

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01077 vom 8. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.01077

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01077 du 8 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01077 del 8 marzo 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1960 geborene und als Hausabwart tätig gewesene X.____ meldete sich am 20. Januar 2015 (Eingangsdatum bei der IV-Stelle) unter Hinweis auf psychische und körperliche Beeinträchtigungen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 5/18). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 5/19, 30, 57) und tätigte beruflich-erwerbliche Abklärungen. Mit Schreiben vom 30. März 2015 wurde X.____ eine Schadenminderungspflicht auferlegt, wonach er sich für sechs Monate einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen habe (Urk. 5/31). Am 8. April 2016 erfolgte eine Kostengutsprache der IV-Stelle für ein Belastbarkeitstraining vom 2. Mai 2016 bis 31. Juli 2016 (Urk. 5/41). Mit Mitteilung vom 24. Juni 2016 wurde das Belastbarkeitstraining abgebrochen und die IV-Stelle schloss in der Folge die berufliche Eingliederung ab (Urk. 5/54). Sodann gab sie bei der Y.____ (fortan: MEDAS), ein interdisziplinäres Gutachten in Auftrag (Expertise vom 7. November 2017, Urk. 5/89). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 5/93, Einwand Urk. 5/110, Stellungnahme der MEDAS vom 18. Juli 2018, Urk. 5/118-119, sowie Eingabe von X.____ vom 8. Oktober 2018, Urk. 5/124) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. November 2018 einen Rentenanspruch, da keine IV-relevante Einschränkung vorliege und X.____ ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne (Urk. 2).

E. 1.1

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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1 .4

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

E. 2

Hiergegen liess X.____ am 12. Dezember 2018 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei ein weiteres polydisziplinäres Gutachten einzuholen (Urk. 1) . Mit Beschwerdeantwort vom 22. Januar 2019 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 4), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 23. Januar 2019 (Urk. 6)

zur Kenntnis gebracht wurde. Am 15. Mai 2019 und am 26. September 2019 legte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ins Recht (Urk. 7-10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in angefochtenen Entscheid, die Abklärung der medizinischen Situation habe ergeben, dass der Beschwerdeführer nach wie vor seine angestammte Tätigkeit ausüben könne. Diesbezüglich bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 25 %. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei er zu 100 % arbeitsfähig. Damit könne der Beschwerdeführer ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen, womit kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung bestehe (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, es könne nicht auf das Gutachten der MEDAS abgestellt werden, da sich die Gutachter nicht mit den Vorakten und den darin attestierten Diagnosen auseinandergesetzt hätten. Das Gutachten sei zudem unvollständig, da kein verwertbares neuropsychologisches Teilgutachten vorliege.

Damit könne das Gutachten den tatsächlichen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht wiedergeben. Mehrere Arztberichte würden eine mittelschwere oder mittelschwere bis schwere depressive Episode diagnostizieren und von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehen. Das Belastbarkeitstraining habe zudem gezeigt, dass eine Leistungsminderung von 75 % vorliege, was auch die im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS veranlasste Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) bestätige. Vorliegend sei auf die medizinische Einschätzung derjenigen Ärzte abzustellen, welche den Beschwerdeführer bereits jahrelang behandelten. Danach sei er zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 1). 3. 3. 1

Die Gutachter der MEDAS bescheinigten dem Beschwerdeführer anlässlich der im Frühjahr 2017 stattgefundenen Untersuchungen (Urk. 5/89/2) in angestammter Tätigkeit eine 75%ige Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich einer Verweistätigkeit gingen die Gutachter unter Beachtung des Belastungsprofils von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 5/89/30). In interdisziplinärer Hinsicht (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Rheumatologie, Neuropsychologie und Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 5/89/29): - Periarthropathia

genu beidseits aktuell rechtsbetont - Femoropatellar - und mediale Femorotibial -Arthrose beidseits linksbetont - Hallux

valgus beidseits mit Senksprefuss beidseits - Leichte Periarthropathia

humeroscapularis

tendopathia links vom Impingement Typ - Rezidiv Hernie inguinal; geplante Operation am 1.11.2017

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden im Gutachten folgende Diagnosen festgehalten (Urk. 5/89/29): - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73) - Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) ; teilweise artifizielle Störung (ICD-10: F68.1), hier im Sinne der hochgradig nichtauthentischen Präsentation kognitiver Minderleistungen, Synonym gemäss EFL als dysfunktionales Krankheitsverhalten - Verdacht auf funktionelle Magen-Darm-Erkrankung (anamnestisch) - Verdacht auf Reizdarm-Syndrom

