicht durch die Beschwerdegegnerin.

Der Beschwerdeführer bringt vor, die Beschwerdegegnerin habe sich in der angefochtenen Verfügung vom 11. Dezember 2017 (Urk. 2) weder

mit der überzeugenden Einschätzung von Dr. A.____ (Berichte vom 14. November 2016 und 9. Oktober 2017) noch mit den luziden Ausführungen seiner vormaligen Rechts

vertreterin in der Einwandergänzung vom 8. November 2017 in der gebotenen Weise auseinandergesetzt. Stattdessen habe sie lediglich die nicht nachvollziehbare Stellungnahme ihres regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 29. November 2017 als Begründung in die Verfügung hineinkopiert. Dieses Verhalten nähere Zweifel am guten Glauben der Beschwerdegegnerin, dem sie eigentlich verpflichtet wäre, und werfe die Frage auf, ob sie überhaupt gewillt gewesen sei, sein Leistungsbegehren seriös zu prüfen. Mit ihren kurzen, nichts aussagenden Ausführungen habe die Beschwerdegegnerin seinen Anspruch auf Begründung und damit sein rechtliches Gehör verletzt (Urk. 1 S. 12 f. Ziff. 20-21). 3.2

Die aus dem Gehörsanspruch (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung, BV; Art. 42 Satz 1 ATSG) abgeleitete Begründungspflicht (Art. 49 Abs. 3 ATSG) erfordert nicht, dass sich die Behörde mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr darf sich die Begründung auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken, so dass dieser sachbezogen angefochten werden kann (BGE 126 I 97 E. 2b, 124 V 180 E. 1a; Urteil des Bundesgerichts 8C_683/2018 vom 30. April 2019 E. 4.1.2).

Diese Grundsätze sind vorliegend gewahrt: So nannte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 11. Dezember 2017 (Urk. 2) die für ihren Entscheid wesentlichen Überlegungen. Dabei ging sie auch auf den Einwand des Beschwerdeführers vom 8. November 2017 und die damit eingereichten Arztberichte (Urk. 7/81-82) ein und führte aus, weshalb sie am MEDAS-Gutachten vom 3. Juli 2017 als Entscheidungsgrundlage festhielt und diesem gegenüber der abweichenden Einschätzung von Dr. A. ___ den Vorzug gab. Dass sie in diesem Zusammenhang auf die Stellungnahme des RAD vom 29. November 2017 (Urk. 7/83/2) zurückgriff, kann ihr nicht angelastet werden (zu den Aufgaben des RAD vgl. Art. 59 Abs. 2 bis IVG und Art. 49 IVV). Ebenso wenig als

Gehörsverletzung zu werten ist der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin dem Einwand inhaltlich keine Folge leistete. Schliesslich war es dem Beschwerdeführer offen sichtlich möglich, den abschlägigen Rentenentscheid sachgerecht anzufechten. Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör und insbesondere der Begründungspflicht durch die Beschwerdegegnerin liegt damit nicht vor. Im Übrigen wäre eine solche vorliegend als geheilt zu betrachten (vgl. dazu BGE 137 I 195 E. 2.3.2, 133 I 201 E. 2.2), kommt doch der hiesigen Rechtsmittelinstanz umfassende Kognition zu. 4. 4.1 4.1.1

Im MEDAS-Gutachten vom 3. Juli 2017 (Urk. 7/62/2-20), beruhend auf allgemeinen- internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen und neurologischen Untersuchungen vom 30. und 31. Mai 2017, wurden folgende Diagnosen gestellt (Gutachten S. 17 Ziff. 5): - Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: • keine - Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: • Mischkopfschmerz (ICD-10 G44.8) mit Migräne (ICD-10 G43), anamnestisch Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2), mögliche Sinusitis • Schmerzmittelübergebrauch (ICD-10 F55.3) • Status nach Velosturz 02/15 mit Schädelprellung und möglicher Commotio cerebri (ICD-10 S06.9) • Rhinitis allergica (ICD-10 J30.1) • Penicillin-Allergie (ICD-10 Z88.0) • Eierallergie (ICD-10 E78.1) • Abnorme Schilddrüsenwerte (ICD-10 R89.1) 4.1.2

