

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00427 vom 2. Juni 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00427](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00427)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00427 du 2 juin 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00427 del 2 giugno 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1972, war seit dem Jahre 1995 als Elektroniker tätig (Urk. 6/2 Ziff. 5.4), als er sich am 14. April 2014 unter Hinweis auf starke Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich sowie starke Kopfschmerzen erstmals bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 6/2 Ziff. 6.2). Mit Mitteilung vom 9. Oktober 2014 schloss die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle,

den Arbeitsplatzverlust erfolgreich ab (Urk. 6/19) und verneinte mit Verfügung vom 1. Dezember 2014 einen Rentenanspruch (Urk. 6/23).

Am 30. Juli 2016 meldete sich der Versicherte wegen totaler körperlicher Erschöpfung erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 6/25). Die IV-Stelle klärte in der Folge die medizinische (Urk. 6/40-41, Urk. 6/45) und erwerbliche Situation (Urk. 6/32, Urk. 6/34) ab und zog die Akten des Krankentagegeldversicherers bei (Urk. 6/33, Urk. 6/54). Mit Schreiben vom 11. Januar 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, aufgrund des Gesundheitszustandes seien derzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen angezeigt, es werde der weitere Verlauf abgewartet (Urk. 6/46). Nach Eingang aktueller medizinischer Berichte (Urk. 6/59-60, Urk. 6/64-65) schloss die IV-Stelle die beruflichen Eingliederungsmassnahmen am 16. April 2018 ab (Urk. 6/62) und holte bei der Medas

Y.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, welches am 21. Januar 2019 erstattet wurde (Urk. 6/87). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/90-91, Urk. 6/94) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 16. Mai 2019 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 6/96 = 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 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**

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).

### **E. 1.4**

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

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

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

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

### **E. 1.5**

Mit BGE 145 V 215 liess das Bundesgericht die bisherige Rechtsprechung fallen, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome beziehungsweise Substanzkonsumstörungen zum vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschäden darstellen können, und ihre funktionellen Auswirkungen des halb keiner näheren Abklärung bedürfen. Fortan ist - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen - nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt. Diese Praxisänderung ist – wie die Praxisänderung betreffend psychische Gesundheitsschäden im Allgemeinen (E. 1.4) – auf alle noch nicht erledigten Fälle anzuwenden.

### **E. 1.6**

; vgl. auch Bericht vom 18. April 2016, Urk. 6/33/ 1 -13 , und Bericht vom 28. Oktober 2016, Urk. 6/54/7-8) . 3. 3

Dr. med. B.\_\_\_\_ , praktische Ärztin, nannte in ihrem Bericht vom 8. November

2016 folgende Diagnosen (Urk. 6/45 Ziff. 1.1): - schweres Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0) - bei psychosozialer Belastungssituation durch Krebserkrankung der Ehefrau (ICD-10 Z63.8) - Tod der Mutter durch Krebs als der Beschwerdeführer 17 Jahre alt gewesen war, vorher lange Krankheit (zwei Jahre; ICD-10 Z61.0) - schwere Schmerzzustände (Nacken) ohne Korrelat, aufgetreten erstmals nach erster Krebserkrankung der Ehefrau vor zehn Jahren

Der Beschwerdeführer sei nach zwei Stunden Arbeit so erschöpft, dass er sich hinlegen müsse. Er wirke im Gespräch ruhig, kohärent, mit klarem Gedankengang, gedrückt in Körperhaltung und Ausdruck. Phasenweise leide er unter Schlafstörungen, er sei aber auch bei genügend Schlaf schon bei kurzer Tätigkeit erschöpft. Eine Prognose sei noch nicht voraussehbar (Ziff. 1.4). Gegenwärtig besuche er wöchentlich eine Psychotherapiesitzung und nehme Psychopharmaka ein. Er sei zwar nicht depressiv, aber durch die Erschöpfung und Schmerzzustände seit dem 19. September 2016 vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.5 und 1.6). Der Beschwerdeführer arbeite sehr gerne in seinem Beruf und könne diesen in Zukunft auch wieder ausüben (Ziff. 1.7). Der Zeitpunkt sei jedoch noch nicht klar (Ziff. 1.9, vgl. auch Bericht vom 3. November 2016, Urk. 6/54/5-6). 3. 4