(anamnestisch) - Direkte Inguinalhernie links mit prolabierendem Fettinhalt (Bruchpforte ca. 1.5 cm) - Kleine Umbilikalhernie mit Fettinhalt (Bruchpforte ca. 0.5 cm) - Restless - Legs -Syndrom (ICD-10: G25.8) - Adipositas Grad 2 (BMI 32 kg/m²) - Anamnestisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom - Leichtes myofasiales

Zervikothorakolumbovertebralsyndrom 3.2

Befundmässig stellte der psychiatrische Gutachter fest, der Beschwerdeführer sei wach, in allen Qualitäten zu Zeit, Ort, zur eigenen Person und aktuellen Situation orientiert. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Untersuchung freundlich, stellenweise unsicher, konzentriert und zurückhaltend gewirkt. Die Aufmerksamkeit, die Konzentration und das Gedächtnis des Beschwerdeführers hätten bis auf kleine Unsicherheiten von Daten bestimmter Ereignisse intakt erschienen. Sprechstörungen würden nicht bestehen und die Ausdrucksweise des Beschwerdeführers sei wenig differenziert. Das Intelligenzniveau wirke unter Berücksichtigung der Untersuchungssituation, der Schulbildung, des beruflichen Werdeganges und der allgemeinen Sozialisation als durchschnittlich differenziert. Psychomotorisch habe sich der Beschwerdeführer leicht unruhig präsentiert, vor allem bei gezielter Befragung. Weiter habe der Beschwerdeführer einen freundlichen, stimmungsmässig ausgeglichenen Eindruck hinterlassen; momentan würden keine Anhaltspunkte für eine relevante Depression bestehen. Es seien keine alltagsrelevanten Zwänge und keine phobische Reaktionen eruierbar. Die Willenskraft sei strukturiert und es liege keine Antriebsschwäche vor (Urk. 5/89/19). Eine Motivation in Bezug auf eine berufliche Tätigkeit bestehe gegenwärtig allerdings nicht (Urk. 5/89/20).

In der Beurteilung des objektivierbaren medizinischen Sachverhalts wies der psychiatrische Gutachter darauf hin, dass seit rund zwei Jahren fortgesetzt mindestens eine mittelschwer bezeichnete depressive Symptomatik vorgelegen haben soll, die psychiatrische Therapie allerdings erst auf Veranlassung des RAD -Arztes im Rahmen der Schadensminderungspflicht begonnen worden sei. Betrachte man den aktuellen psychopathologischen Status, so sei die zuvor dauerhaft mittel schwere depressive Symptomatik in keiner Weise feststellbar. Es würden Inkonsistenzen bezüglich der subjektiv angegebenen kognitiven Störungen, welche sich im klinischen Bild in keiner Weise bestätigen liessen, auffallen (Urk. 5/89/22). Zusammen mit den Ergebnissen aus der neuropsychologischen und der neurologischen Begutachtung

müsse auch rückblickend die gestellte Diagnose einer schwerergradigen depressiven Störung in höchstem Masse angezweifelt werden (Urk. 5/89/23). Es würden wohl Belastungsfaktoren wie finanzielle Schwierigkeiten und Sorgen um die weitere Zukunft bestehen, womit auch Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung durchaus vorhanden gewesen sein könnten. Allenfalls kurzfristig wären auch vorübergehende Zeiten einer Anpassungsstörung mit emotionaler Symptomatik möglich gewesen, diese hätten aber nicht als länger dauernd und auch nicht als schwerergradig versicherungspsychiatrisch Anerkennung finden können. Aus der Biografie würden sich auch keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer relevanten Störung der Persönlichkeitsentwicklung ergeben. Der Beschwerdeführer habe sich stets anpassungsfähig, wenn auch möglicherweise teilweise eher vermeidend, gezeigt, sei ausreichend flexibel gewesen und habe sich den teils wechselnden beruflichen Tätigkeiten mit unterschiedlicher Herausforderung gestellt. Dabei habe er auch gezeigt, dass er Neues lernen und anwenden könne. Im Kontaktverhalten sei er stets freundlich, kooperativ und gruppenfähig gewesen, habe sich unterordnen, anpassen und hinreichend durchhalten können. Weiter habe der Beschwerdeführer eine Familie

gegründet und sei für ihre n Unterhalt aufgekommen. Das vom Beschwerdeführer gezeigte Kranken rollenverhalten müsse vor dem Hintergrund der Rentenfrage und der Taggeldleistungen gesehen werden (Urk. 5/89/24).