Der allgemein-internistische Sachverständige hielt anamnestisch fest, befragt zum jetzigen Leiden habe der Beschwerdeführer vorweg eine Eierallergie beschrieben. Ebenso habe er einen Heuschnupfen mit Rhinitis bei Kontakt mit Gräserpollen, eine Penicillin-Allergie,

eine bis in die Pubertät bestehende Neuro dermitis sowie Nackenverspannungen beidseits mit Ausstrahlung in die Schulter gegend beidseits, welche beim Sitzen länger als 3-4 Stunden aufträten, angege ben. Erst am Schluss habe er seine Migräne erwähnt, welche spontan, ohne bestimmte Auslöser, auftrete. Die Migränekopfschmerzen seien frontal beidseits eher auf der linken Seite lokalisiert und manchmal mit Übelkeit

verbunden. Die Attacken dauerten zirka 1-4 Stunden, selten auch den ganzen Tag; in leichterem Ausmass träten sie praktisch täglich auf, in stärkerem Ausmass jedoch zirka zwei mal pro Woche. Die Migränekopfschmerzen seien auch verbunden mit einer Lichtempfindlichkeit (Bildschirmarbeit). Draussen müsse er eine Sonnenbrille tra gen. Gegen die Migränekopfschmerzen helfe Tramal , was jedoch Übelkeit verur sache. Als weiteres Problem bestehe eine allgemeine Müdigkeit (Gutachten S. 4 Ziff. 3.1.1).

In seiner Beurteilung erwähnte der Gutachter einen unauffälligen allgemein-internistischen Status und vermerkte, in der Laboruntersuchung sei ein erhöhter TSH-Wert bei gleichzeitig erhöhtem ft3 und normalem ft4 aufgefallen. Dagegen weise der externe Laborbefund vom 27. Februar 2017 einen TSH-Wert im Norm bereich aus. Aus allgemein-internistischer Sicht könne keine Diagnose mit Ein fluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Es bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Gutachten S. 6 Ziff. 3.4). Als Massnahme empfehle er eine Nachkontrolle der Schilddrüsenwerte (Ziff. 3.7). 4.1.3

Der psychiatrische Sachverständige führte aus, der Beschwerdeführer habe ange geben, unter Migräne mit Schmerzen im Stirnbereich zu leiden. Im Jahr 2013 sei die Migräne «plötzlich da gewesen». Er habe ein Jahr lang versucht, die Beschwer den selber in den Griff zu bekommen. Im Jahr 2014 seien sie schlimmer geworden und seine Leistung habe abgenommen, vor allem bei der Arbeit. Er arbeite zu 60 % als Informatiker im Aussendienst und sei dadurch flexibel. Tagsüber sei er oft müde. An Medikamenten nehme er Orfiril und bei Bedarf Tramal (1-2 Mal pro Woche, zuletzt vorletzte Woche und am Vortag der Begutachtung), was Übelkeit hervorrufe. Migräne habe er mehrmals in der Woche. Die Konzentration sei unter den Schmerzen schlecht und werde durch die Einnahme von Tramal auch nicht besser (Gutachten S. 6 Ziff. 4.1.1.2). Befragt zum Tagesablauf und zur Freizeitge staltung habe der Beschwerdeführer berichtet, er fahre mit dem Auto zu Kunden und sei tageweise im Homeoffice beschäftigt, wo ihm ein von der IV finanziertes Stehpult zur Verfügung stehe. Er gehe ins « E.____ Training», das auch von der IV bezahlt werde, und absolviere den Vita Parcours. Es gebe aber auch Tage, an denen er praktisch die ganze Zeit nur im verdunkelten Zimmer liege. Die Haus haltsarbeiten erledige er selber. Er habe eine Freundin und einige Kollegen, mit denen er gerne geschäftlich rede, vor allem bedingt durch die gemeinsamen beruflichen Interessen (Gutachten S. 8 Ziff. 4.1.1.2).

Der psychiatrische Gutachter beurteilte, er habe keine psychopathologischen Befunde für die Diagnose einer psychischen Störung mit Einfluss auf die Arbeits fähigkeit erheben können. Die Migräne und die Arbeitsfähigkeit müssten aus neurologischer Sicht beurteilt werden. Es bestehe eine mögliche Mitverursachung der Migräne durch Stress, wie der Beschwerdeführer im Untersuchungsgespräch angegeben habe. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit.