In seinem Bericht vom 14. März 2018 (Urk. 6/59) diagnostizierte der aktuelle Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, bei im Übrigen unveränderten Diagnosen zusätzlich ein Chronic -fatigue-Syndrom (Ziff. 1.1) und führte aus, der Beschwerdeführer arbeite als Elektroniker und wolle dies auch. Aufgrund des Chronic -fatigue-Syndroms sei er jedoch sehr rasch, in ert Minuten, erschöpft. Eine kontinuierliche Belastung sei aktuell nicht möglich (Ziff. 2.1). Nach aktuellem Kenntnisstand sei die Prognose mässig bis schlecht. Abzuwarten bleibe die Beurteilung durch das Zentrum D.\_\_\_\_ (Ziff. 3.3). Die Motivation des Beschwerdeführers sei sehr hoch (Ziff. 4.3). 3. 5

Am 23. März 2018 diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_ neu eine somatoforme Schmerzstörung und hielt fest, die Diagnoseänderung erfolge aufgrund der Erfahrungen der letzten Jahre. Es liege keine Depression und keine sonstige affektive Störung vor und trotzdem habe der Beschwerdeführer eine schwere Pathologie betreffend Erschöpfbarkeit entwickelt. Diese sei glaubwürdig (Urk. 6/60 S. 3 unten). Seit Dezember 2017 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Immer noch sei der Beschwerdeführer nach beispielsweise zwei Stunden unterwegs sein einen Tag total erschöpft. Er könne dann nicht einmal das Haus

verlassen und habe im ganzen Muskelapparat Schmerzen (Ziff. 1.3). Im Verlauf könne eventuell ein langsamer Aufbau mit 10 % versucht werden (Ziff. 2.2). Die Prognose sei un günstig. Ein sehr langsamer Aufbau mit 10 % sei schon im Jahre 2016 möglich gewesen, im Jahre 2017 habe ein Pensum von über 80 % jedoch zu einem schweren Rückfall in die Erschöpfung geführt (Ziff. 3.4). Derzeit betrage die Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung maximal eine Stunde pro Tag (Ziff. 4.2). Es bestünden keine Faktoren, welche die Krankheit aufrechterhalten würden, der Beschwerdeführer verfüge über ein günstiges soziales Netz. Die Krebserkrankung der Ehefrau habe auf den psychiatrischen Gesundheitszustand keinen Einfluss (Ziff. 4.4). 3. 6

In seinem Bericht vom 15. Juni 2018 (Urk. 6/64) führte Dr. C.\_\_\_\_

bei unveränderten Diagnosen (Ziff. 2.5) aus, vom 11. Dezember 2017 bis 25. Juni 2018 sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 26. Juni 2018 bestehe nun eine Arbeitsfähigkeit von 10 %. Dies gelte für jegliche Arbeiten und Tätigkeiten (Ziff. 1.3). Aktuell bestehe ein verbesserter Tag-Nacht-Rhythmus mit einer Verbesserung des Allgemeinzustandes. Von einem normalen Tag-Nacht-Rhythmus sei der Beschwerdeführer allerdings noch weit entfernt. Eine höhergradige Belastung sei nicht möglich (Ziff. 2.2). Aufgrund der bekannten Diagnosen sei der Allgemeinzustand unverändert eingeschränkt (Ziff. 2.4). Nach aktuellem Kenntnisstand sei die Prognose mässig bis schlecht (Ziff. 2.7). Die Arbeitsfähigkeit sei eingeschränkt aufgrund der extremen Erschöpfung mit Verstärkung bei geringster Belastung (Ziff. 3.4). Versuchsweise bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 10 %, dies entspreche einer Tätigkeit von vier Stunden pro Woche, aufgeteilt auf einen bis zwei Blöcke (Ziff. 4.1). 3. 7

Dr. B.\_\_\_\_ ging in ihrem Bericht vom 27. Juni 2018 (Urk. 6/65) von keiner Verbesserung seit dem letzten Bericht aus (Ziff. 2.1), der Beschwerdeführer leide nach wie vor an Erschöpfbarkeit und Muskelschmerzen (Ziff. 2.2). Die Arbeitsfähigkeit werde wie mit dem Hausarzt besprochen in 10%-Schritten in Tranchen à zwei Stunden aufgebaut (Ziff. 2.7). Aktuell seien viereinhalb Stunden pro Woche zumutbar (Ziff. 4.1). Bezüglich der Prognose bleibe abzuwarten, wie es gehe, heute sei der erste Arbeitstag, an welchem er nachmittags zwei Stunden arbeiten wolle (Ziff. 4.3). Der Beschwerdeführer sei immer glaubwürdig in seinem Bedürfnis, gerne wieder arbeiten zu gehen (Ziff. 5). 3.