Zusammenfassend könne gegenwärtig und sehr wahrscheinlich auch in der Vergangenheit keine versicherungspsychiatrisch relevante Diagnose mit funktionellen Einschränkungen objektiviert werden. Aus der Biografie seien keine Störungen der Persönlichkeitsentwicklung objektivierbar. Krankheitswertige Gründe, welche die früher verfügbaren persönlichen Ressourcen in namhafter Weise aktuell oder in der Vergangenheit hätten hemmen können, hätten sich nicht feststellen lassen. Derzeit könne lediglich von der Diagnose « Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung » ausgegangen werden (Urk. 5/89/24). Das inkonsistent präsentierte Verhalten sei – unter Einbezug der somatischen Gutachten – aus

psychiatrischer Sicht als Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F 68.0) anzusehen. Dabei würde die ursprünglich durch eine belegbare körperliche Störung begründbare Krankheit oder Behinderung, vorliegend Knieleiden und Rückenbeschwerden, wegen des psychischen Zustandes der betroffenen Person aber aggraviert oder länger anhalten. Teilweise würden aber auch die Kriterien der Diagnose F68.1 (artifizielle Störung) erfüllt, was sich beispielweise durch die geltend gemachten kognitiven Störungen oder Koordinationsstörungen, für welche keine objektivierbaren Gründe bestünden, manifestieren würde. Angesichts der erheblichen Inkonsistenzen als auch der geringen Therapieaktivität seien auch die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung nicht erfüllt. Die Kriterien einer depressiven Störung seien mindestens gegenwärtig ebenfalls nicht erfüllt. Die angegebene Insomnie und das Restless-legs-Syndrom seien gut behandelt. Insgesamt sei nicht ersichtlich, weshalb die persönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers, welche zuvor eine erfolgreiche Migration in ein für ihn fremdes Land mit Spracherwerb, mit beruflicher Integration sowie die Gründung und Ernährung einer Familie ermöglicht hätten, nicht auch für die berufliche Partizipation weiter verfügbar sein sollten (Urk. 5/89/25). Der psychiatrische Gutachter ging von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sowohl in angestammter als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit aus (Urk. 5/89/26). 3.3

Befundmässig hielt der neurologische Gutachter fest, dass die Untersuchung wegen teilweise fehlender Mitarbeit und aggraviorischer Tendenzen schwierig durchzuführen gewesen sei. Beispielsweise habe der Beschwerdeführer angegeben, an den Extremitäten so gut wie gar nichts zu spüren, unter den Füßen sei allerdings volle Sensibilität vorhanden gewesen (Urk. 5/89/41). Beim Finger-Nase-Versuch habe der Beschwerdeführer demonstrativ abgebremst und nach der Nase gesucht. Der Knie-Hacke n -Versuch sei nur unzureichend durchgeführt worden, da der Beschwerdeführer wegen starken Schmerzen die Ferse nicht zum Knie habe bewegen können. Demgegenüber sei der Beinhalteversuch problemlos möglich gewesen, wie auch das Anziehen der Socken nach der Untersuchung. Hierzu habe der Beschwerdeführer seine Füße auf einen Stuhl gestellt und problemlos die Socken anziehen können. Beim Blindgang und beim Unterberg schen Tretversuch habe der Beschwerdeführer ein demonstratives Einknicken gezeigt, jedoch auf Anstossen einen festen Stand präsentiert. In dieses Bild reihe sich der Rey-Test mit zwei Durchgängen ein: In keinem der Durchgänge habe sich der Beschwerdeführer an irgendetwas erinnern können. Der Test sowie das Verhalten bei der Untersuchung sprächen für eine suboptimale Leistungsbereitschaft mit Aggravationstendenzen. Während der gesamten

Untersuchungsdauer sei der Beschwerdeführer im klinischen Eindruck vollumfänglich orientiert gewesen und es hätten keine Hinweise für Müdigkeit, raschere Ermüdbarkeit, keine Fluktuationen der Vigilanz, keine Interferenzanfälligkeit beobachtet werden können. Die Aufmerksamkeit und Konzentration hätten

in klinischer Hinsicht der nach dem biographischen Hintergrund zu erwartenden Kapazität entsprochen. Auch hätten sich im Rahmen der Exploration und Untersuchung keine Hinweise für konsistente Gedächtnisstörungen, Aphasie, Apraxie oder Agnosie ergeben (Urk. 5/89/42).