Die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, nur noch eingeschränkt arbeiten zu können, könne mit objektiv erhebbaren psychiatrischen Befunden nicht begrün det werden (Gutachten S. 8 f. Ziff. 4.1.3-4.1.6). Im Untersuchungsgespräch habe sich der

Beschwerdeführer gut konzentrieren können und keine Schmerzsymptomatik gezeigt. Er fahre nach wie vor selber Auto und sei auch beruflich mit dem Auto im Aussendienst unterwegs (Gutachten S. 11 Ziff. 4.1.10.4). 4.1.4

In rheumatologischer Hinsicht wurde zur Anamnese festgehalten, eigenen Angaben zufolge leide der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2013 unter Migräne, wobei zunächst Kopfschmerzen eingesetzt hätten und im weiteren Verlauf zunächst Lichtscheu und vor einigen Monaten auch Übelkeit hinzugekommen seien. Ende 2014 sei es zu einer deutlichen Verschlechterung der Symptomatik gekommen. Die Migräneattacken seien immer häufiger aufgetreten. Im Zusammenhang mit einem im Februar 2015 erlittenen Velosturz sei es vorübergehend zu einer Verschlechterung gekommen. Die ab dem Jahr 2013 durchgeführten Therapien (Osteopathie, Massagen, Physiotherapie, Akupunktur) hätten nur kurzfristig zu einer Linderung der Beschwerden geführt. Seit 2015 sei er im B. ___ bei Dr. A. ___ in Behandlung, welcher nach verschiedenen Abklärungen die Diagnose einer Migräne bestätigt habe. Aktuell verzeichne er im Schnitt zweimal pro Woche über einige Stunden hinweg starke Kopfschmerzen mit Lichtscheu und Übelkeit. Bei Auftreten dieser Symptomatik nehme er Tramal -Tropfen ein. Andere Schmerzmedikamente hätten keinen ausreichenden therapeutischen Effekt gehabt. Gelegentlich behelfe er sich bei Kunden mit Zomig Nasenspray. Die Schmerzsymptomatik trete häufig am Ende eines Arbeitstages auf. Er sei dadurch in seiner Konzentration und Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Seit April 2014 trainiere er zweimal pro Woche bei « E. ___ », was ihm guttue (Gutachten S. 11 f. Ziff. 4.2.1).

Die rheumatologische Gutachterin hielt in ihrer Beurteilung fest, bezüglich der vom Beschwerdeführer angegebenen Migräne mit Kopfschmerzen, Lichtscheu und Übelkeit werde auf das neurologische Teilgutachten verwiesen. Hinweise auf ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom als Ursache der Beschwerdesymptomatik habe sie nicht gefunden. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei die Halswirbelsäule (HWS) in sämtlichen Ebenen frei beweglich gewesen. Es hätten keine Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur vorgelegen. In Übereinstimmung mit dem unauffälligen klinischen Bild habe sich die HWS in der im August 2015 durchgeführten Kernspintomographie unauffällig dargestellt (Gutachten S. 13 Ziff. 4.2.4). Aus rheumatologischer Sicht bestünden keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die angestammte Tätigkeit als Informatiker sei dem Beschwerdeführer demnach vollschichtig zumutbar (Gutachten S. 13 Ziff. 4.2.5). Es gebe aus Sicht des Bewegungsapparates keine Anhaltspunkte dafür, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in den vergangenen Jahren längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei (Gutachten S. 13 Ziff. 4.2.6). 4.1.5

Der neurologische Sachverständige hielt anamnestisch fest, laut Angaben des Beschwerdeführers sei die Migräne das Hauptproblem. Die Kopfschmerzen hätten im Oktober 2013 begonnen und bis Ende 2014 in der Häufigkeit zugenommen (tägliches Auftreten, Lokalisierung nach eher frontal links). Er habe verschiedene Behandlungsversuche unternommen (Neuraltherapie, Massagebehandlungen, Osteopathie, Physiotherapie, Akupunktur). Seit April 2015 betreibe er bei « E. ___ » zweimal wöchentlich ein Gerätetraining zur Stärkung der gesamten Muskulatur, vor allem aber der Nacken-, Schulter und Rückenmuskulatur. Zusätzlich besuche er einmal pro Woche einen Vita Parcours und nehme verschiedene Medikamente ein (aktuell Magnesiocard, Tramal und Orfiril 2 x 300 mg). Seit einem im Februar 2015 erlittenen Velounfall mit Aufschlagen

des Hinterkopfes habe die Häufigkeit der Kopfschmerzen nochmals zugenommen. Leichte Kopfschmerzen habe er fast täglich, mittelschwere bis schwere Kopfschmerzen ein- bis zweimal pro Woche. Daneben leide er unter verschiedenen Allergien, einer Neurodermitis und einer Tagesmüdigkeit unter Orfiril (Gutachten S. 14 f. Ziff. 4.3.1.2).