### **E. 1.7**

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**

Der Versicherte erhob am 12. Juni 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. Mai 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine ganze Invalidenrente, auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 19. August 2019 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer am 1. Oktober 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Mit Schreiben vom 31. Oktober 2019 hielt er an seiner Beschwerde fest (Urk. 10), was der Beschwerdegegnerin am 8. November 2019 mitgeteilt

wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung eines Rentenanspruchs in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) damit, dass aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 20 % ausgewiesen sei. Gegen die Schmerzen seien unter anderem Actig, Temgesic und Transtec verschrieben worden, dabei handle es sich um drei verschiedene Opioid-Medikamente. Die medizinische Untersuchung habe gezeigt, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die Opioidabhängigkeit und die somatoforme Störung ausgelöst werde. Nach einem erfolgreichen Entzug und einer Therapie könne mit einer Heilung der Symptome gerechnet werden. Es sei somit keine Krankheit ausgewiesen, die sich langandauernd auf die Leistungsfähigkeit auswirke. Bei einer erneuten Anmeldung müsse der Beschwerdeführer den Nachweis für den Entzug von Opioiden erbringen (S. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1), es sei eine reine Mutmassung, dass ein Opioidentzug und eine Therapie eine vollständige Heilung der vielfältigen gesundheitlichen Einschränkungen, beispielsweise der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, bringe (S. 7 Rz 13.1). Die Beschwerdegegnerin habe Leistungen zu erbringen, wenn die Voraussetzungen erfüllt seien, und könne die Versicherten mittels Schadenminderungspflicht zu zumutbaren Therapien verpflichten. Schläge eine Therapie nicht an, habe sie weiterhin Leistungen zu erbringen, schlage eine Therapie an, habe sie die Möglichkeit, mittels einer Revision die Leistungen allenfalls zu reduzieren oder einzustellen (S. 7 Rz 13.3). Die Beschwerdegegnerin habe die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf die Opioidabhängigkeit und die somatoforme Schmerzstörung reduziert, was falsch sei. Es seien auch eine leichte depressive Episode, eine Neurasthenie sowie diverse körperliche Erkrankungen diagnostiziert worden. Auch eine somatoforme Schmerzstörung könne zudem eine langanhaltende psychiatrische Einschränkung sein, erst recht, wenn sie von den Gutachtern als anhaltend bezeichnet werde (S. 9 Rz 15.2). Die Beschwerdegegnerin vertrete die Ansicht, dass die Einschränkungen nach einem Entzug und einer Therapie als prognostisch reversibel einzuschätzen seien. Prognosen seien jedoch nicht zulässig, um Leistungen zu verweigern, denn eine ärztliche Prognose sage noch nichts über den tatsächlichen Krankheitsverlauf aus. Es erstaune zudem sehr, wenn in Krebserkrankungen der Ehefrau, welche drei und dreizehn Jahre zurückliegen würden, psychosoziale Belastungsfaktoren gesehen würden. Hätten Belastungen über einen derart langen Zeitraum Einfluss auf eine Person, handle es sich längst nicht mehr um blosse psychosoziale Belastungsfaktoren, sondern vielmehr um eine eigenständige Erkrankung (S. 9 f. Rz 15.4). Die Gutachter seien zum Schluss gekommen, dass die Arbeitsfähigkeit erst nach einem stationären Medikamentenentzug mit akzeptabler Sicherheit abschliessend beurteilt werden könne. Damit hätten sie jedoch nicht gesagt, dass die Arbeitsfähigkeit aktuell nicht beurteilt werden könne, so hätten sie denn auch eine 20%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Die Arbeitsfähigkeit müsse lediglich nach einem stationären Aufenthalt neu beurteilt werden, womit man wieder bei der Möglichkeit einer Revision sei.

Für die Gutachter sei es zudem lediglich denkbar, dass nach Opiatentzug und bei guter Schmerz- und Psychotherapie im Verlauf eine deutlich höhere Arbeitsfähigkeit erlangt werden könne (S. 10 f. Rz 15.4). Es entbehre damit jeglicher Grundlage, wenn die

Beschwerde gegnerin zum Schluss komme, dass invalidenversicherungsmedizinisch keine Erkrankung gegeben sei, welche die Arbeitsfähigkeit relevant einschränke (S. 11 Rz 15.5). Darüber hinaus könne dem Gutachten an diversen Stellen entnommen werden, dass er unter massiven gesundheitlichen Einschränkungen leide. Wie die Beschwerdegegnerin dabei voraussagen könne, dass nach einem erfolgreichen Entzug und einer Therapie mit einer Heilung der Symptome gerechnet werden könne, erscheine mehr als rätselhaft (S. 11 f.