In der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung hielt der Gutachter fest, aus neurologischer Sicht seien die deutlich aggravatorischen Tendenzen bei der Untersuchung auffällig gewesen. Der objektiv erhebliche neurologische Status sei beim Beschwerdeführer völlig unauffällig. Das Restless - Legs -Syndrom werde offenbar ausserordentlich erfolgreich behandelt. Bei der Untersuchung hätten weder extrapyramidale Symptome, noch eine Bewegungsunruhe festgestellt werden können. Diese Erkrankung habe keinen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit. Ansonsten sei der periphere Status beim Beschwerdeführer völlig regelrecht gewesen und es hätten sich weder zentralneurologisch noch peripherneurologisch pathologische Symptome gezeigt (Urk. 5/89/43). Aus neurologischer Sicht bestehe keine Funktionseinschränkung oder Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 5/89/44). 3.4

Aus dem neuropsychologischen Teilgutachten geht sodann hervor, dass keine validen Resultate hätten erhoben werden können. Die erhaltenen Testwerte mit vorwiegend schwerst defizitären Leistungen in allen überprüfbaren Bereichen (Aufmerksamkeit, Neugedächtnis, Sprache und Visuokonstruktion) seien ungenügend. Daher sei keine vollständige Testung durchgeführt worden. In einem Perforanzvalidierungstest seien höchstgradig auffällige Ergebnisse mit Antworten unter dem Zufallsbereich erzielt worden. Solche Leistungen würden vorliegen, wenn der Proband die tatsächliche Antwort kenne und bewusst die falsche Antwort gebe. Solche Ergebnisse kämen auch nicht zustande, wenn der Proband unkonzentriert oder müde sei, dann wären die Ergebnisse im Zufallsbereich. Ferner würden solche Resultate nicht einmal in Fällen von schwer Hirnverletzten, mittelgradig dementen Personen, geistig Behinderten oder fünfjährigen Kindern mit ADHS vorkommen. Auch seien die Leistungen in den entsprechenden Verfahren erheblich schlechter als sie bei Patienten mit chronischen Schmerzen auftreten würden. Weiter hätten sich folgende ausgeprägte Inkonsistenzen gezeigt: Im Gespräch oder bei einfachen Alltagshandlungen habe sich keine Verlangsamung präsentiert, während in den Tests dagegen eine schwere Verlangsamung gezeigt worden sei. Der Beschwerdeführer habe sodann differenziert Auskunft geben können, sei orientiert gewesen und habe am Vortag mit dem eigenen Auto zur Cousine anreisen können. Anlässlich der Untersuchung hätten sich allerdings schwere Gedächtnisdefizite gezeigt. Dem Anamnesegespräch habe er ohne Schwierigkeiten folgen können, bei der Durchführung der Tests habe sich allerdings eine schwerst defizitäre Merkspanne präsentiert. Insgesamt würden sich Resultate zeigen, die von schweren oder gar schwersten Beeinträchtigungen zeugen würden (wären diese valide), was im offensichtlichen Widerspruch zur klinischen Beobachtung und den bisherigen Diagnosen stehe. Nach dem Entscheidungsalgorithmus von Slick, Sherman und Iverson (1999) sei auf eine wahrscheinliche Aggravation oder gar Simulation zu schliessen.