In seiner Beurteilung führte der neurologische Gutachter aus, der 30jährige Explorand spreche in seiner Beschwerdeschilderung von einer fast täglich auftretenden Migräne, für welche eine Vielzahl von Behandlungsversuchen, vor allem physikalischer Natur, ohne Erfolg geblieben sei. Er habe betont, dass die Migräneattacken schon vor einem im Jahr 2015 erlittenen Velosturz bestanden hätten, aber nicht vor dem Jahr 2013, zumindest nicht in nennenswertem Umfang. Bei Durchsicht der Unterlagen falle auf, dass für die Jahre 2014 und 2015 der Bericht von Dr. med. F. ___ vom Januar 2015 (Urk. 7/9) allein von Spannungskopfschmerzen bei zervikospondylothem Syndrom spreche und hiermit kongruent verschiedene Triggerpunkte und Myalgien der Schulter-Nackenregion aufführe. In diese Richtung würden auch frühere Behandlungen wie Massagen und Physiotherapie sowie auch das bis heute durchgeführte « E. ___ Training » hinweisen. Erst seit den Konsultationen bei Dr. A. ___ im B. ___ werde von einer Migräne gesprochen. Dieser habe im Bericht vom November 2015 erwähnt, dass sich der Patient von weiteren therapeutischen Optionen distanziert habe. Warum bei der angegebenen Linksbetonung und dem MRI-Befund auf eine mögliche leichte Sinusitis eingegangen worden sei, ergebe sich jetzt nicht. Wie es zur Behandlung mit regelmässigem Tramal und Orfiril (letzteres immerhin mit einer Dosis von 600 mg täglich) gekommen sei, sei anhand der Berichte nicht vollständig nachvollziehbar. Die aktuelle neurologische Untersuchung sei regelrecht ausgefallen, was – worauf schon Dr. A. ___ hingewiesen habe – angesichts der Diagnose nicht verwundere. Von der jetzt verfügbaren Anamnese sei der Kopfschmerz als Mischkopfschmerz mit leichter Spannungskopfschmerz- und überwiegend Migränekomponente zu werten, aber auch einem Schmerzmittelübergebrauch mit der Angabe von täglicher Einnahme von Tramal zuzuschreiben. Warum in der Vergangenheit nicht klassische vorbeugende Behandlungen durchgeführt worden seien (zum Beispiel mit Metoprolol oder Topiramaten), erschliesse sich nicht. Hier bestünden auf jeden Fall noch Behandlungsoptionen. Eine wesentliche dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sei durch das Kopfschmerzsyndrom nicht begründbar. Im Einzelfall möge bei einer sehr schweren Kopfschmerzattacke für einen Tag eine Arbeitsunfähigkeit vorliegen, im Intervall oder bei den angegebenen leichten Kopfschmerzen aber sicher nicht. Die angegebenen Konzentrationsstörungen seien in der aktuellen Untersuchung nicht festzustellen gewesen (Gutachten S. 16 Ziff. 4.3.4). Aus neurologischer Sicht ergäben sich qualitative Einschränkungen für Arbeiten im Schichtdienst mit Nachtschicht oder überlangen Tagesarbeitszeiten. Ein üblicher Arbeitstag als Informatiker mit acht bis neun Arbeitsstunden sei hingegen uneingeschränkt möglich (Gutachten S. 16 Ziff. 4.3.5). Auch retrospektiv ergebe sich keine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Gutachten S. 17 Ziff. 4.3.6). Er – so der neurologische Sachverständige weiter – empfehle eine nochmalige Einleitung einer klassischen medikamentösen prophylaktischen Behandlung entsprechend den Leitlinien, was bei entsprechendem Leidensdruck durchaus zumutbar sei. Im Hinblick auf den MRI-Befund empfehle er bei Persistenz der Kopfschmerzen eine HNO-ärztliche Mitbeurteilung. Die beklagte Müdigkeit könne auf die Einnahme von Valproinsäure bezogen werden, deren Indikation zu überprüfen sei (Gutachten S. 17 Ziff. 4.3.8). 4.1.6

In ihrer Gesamtbeurteilung wiederholten die MEDAS-Gutachter die wesentlichen Erkenntnisse aus den einzelnen Fachdisziplinen und hielten fest, aus polydisziplinärer Sicht bestehe beim Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit als Informatiker eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % (Gutachten S. 18 Ziff. 6.2). Die Selbsteinschätzung des Exploranden, nur noch reduziert arbeiten zu können, könne aufgrund der objektivierbaren Befunde nicht begründet werden (Gutachten S. 18 Ziff. 6.4).