Rz 16). Die Gutachter hätten eine 20%ige Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestiert, dies in Übereinstimmung mit den behandelnden Ärzten. Demzufolge resultiere ein Invaliditätsgrad von mindestens 80 %, weshalb er Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe (S. 12 f. Rz 18).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist demnach der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. 3. 3. 1

Nach einer Hospitalisation vom 28. Januar bis 1. Februar 2016 nannten die Ärzte der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital Z.\_\_\_\_, im Austrittsbericht vom 3. Februar 2016 folgende Diagnosen (Urk. 6/41 S. 1): - hypogonadotroper Hypogonadismus, am ehesten opiatbedingt - Hypocortisolismus, am ehesten nach wiederholten exogenen Steroidinjektionen - leichte subklinische Hypothyreose - statisch bedingtes zervikal und lumbal betontes Panvertebralsyndrom - episodische Migräne ohne Aura

Insgesamt werde dringend die Reduktion beziehungsweise das Sistieren der Opiatanalgetika empfohlen, ebenfalls sistiert werden sollte die Injektion von Cortisonäquivalenten (S. 2). Angaben zur Arbeitsfähigkeit machten die Ärzte nicht. 3. 2

Der frühere Hausarzt Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 30. September 2016 (Urk. 6/40) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - chronisches, rezidivierendes zervikal und lumbal betontes Panvertebralsyndrom mit muskulärer Dysbalance und Zeichen einer Dekonditionierung - degenerative Veränderungen in Form von Osteochondrose, Spondylose und Spondyl-Arthrose - episodische Migräne - hypogonadotroper Hypogonadismus - Verdacht auf Cortisolmangel - Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: latente Hypothyreose

Die Schmerzen bestünden seit zirka sechs Jahren, es hätten diverse Abklärungen und Therapien stattgefunden. Die Diagnosen würden aufgrund der Schmerzen, einer allgemeinen Schwäche, Muskelschmerzen, starkem Schwitzen, einer Gewichtszunahme und Dyspnoe zu den Arbeitsunfähigkeiten führen (Ziff. 2). Der Beschwerdeführer leide unter progredienter Schwäche und Müdigkeit. Seit Dezember 2015 bestünden progrediente Erschöpfungszustände und zunehmende Leistungseinbussen. Schon bei leichten Belastungen komme es zu Dyspnoe. Nach einfachen Alltagserledigungen fühle er sich überproportional geschwächt und müsse sich ausruhen. Er leide unter einer ausgeprägten Muskelschwäche, in der Vergangenheit sei es wiederholt zu akuten Migräneanfällen und Konsultationen auf den Notfallstationen gekommen (Ziff. 1.4). Ab dem 11. Januar 2016 hatte Dr. A.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer wiederkehrend einzelne Tage arbeitsunfähig geschrieben (Ziff.

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 6.2**

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer ). Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 16. Mai 2019 mit der Feststellung aufgehoben, dass der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2017 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

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

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

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

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

### **E. 8**

Am 30. sowie 31. Oktober 2018 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch die Ärzte des Zentrums Y. \_\_\_ internistisch, orthopädisch und

psychiatrisch begutachtet. In ihrem Gutachten vom 21. Januar 2019 (Urk. 6/ 87) nannten die Ärzte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 4.2): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Neurasthenie - leichte depressive Episode - Opioid- und Opiatabhängigkeit (vermutlich iatrogen verstärkend) - chronisch rezidivierendes zervikovertebrales und zervikospondylogenes Syndrom - Unkovertebralarthrose C3/4 rechts - muskuläre Dysbalance und Zeichen der Dekonditionierung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte so dann folgende (S. 6 Ziff. 4.2): - Status nach Verdacht auf Hypocortisolismus , am ehesten nach wiederholten exogenen Steroid-Injektionen, normale Werte ab Sommer 2016 - hypogonadotroper Hypogonadismus, am ehesten opiatbedingt, unter Testoviron -Substitution - Status nach subklinischer Hypothyreose - episodische Migräne ohne Aura - leichtgradige schlafassoziierte Atemstörung - Status nach Nephrolithiasis rechts 2011 mit spontanem Steinabgang - Status nach Eisenmangel bei Refluxösophagitis Februar 2018 - Knick-Senkfüsse beidseits