Klinisch hätten sich nur geringe Auffälligkeiten gezeigt: Der Beschwerdeführer habe bereits einfache Aufgaben verlangsamt bis ausserordentlich langsam bearbeitet. Seine Lösungen respektive Leistungen habe er nicht spontan nachkontrolliert und eine Aufgabe habe er vorzeitig abgebrochen. Der Beschwerdeführer habe sodann einmal beim Bericht über seine Freudlosigkeit geweint und auf die Frage nach Schmerzen seinen Bauch gerieben und über Magenschmerzen geklagt (Urk. 5/89/50). Die Orientierung, die Kontaktaufnahme, die Spontansprache, die Kommunikation, die Sprechgeschwindigkeit und das Instruktionsverständnis (in der Muttersprache) seien unauffällig. Der Beschwerdeführer habe von Beginn an sehr ausführlich Auskunft gegeben und sei stets freundlich zugewandt gewesen. Die Aufmerksamkeit in der Eins-zu-eins-Situation sei stabil geblieben, er habe sich nicht ablenken lassen und innerhalb der gut drei Stunden hätten sich keine Anzeichen auf eine verminderte zeitliche Belastbarkeit ergeben. Die Initiierung und Aufrechterhaltung von Handlungen in der gut strukturierten Untersuchungssituation sei unauffällig gewesen und das Vorgehen habe sich strukturiert präsentiert. Im Gespräch habe der Beschwerdeführer affektiv mitgeschwungen und seine Mimik und Gestik sei unauffällig gewesen. In ätiologischer Hinsicht hielt die Gutachterin fest, die negativen bewussten Antwortverzerrungen seien belegbar, so dass kein gültiges Testprofil erhalten werden können und das tatsächliche Leistungsniveau und –profil letztlich unklar geblieben seien. Es sei nicht auszuschliessen, dass in Anbetracht der früher diagnostizierten psychischen Störungen kognitive Defizite im Sinne von Residuen bestehen könnten. Doch auch wenn tatsächlich echte kognitive Einschränkungen bestünden, würden sie weder die Auffälligkeiten im Performanzvalidierungsverfahren noch die Diskrepanzen erklären (Urk. 5/89/51). Eine differenzierte Einschätzung der Leistungsfähigkeit sei aufgrund der invaliden Ergebnisse mit der bewussten Schlechterstellung der eigenen Leistungsfähigkeit nicht möglich (Urk. 5/89/52).

3.5

Der Beschwerdeführer wurde sodann auch mittels Funktionsorientierter Medizinischer Abklärung (FOMA) begutachtet, welche unter anderem eine Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) beinhaltet (Urk. 5/89/53). Der Gutachter hielt unter anderem fest, dass aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht insgesamt ein Beschwerdebild im Bereich beider Knie bestehe. Es könne von einer symptomatischen Arthrose gesprochen werden, eine Aktivierung bestehe aktuell nicht. Weiter bestehe eine leichte Einschränkung im Bereich der linken Schulter, wobei der Schweregrad als gering einzuschätzen sei. Diese habe seit 15 Jahren nicht mehr zu Behandlungen und auch nicht zu weiteren Abklärungen geführt. Im Bereich der Lendenwirbelsäule würden keine objektiven Befunde bestehen. Die Prognose erscheine grundsätzlich günstig und dürfte hauptsächlich verhaltensabhängig sein. Der Beschwerdeführer habe die eigene Leistungsfähigkeit aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar tief eingeschätzt. Das Scheitern des Arbeitstrainings erscheine aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht ebenfalls nicht nachvollziehbar, was mit der Einschätzung des damals behandelnden Rheumatologen übereinstimmen würde (Urk. 5/89/55).

Das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe in einem ausgeprägten Schmerz- und Schonverhalten des Beschwerdeführers. Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers sei nicht zuverlässig und die Beobachtungen bei den Tests würden auf eine deutliche Selbstlimitierung hinweisen. Infolge beobachteter erheblicher Symptomausweitung seien

die Resultate der Belastbarkeitstests für die Beurteilung nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei gutem Effort mehr leisten könnte (Urk. 5/89/55). Der Gutachter bescheinigte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft und Hauswart. Es seien nachvollziehbar Schwierigkeiten beim Gehen geradeaus, insbesondere bergab sowie Treppensteigen zu berücksichtigen, weshalb die angestammte Tätigkeit aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht ganztags mit zusätzlich zwei Stunden Pausen auszuüben sei. Eine leidensangepasste Tätigkeit wäre unter Beachtung des Belastungsprofils aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht ganztags zumutbar. Es handle sich dabei um eine höchstens mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit mit höheren Anteilen im Sitzen, Vermeidung von hoch repetitiven Tätigkeiten mit den oberen Extremitäten mit gleichzeitigem Kraftaufwand und Vermeidung von wiederholtem Hantieren von mehr als 10 kg über Schulterhöhe mit dem linken Arm. Bei nicht überwiegend sitzenden Tätigkeiten sei auf ein gutes Schuhwerk zu achten (Urk. 5/89/57).

3.6

Aus dem allgemein-internistischen Gutachten geht hervor, dass keine Befunde beziehungsweise Diagnosen mit versicherungsmedizinischer Relevanz für die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden (Urk. 5/89/38). Der Gutachter ging von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angestammter und leidensangepasster Tätigkeit aus (Urk. 5/89/39).