Am 9. Oktober 2017 nahm der ab August 2015 mit dem Beschwerdeführer befasste Dr. A. ___ (vgl. auch Berichte vom 2. Oktober und 27. November 2015 [Urk. 7/35/6-8] sowie vom 14. November 2016 [Urk. 7/44]) zuhanden der dama ligen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zum MEDAS-Gutachten Stellung (Urk. 7/81/1-2). Er führte aus, die aufgeführten Diagnosen seien korrekt (S. 1 Ziff. 1). Eine Migräne sei nicht objektivierbar, es sei denn, er sehe einen Patienten erbrechen (Teilobjektivierbarkeit; Ziff. 2). Befragt zur im MEDAS-Gutachten postulierten Anpassung der Therapie konstatierte er, es könnten weitere Prophylaxen versucht werden, unter anderem durch die vorgeschlagenen Betablocker, Topiramid und anderes. Allerdings habe Valproat teilverbessernd gewirkt und sei einigermaßen (bis auf die recht starke Tagesmüdigkeit) tolerierbar gewesen, so dass keine weiteren Prophylaxen gesucht worden seien. Die aktuelle Situation mit einer Arbeitsunfähigkeit von zirka 50 % , der Möglichkeit der selbstdisponierten Arbeit und der Einnahme von Valproat scheine in einem recht guten Gleichgewicht zu stehen (Ziff. 3). Im Moment sei nicht mit einer Zustandsbesserung durch eine Therapieanpassung zu rechnen. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit beurteile er «wie bisher», d.h. Teilarbeitsfähigkeit und freie Einteilbarkeit der Arbeit. Der Beschwerdeführer könne drei Tage pro Woche, mithin 60 % arbeiten, wobei ausser einer minimalen Beeinträchtigung durch Müdigkeit keine Einbusse der Leistungsfähigkeit bestehe (S. 1 f. Ziff. 5 f.). Die aktuelle Situation mit Teilarbeitsfähigkeit und freier Arbeitsplanung sei bereits angepasst und habe sich bewährt (S. 2 Ziff. 6 f.). Dr. A. ___ bemerkte, es handle sich bei der Migräne um ein Attakken leiden mit unberechenbarem Auftreten von Attacken sowie starken Begleitscheinungen, die in der Attacke zu voller Arbeitsunfähigkeit führen könnten. Typischerweise bestehe zwischen den Attacken volle Arbeitsfähigkeit. Die im Gutachten erwähnte HNO-Abklärung habe im November 2014 (gemeint wohl 2017, vgl. Urk. 7/81/3) keinen Hinweis auf eine Sinusitis ergeben. In Bezug auf das MEDAS-Gutachten sei zu bemängeln, dass in der neurologischen Beurteilung das unregelmässige Auftreten und die teilinvalidisierende Ausgestaltung der Migräne akzeptiert worden sei, nicht jedoch in der Schlussbeurteilung, wo von einer vollen Arbeitsfähigkeit ohne jegliche Einschränkung ausgegangen worden sei (S. 2 Ziff. 9).

Das MEDAS-Gutachten vom 3. Juli 2017 (E. 4.1) entspricht den praxisgemässen Anforderungen an eine beweiswertige medizinische Entscheidungsgrundlage (E. 1.5). So tätigten die Sachverständigen sorgfältige und umfassende fachärztliche Abklärungen und berücksichtigten die geklagten Beschwerden wie auch die relevanten Vorakten . Ausserdem legten sie die medizinischen Verhältnisse einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. In diesem Sinne erscheint die Expertise auch in inhaltlicher Hinsicht als schlüssig.

Der Beschwerdeführer dringt mit der

in verschiedener Hinsicht geäusserten Kritik insbesondere am neurologischen Teil des MEDAS-Gutachtens und der Berufung auf die abweichende Einschätzung des ihn

behandelnden Facharztes Dr. A.____ nicht durch. In diesem Zusammenhang ist vorwegzuschicken, dass es die unterchiedliche Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag nicht zulässt, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine klärende Ergänzung oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_143/2019 vom 21. August 2019 E. 4.4.1 und 8C_563/2019 vom 23. Dezember 2019 E. 5.1). Die Berichte des Dr. A.____, namentlich dessen Stellungnahme vom 9. Oktober 2017 (E. 4.2), beinhalten keine solchen Gesichtspunkte und vermögen die Einschätzung der MEDAS-Gutachter insbesondere der Arbeitsfähigkeit nicht in Frage zu stellen. Der behandelnde Neurologe führte keine nachvollziehbare Begründung für die attestierte Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit auf 60 % an und stützte sich im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Entgegen dem Standpunkt des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 19 Ziff. 33) kann darauf nicht abgestellt werden.