3.7

Zusammenfassend hielten die MEDAS Gutachter dafür, Einschränkungen aus internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht lägen nicht vor. Allerdings könne aus rheumatologischer Sicht eine allenfalls leichte Einschränkung plausibilisiert werden, indem Schwierigkeiten beim Gehen geradeaus, jedoch insbesondere bergab sowie beim Treppensteigen einen zusätzlichen Pausenbedarf von 2 Stunden bei einer ganztägigen Tätigkeit bedingten. Hieraus resultiere eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % in der angestammten Tätigkeit. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei zu 100 % zumutbar (Urk. 5/89/30).

4.4.1

Die Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach dem Gutachten der MEDAS mangels Vollständigkeit die Beweiswertigkeit abzuerkennen sei (E. 2.2), stossen allesamt ins Leere. Entgegen dessen unsubstantiierten Behauptung beruht das Gutachten auf umfassenden und sorgfältigen Abklärungen. Das Gutachten wurde unter Einbezug aller nötigen medizinischen Disziplinen (Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie, Neurologie, Neuropsychologie, EFL) erstellt. Dabei wurden die klinischen Befunde mittels neuropsychologischer Testungen ergänzt. Dass sich die Testergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung als nicht verwertbar erwiesen, hat der Beschwerdeführer alleine sich selber zuzuschreiben. Offenkundig hat er seine Leistungsfähigkeit bewusst schlechter gestellt, zeigten sich doch Leistungen, die selbst von schwer hirnerkrankten oder geistig behinderten Menschen übertroffen werden (E. 3.4). Es ist unverkennbar, dass diese Darstellung nicht den tatsächlichen Gegebenheiten entspricht. So waren in der psychiatrischen Untersuchung zum einen Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis des Beschwerdeführers intakt (E. 3.2) und zeigte der klinische Eindruck im Rahmen der neuropsychologischen Befunderhebung nur geringe Auffälligkeiten (E. 3.4). Zum anderen ist es dem Beschwerdeführer offenbar nach wie vor möglich, sein eigenes Auto zu lenken (E. 3.4; Urk. 5/116/4). Die Feststellung der Fachpersonen des Z.____, wonach Antriebslosigkeit und Motivationslosigkeit Tätigkeiten radikal verhinderten (Urk.

5/116/4), fügt sich in dieses Bild. Dass der Beschwerdeführer angesichts dieser Aktenlage der MEDAS unterstellt, dass sie mit der Erstellung des Gutachtens «- mindestens - zeitlich stark überfordert war», was sich in den unzähligen falschen Annahmen und damit einhergehend falschen Schlüssen zeige (Urk. 1 S. 4; vgl. auch Urk. 1 S. 12), entbehrt jeder Grundlage. Ebenso wenig vermag der Beschwerdeführer mit der Behauptung durchzudringen, die Gutachter hätten sich weder hinreichend mit den Akten noch mit seinem Gesundheitszustand auseinandergesetzt. So legte der psychiatrische Gutachter unter Bezugnahme auf die dokumentierten Belastungsfaktoren sowie unter Hinweis auf die Biographie des Beschwerdeführers dar, weshalb gegenwärtig - in Abweichung zu den bisherigen Einschätzungen - eine psychische Störung mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nicht festzustellen, eine vorübergehende Anpassungsstörung jedoch möglich gewesen sei (E. 3.2; Urk. 5/89/22 ff.). Dass der Gutachter angesichts der aktuell erhobenen Befunde und Untersuchungsergebnisse die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen und attestierten Leistungseinschränkungen nicht bestätigen konnte, ist ferner nicht zu beanstanden, zumal vorliegend auch psychosoziale Faktoren (Alter, niedriger beruflicher Bildungsstand) von Bedeutung sind (vgl. Urk. 5/89/31). Schliesslich ergibt sich aus dem MEDAS-Gutachten, dass die vom Beschwerdeführer beklagte Insomnie und das Restless - legs -Syndrom gut behandelt seien, womit ihnen kein Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zukomme (E. 3.2 und E. 3.3). Weiter ist es nicht zu beanstanden, dass nur diejenigen Medikamente Eingang ins Gutachten gefunden haben, derer der Beschwerdeführer aktuell bedarf (vgl. hierzu insbesondere Stellungnahme vom 18. Juli 2018, Urk. 5/118/2). Schliesslich wird im Gutachten auch aufgezeigt, wo sich Übereinstimmungen mit bisherigen medizinischen Einschätzung ergeben haben (E. 3.5).

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers liegen damit keine Anhaltspunkte vor, welche auf eine Unvollständigkeit des Gutachtens schliessen

liessen und haben sich die Gutachter ausreichend mit den Vorakten befasst. 4.2

Soweit der Beschwerdeführer unter Verweis auf das Belastbarkeitstraining und der EFL eine weitergehende als die gutachterlich attestierte Einschränkung seiner Leistungsfähigkeit von 25 % geltend macht, vermag er mit seinem Vorbringen nicht durchzudringen.

Nach der Rechtsprechung ist die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteile des Bundesgerichts 8C_334/2018 vom 8. Januar 2019 E. 4.2.1, 9C_396/2014 vom 15. April 2015 E. 5.4, je mit Hinweisen). Hingegen ist für die Evaluation von konkreten geeigneten Tätigkeiten die Verwaltung zuständig, die dazu allenfalls Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung beizuziehen hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_545/2012 vom 25. Januar 2013 E. 3.2.1, nicht publiziert in BGE 139 V 28; vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2).

Beim Schlussbericht über das Belastbarkeitstraining vom 1. Juli 2016 (Urk. 5/59) handelt es sich nicht um einen medizinischen Bericht oder gar ein Gutachten. Das Training hatte den Leistungsaufbau zum Ziel, was sich aber nicht erreichen liess : In den ersten vier Wochen mit einem Pensum von zwei Stunden an vier Tagen pro Woche habe der Beschwerdeführer krankheitsbedingt an vier Tagen gefehlt . In der fünften Woche sei das Pensum auf drei Stunden erhöht worden , wobei dies der Beschwerdeführer nur an einem Tag geleistet habe

. Medizinische Fakten hier für wurden im Schlussbericht nicht aufgeführt. Vielmehr wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer keine Initiative gezeigt habe und er jedes Mal von den Mitarbeiterinnen zu Tätigkeiten aufgefordert werden müssen (Urk. 5/59/4). Er habe sich auf die Angebote des Trainings kaum einlassen können und zur Steigerung des Pensums auf drei Stunden habe sich der Beschwerdeführer nicht in der Lage gefühlt (Urk. 5/59/5). Anhand des Schlussberichts lässt sich das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers daher nicht bestimmen. Im Gutachten der MEDAS wurde sodann festgehalten, dass die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers nicht zuverlässig war und die Beobachtungen bei den Tests auf eine deutliche Selbstlimitierung hinwiesen. Der Gutachter ging davon aus, dass der Beschwerdeführer bei gutem Effort mehr leisten könnte und bescheinigte dem Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch eine 25%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.5). Damit ist auch die Behauptung des Beschwerdeführers, wonach keine Bezifferung des Umfangs der Arbeitsfähigkeit vorgenommen worden sei, widerlegt. 4.3

Weiter macht er der Beschwerdeführer geltend, dass vorliegend auf die medizinische Einschätzung seiner langjährigen behandelnden Ärzte des Z.____ abzustellen sei, wonach ihm aufgrund seiner psychischen Leiden eine Arbeitstätigkeit nicht zumutbar sei.

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

Solche Aspekte sind vorliegend nicht zu erkennen.

Vielmehr haben die behandelnden Ärzte des Z.____ ihre von den Gutachtern abweichende Einschätzung dargelegt, ohne sich substantiiert mit dem Gutachten auseinanderzusetzen. Insbesondere zu den neuro-psychologischen Testresultaten haben sich die behandelnden Ärzte nicht geäußert, sondern lediglich darauf hingewiesen, dass diese Resultate nicht im Lichte der Depression diskutiert worden seien (vgl. Urk. 5/116/2), was sich man als relevantere psychiatrische Beeinträchtigung (E.3.2) selbstredend erübrigte. Ferner begründeten sie die vollständige Arbeitsunfähigkeit mit Antriebs- und Motivationslosigkeit (Urk. 5/116/4). Es drängt sich daher die Annahme auf, dass sich die behandelnden Ärzte des Z.____ in ihrer Einschätzung der funktionalen Leistungsfähigkeit massgeblich von den Schilderungen des Beschwerdeführers und nicht von objektiven Befunden leiten liessen.