Die MEDAS-Gutachter

nahmen wiederholt auf die Berichte von Dr. A.____, namentlich auf den in der Expertise als eines der «wichtigsten Vordokumente» bezeichneten Bericht vom 14. November 2016 (Urk. 7/44), Bezug (Gutachten S. 3 Ziff. 2.2; vgl. auch Gutachten S. 2 f. Ziff. 2.1, S. 14 Ziff. 4.3.1.1, S. 16 Ziff. 4.3.4 und S. 17 Ziff. 4.3.7) und konstatierten, Dr. A.____ sei von einem Migräneleiden ausgegangen (Gutachten S. 16 Ziff. 4.3.4). Selber stellten sie die Diagnose Mischkopfschmerz (ICD-10 G44.8) mit Migräne (ICD-10 G43), wobei sie die Beschwerdesymptomatik

teilweise einem Schmerzmittelübergebrauch (ICD-10 F55.3) zuschrieben (E. 4.1.1 und 4.1.5). Abgesehen davon, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht die Diagnosen, sondern die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen entscheidend sind (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2017 vom 13. Februar 2018 E. 3.3 mit Hinweis), ist darauf hinzuweisen, dass Dr. A.____ in seiner Stellungnahme vom 9. Oktober 2017 (E. 4.2)

die in der Expertise aufgeführten Diagnosen

als

« korrekt »

bezeichnete. Insofern erweist sich der vom Beschwerdeführer erhobene Vorwurf betreffend die gutachterliche Diagnosestellung (Urk. 1 S. 15 Ziff. 25) als nicht stichhaltig.

Was die Auswirkungen des Kopfschmerzleidens und im Besonderen der Migräne auf die Arbeitsfähigkeit anbelangt, brachte der Beschwerdeführer vor, die Ausführungen des neurologischen Gutachters seien widersprüchlich und liessen bei korrekter Betrachtung auf eine Einschränkung von (mindestens) 40 % schliessen (Urk. 1 S. 17 f. Ziff. 30). Dem kann nicht beigeplichtet werden. Der neurologische Sachverständige hielt in seiner Beurteilung fest, im Einzelfall bei einer «sehr schweren Kopfschmerzattacke» möge für einen Tag eine Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Im Intervall oder bei den angegebenen leichten Kopfschmerzen sicher nicht (E. 4.1.5). In Anbetracht dessen, dass der Beschwerdeführer anlässlich der neurologischen Begutachtung angegeben hatte, ein- bis zweimal pro Woche

ver zeichne er mittelschwere bis schwere Kopfschmerzen (E. 4.1.5), liegt kein Widerspruch vor, zumal der neurologische Gutachter erfolgversprechende Behandlungsoptionen benannte (E. 4.1.5), denen Dr. A.____ grundsätzlich ebenfalls positiv gegenüberstand (E. 4.2), was der Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 19 Ziff. 32)

zu verkennen scheint. Hinzu kommt, dass die Schmerzsymptomatik laut Angaben des Beschwerdeführers häufig am Ende eines Arbeitstages auftritt (E. 4.1.4). Bezüglich der Häufigkeit der Einnahme des Medikaments Tramal finden sich im Gutachten zwar unterschiedliche Angaben (vgl. S. 5 Ziff. 3.1.3, S. 6 Ziff. 4.1.1.2, S. 11 f. Ziff. 4.2.1 und S. 16 Ziff. 4.3.4). Es ist indes nicht einzusehen, inwiefern dies auf eine andere Befundlage schliessen liesse oder zu einer anderen Arbeitsfähigkeitsschätzung führen sollte, weshalb die diesbezügliche Rüge des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 15 ff. Ziff. 27-28) ins Leere geht. Dem

Vorwurf, der neurologische Sachverständige habe keine Bestimmung des Medikamentenspiegels vorgenommen (Urk. 1 S. 16 Ziff. 28), ist entgegenzuhalten, dass eine solche im Zuge der allgemein-internistischen Begutachtung erfolgte (Gutachten S. 5 Ziff. 3.2.2) und die Konzentration des Wirkstoffs Tramadol unter dem therapeutischen Referenzbereich lag. Im Umstand, dass gemäss der Gesamtbeurteilung des Gutachtens im Einzelfall bei schweren Kopfschmerzattacken «passagere Arbeitsunfähigkeiten» auftreten könnten, eine Arbeitsunfähigkeit als Informatiker aus polydisziplinärer Sicht aber verneint wurde (Gutachten S. 18 Ziff. 6.2), ist – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 18 Ziff. 31) – kein grundsätzlicher Widerspruch zu erblicken, bedeutet «passager» (in Bezug auf Symptome, Krankheiten und dergleichen) doch «nur vorübergehend auftretend» (vgl. Duden, Suchbegriff «passager»).