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass sich den Berichten des Z.____ nicht entnehmen lässt, ob – wie im Rahmen der Begutachtung durch die MEDAS (Urk. 5/89/15 – ein unabhängiger Dolmetscher jeweils anwesend war. Die Berichte des Z.____ vermögen daher nicht ansatzweise Zweifel am Gutachten der MEDAS zu wecken. 4. 4

Die

nach Verfügungserlass erstatteten Berichte des Z.____ vom 12. April 2019 (Urk. 8), von Dr. med .

A.____ vom 6. September 2019 (Urk. 10/1) und des B.____ vom 15. Juli 2019 (Urk. 10/2) sind im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen, beurteilt das Sozialversicherungsgericht nach ständiger Rechtsprechung die Gesetzmässigkeit von Verfügungen doch in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Verfügungserlasses – mithin am 9. November 2018 – gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b). Im Übrigen lässt sich den Berichten hinsichtlich den aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht entscheidenden Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. hierzu BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis auf BGE 127 V 294) keine verlässliche Einschätzung entnehmen. Nach Lage der Akten wurde erneut eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert ohne sich substantiiert mit dem beweiskräftigen Gutachten der MEDAS auseinanderzusetzen, sodann vermag eine Verdachtsdiagnose iv-rechtlich relevante Leistungseinschränkung nicht zu begründen. 4.5

An der gutachterlichen Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zu 75 % beziehungsweise in einer angepassten zu 100 % arbeitsfähig ist, vermögen die Einwände des Beschwerdeführers somit nichts zu ändern. Auch der RAD-Arzt erachtete das Gutachten in seinen Schlussfolgerungen als nachvollziehbar und plausibel (Urk. 5/92/7 und 5/126/7). Die MEDAS Gutachter setzten sich zudem hinreichend mit den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 auseinander und begründete unter ausdrücklicher Bezugnahme auf die einschlägigen Indikatoren nachvollziehbar, weshalb keine Leistungseinschränkung in psychiatrischer Hinsicht vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_157/2019 vom 28. Oktober 2019, E. 5.1.) . Damit steht aufgrund der überzeugenden Feststellungen im interdisziplinären MEDAS Gutachten vom 7. November 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass dem Beschwerdeführer

seine angestammte Tätigkeit zu 75 % beziehungsweise eine angepasste zu 100 % (vgl. E. 3. 7) zumutbar ist. Bei dieser Sachlage ist von einer - wie beantragt (Urk. 1 S. 18) - erneuten Begutachtung abzusehen. 5.

5.1

Zu prüfen bleibt anhand der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs, wie sich die gesundheitliche Beeinträchtigung in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 5.1.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener

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

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1). 5.1.2

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

Der Beschwerdeführer verlor seine bisherige Arbeitsstelle aus gesundheitlichen Gründen (vgl. E. 3.2, Urk. 5/26/4), weshalb am zuletzt dort erzielten Verdienst anzuknüpfen ist. Gemäss den Angaben des Arbeitgebers (Urk. 5/26/3) hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2015 ein Jahreseinkommen von Fr. 5'46'00.-- (Fr. 4'200.-- x 1.3) erzielt. 5.3

Da der Beschwerdeführer in keinem Arbeitsverhältnis mehr steht, ist mit Blick auf die ihm offenstehenden Einsatzmöglichkeiten (E. 3.7) das Invalideneinkommen 2015

ausgehend vom Tabellenlohn gemäss der LSE 2014, Tabelle TA1, alle Wirtschaftszweige («Total»), Kompetenzniveau 1 zu ermitteln (E. 5.1.2). Dies führt unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41.7 Stunden (vgl. Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Tabelle T 03.02, Abteilung alle Wirtschaftszweige «Total»), sowie unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bei Männern bis ins Jahr 2015 (vgl. Bundesamt für Statistik, T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2018; 2014: 2220, 2015: 2226) bei einem Pensum von 100% in angepasster Tätigkeit zu einem Invalideneinkommen von Fr. 66'633.-- (Fr. 5'312.-- x 12 : 40 x 41.7 : 2220 x 2226) und damit zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad. Ebenso resultierte bei einer Arbeitsfähigkeit von 75% in bisheriger Tätigkeit (Unterhaltsreinigung) ein

rentenausschliessender Invaliditätsgrad, wäre doch für das Validen- als auch für das Invalideneinkommen von demselben Tabellenlohn auszugehen, während Anhaltspunkte für einen leidensbedingten Abzug fehlen (Invaliditätsgrad: 25 %).

5.4

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur . Manfred Küng - 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

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