Schliesslich trifft es zwar zu, dass der psychiatrische Gutachter die Prognose für eine Steigerung des Arbeitspensums «aufgrund des chronischen Verlaufs und der doch deutlichen subjektiven Beschwerdesymptomatik» als ungewiss bezeichnete (Gutachten S. 9 Ziff. 4.1.3). Jedoch verneinte der Sachverständige das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose und hielt explizit fest, die Migräne und die Arbeitsfähigkeit müssten aus neurologischer Sicht beurteilt werden (E. 4.1.3). Insofern ist auch diesem Einwand des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 18 Ziff. 31) nichts abzugewinnen. 5.3

Schliesslich ist zu bemerken, dass von der Rechtsprechung bisher offengelassen wurde, ob eine Migräne zu den objektivierbaren Krankheitsbildern zu zählen ist (vgl. dazu Urk. 1 S. 19 ff. Ziff. 33 f.). Jedenfalls aber bedarf es

bei der Migräne im Hinblick auf die Folgenabschätzung eines konsistenten Nachweises mittels sorgfältiger Plausibilitätsprüfung (BGE 140 V 290 E. 3.3.1, Urteil des Bundesgerichts 9C_81/2019 vom 11. November 2019 E. 4.3.1). Dabei ist der Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen, wenn die Auswirkungen eines Leidens auf die Arbeitsfähigkeit, sei es objektivierbar

oder (bildgebend) nicht fassbar, trotz sorgfältiger und umfassender Abklärungen vage und unbestimmt bleiben und die Einschränkungen nicht anders als mit den subjektiven Angaben der versicherten Person begründet werden können. Die entsprechende Beweislosigkeit wirkt sich zu Lasten der versicherten Person aus (BGE 140 V 290 Regeste Abs. 2 und E. 4.2).

So verhält es sich auch hier. Dr. A.____ stützt sich in seiner Beurteilung ausschliesslich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, insbesondere auf die von diesem selbst angegebene Häufigkeit der Kopfschmerzen beziehungsweise der Migräneanfälle. Gestützt auf die Berichte des Dr. A.____ können die Auswirkungen des

Kopfwehleidens

auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nicht plausibilisiert werden. Auch die übrigen Akten ermöglichen keine solche Plausibilisierung. Vielmehr lassen die Angaben des Beschwerdeführers zu seinem Arbeits- und Freizeitverhalten auf ein relativ aktives Leben schliessen. Beruflich berät er, wie sein Arbeitgeber mitteilte, oft, das heisst zwischen drei bis rund fünfeinviertel (von acht) Stunden am Tag Kunden in technischen Belangen (Urk. 7/26 S. 5 Ziff. 5). Sodann besucht er zwei Mal wöchentlich das «E.____ Training» und einmal pro Woche den Vita Parcours. Er erledigt die in seinem Einpersonenhaushalt anfallenden Arbeiten selber, ist in einer Beziehung und pflegt verschiedene soziale Kontakte (E. 4.1.3-4.1.5). 5.4

Nach dem Ausgeführten ist davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch das Kopfschmerzleiden nicht massgeblich beeinträchtigt und ihm die Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit als Informatiker und damit vergleichbarer Tätigkeiten ohne wesentliche Einschränkung weiterhin zuzumuten ist. Damit erweist sich die einen Rentenanspruch verneinende Verfügung vom 11. Dezember 2017 (Urk. 2) als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Selbst wenn von einer wie vom Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Einschätzung durch Dr. A.____ geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit ausgegangen würde, führte dies nicht - wie nachfolgend gezeigt - zu einem Rentenanspruch: Der Beschwerdeführer macht geltend, die gesundheitlichen Beschwerden seien nicht erst im Jahr 2013, sondern bereits 2012 aufgetreten und hätten dazu geführt, dass er im Juni 2012 sein infolge der Ausbildung auf 80 % reduziertes Arbeitspensum nicht wieder erhöhen können (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 6-9).

E. 6.2

Diese Darstellung findet in den Akten keine Stütze und steht im Widerspruch zu früheren Angaben des Beschwerdeführers. Den Beginn der Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise der Beschwerden datierte der Beschwerdeführer sowohl am 2. Dezember 2014 im Meldeformular zur Früherfassung als auch in der IV-Anmeldung vom 11. Januar 2015 auf Oktober 2013 (Urk. 7/1 S. 1 Ziff. 2 und Urk. 7/5 S. 6 Ziff. 6.3; vgl. auch Gesprächsleitfaden Früherfassung vom 23. Dezember 2014, Urk. 7/3 S. 2 Ziff. 3). Auch im Rahmen der MEDAS-Begutachtung vom 30./31. Mai 2017 äusserte er sich entsprechend (vgl. Gutachten S. 6 Ziff. 4.1.1.2, S. 11 Ziff. 4.2.1 und S. 14 Ziff. 4.3.1.2). Es trifft zwar zu (Urk. 1 S. 8 Ziff. 14), dass

dipl. med. G.____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, am 30. März 2016 vermerkte, der Beschwerdeführer leide seit «ca. 2012» an einer Migräne

ohne Aura (Urk. 7/65/4). Unklar bleibt jedoch, worauf diese Aussage des RAD-Arzt es beruht, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

E. 6.3

Laut Angaben des Beschwerdeführers in der IV-Anmeldung dauerte die berufs begleitende Ausbildung zum Informatiker mit eidgenössischem Fachausweis vom 1. 2. Mai 2011 bis 2. Februar 2012 (Urk. 7/5 S. 5 Ziff. 5.3). Dies erscheint mit Blick darauf, dass die Prüfungsauswertung und Bekanntgabe der Ergebnisse bzw. Aushändigung der Ausbildungsbestätigung erfahrungsgemäss einige Zeit in Anspruch nimmt und letztere vom Mai 2012 datiert (Urk. 3/5), durchaus als plausibel. Die Stelle als Consultant

bei der Y.____ trat er am 1. April 2012 an (Urk. 7/1 S. 1 Ziff. 3, 7/5 S. 5 Ziff. 5.4, 7/26 S. 1 Ziff. 2.1 und S. 2 Ziff. 2.9). Dass er sich dabei wie von ihm geltend gemacht ausbildungsbedingt auf ein 80 %-Pensum beschränkt haben soll, ist mit Blick auf die genannte Dauer der Ausbildung nicht nachvollziehbar, zumal auch die bei der vormaligen Arbeitgeberin H.____ erzielten Jahreseinkommen gemäss Auszug aus dem Individuellen Konto (IK; Urk. 7/24 S. 2) nicht auf eine ausbildungsbedingte Pensumsreduktion von 20 % im Jahr 2011 hindeuten und der allgemein-internistische MEDAS-Gutachter festhielt, der Beschwerdeführer habe in den Jahren 2008 bis 2012 mit einem 100 %-Pensum bei der H.____ gearbeitet (Gutachten S. 4 Ziff. 3.1.2). Ebenso wenig ist mit Blick auf den dokumentierten Beginn der Beschwerden (E. 6.2) erstellt, dass gesundheitliche Gründe für das Teilzeitpensum von 80 % verantwortlich waren. Infolgedessen ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in den rund eineinhalb Jahren zwischen dem Antritt der Stelle bei der Y.____ am 1. April 2012 und dem Auftreten der Beschwerden im Oktober 2013 sich aus freien Stücken mit einem Beschäftigungsgrad von 80 % (Urk. 7/26 S. 2 Ziff. 2.9) begnügte. Insofern wäre er in invalidenversicherungsrechtlichen Belangen in diesem Umfang als Teilzeiterwerbstätiger ohne Aufgabenbereich zu qualifizieren und die Invalidität anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu bemessen (vgl. dazu BGE 131 V 51 E. 5.1.2), wobei die Einschränkung im erwerblichen Bereich proportional – im Umfang des hypothetisch-erwerblichen Teilzeitpensums – anzurechnen wäre (BGE 142 V 290 E. 7.3; zum Ganzen vgl. E. 1.4). Selbst unter Berücksichtigung der per 1. Februar 2015 erfolgten Herabsetzung des Beschäftigungsgrades von 80 auf 60 % (Urk. 7/26 S. 2 Ziff. 2.9) und der von Dr. A.____ bescheinigten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im entsprechenden Umfang (Urk. 7/35/6-7, 7/44/3, 7/81/2), resultierte demnach auf der Grundlage eines Prozentvergleichs ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 16 % (= [80 - 60] x 0.8), womit die Beschwerde ebenfalls abzuweisen wäre. Dass dem Beschwerdeführer wegen gesundheitlicher Beeinträchtigung Bonuszahlungen in wesentlicher Höhe entgehen, ergibt sich nicht aus den Akten und wurde von ihm nicht substantiiert geltend gemacht (Urk. 1 S. 21 Ziff. 35). 7.

Von ergänzenden Beweismassnahmen, namentlich der Befragung der offerierten Zeugen und weiteren medizinischen Abklärungen (Urk. 1 S. 9-11 Ziff. 17-19, S. 19 f. Ziff. 33, S. 21 Ziff. 34), ist kein entscheiderelevanten Aufschluss zu erwarten. Entsprechend ist im Sinne einer antizipierten Beweiswürdigung davon abzu sehen (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d).

E. 8

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von

IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert innerhalb des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Steudler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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