Der Beschwerdeführer arbeite seit dem Jahre 1995 bei der gleichen Firma als Elektroniker und später Baugruppenführer in der Entwicklungsarbeit. Gemäss den hausärztlichen Attesten habe ab dem 11. Januar 2016 mehrheitlich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 5). Seit dem 15. September 2018 arbeite er wieder zu 20 % bei der gleichen Firma (S. 6 oben). Die Kombination von hohen Dosen von Fentanyl und Buprenofin könne sich bezüglich Müdigkeit ungünstig auswirken, indem deren sedierende Wirkung potenziert werde. Zudem seien beide Medikamente möglicherweise verantwortlich für die zirkadiane Rhythmusstörung. Aus orthopädischer Sicht könne ausser der Schmerzsymptomatik keine wesentliche Einschränkung der Wirbelsäule, insbesondere der HWS, dokumentiert werden. Aus psychiatrischer Sicht würden sich die funktionellen Einschränkungen wesentlich in der Durchhaltefähigkeit zeigen, indem der Beschwerdeführer aufgrund des psychischen Leidens einen Leistungsabfall sowie nach zirka drei Stunden eine zunehmende Schmerzproblematik zeige. Dies führe dann auch zu Beeinträchtigungen im Bereich der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität, der Umstellfähigkeit sowie der Kognition, und damit zu einem Anstieg der Fehleranfälligkeit (S. 7 Ziff. 4.3). Als grosser Belastungsfaktor seien die Krebserkrankungen der Ehefrau in den Jahren 2006 und 2016 zu nennen, zusätzlich sei unklar, wie die finanzielle Situation in Zukunft aussehen werde. Ein weiterer Belastungsfaktor stelle für den Beschwerdeführer die geringe berufliche Tätigkeit von nur 20 % dar, die er gerne steigern würde (S. 8 Ziff. 4.5). Wesentliche Inkonsistenzen würden sich nicht finden (S. 8 Ziff. 4.6). Im aktuellen Zustand sei der Beschwerdeführer nur zu 20 % arbeitsfähig in der angestammten Tätigkeit, dies gelte ab dem 15. September 2018 (S. 8 Ziff. 4.7). Das Gleiche gelte für die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Aus orthopädischer Sicht würden sich in angepasster Tätigkeit zusätzliche Einschränkungen ergeben (S. 8 Ziff. 4.8). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei überwiegend psychiatrisch begründet, zudem werde eine wesentliche iatrogene Komponente durch die Schmerzmittelkombination und die dadurch entstandene Opiatabhängigkeit angenommen (S. 9 Ziff. 4.9). Es werde dringend zu einem stationären Medikamentenentzug geraten. Anlässlich dieser Hospitalisation könnte auch ein Synacthen - Test zum definitiven Ausschluss eines Hypocortisolismus durchgeführt werden. Es sei durchaus denkbar, dass nach Opiatentzug und bei guter Schmerz- und Psychotherapie im Verlauf eine deutlich höhere Arbeitsfähigkeit erlangt werden könne. Die

psychotherapeutische Begleitung solle weitergeführt werden, ebenso Physiotherapie oder ein Heimtraining mit Selbstübungen, um die verspannte Muskulatur zu lockern. Nach Ausschluss einer dem Medikamentenüberkonsum geschuldeten Kopfwehkomponente sollte die Migränebehandlung optimiert werden. Erst nach einem derartigen Aufenthalt könne mit akzeptabler Sicherheit die Arbeitsfähigkeit abschliessend beurteilt werden (S. 9 Ziff. 4.10.1). 3.9

Der RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt am 29. Januar 2019 zum Y.\_\_\_\_-Gutachten fest, aufgrund der psychiatrischen Befunde sei momentan eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 20 % Restarbeitsfähigkeit gegeben, wobei diese Einschränkung durch die Opioidabhängigkeit und die somatoforme Störung ausgelöst werde. Zudem würden psychosoziale Faktoren vorliegen, welche die Arbeitsfähigkeit modulierten (Urk. 6/88 S. 13 f.). Diese Einschränkungen seien aber nach einem Entzug sowie einer Therapie als prognostisch reversibel einzuschätzen. Es bleibe also nur die Einschränkung der orthopädischen Befunde. Diesbezüglich solle der Beschwerdeführer keine Lasten über 10 kg repetitiv tragen sowie keine repetitiven Überkopfarbeiten und keine rückenbelastenden Arbeiten ausführen. Die Arbeitsfähigkeit könne erst nach einem stationären Medikamentenentzug der Opioide mit akzeptabler Sicherheit festgestellt werden. Dabei könne gerade noch ein Synacthen-Test zum definitiven Ausschluss eines Hypocortismus durchgeführt werden. Dieser komme jedoch als wesentlicher Faktor für die ständig vorhandene Müdigkeit nicht in Frage. Falls die Kopfwehsymptomatik nach der Entzugsbehandlung weiterbestehen würde, wäre eventuell eine optimierte Migränebehandlung indiziert. Es sei durchaus denkbar, dass nach dem Entzug eine klar höhere Arbeitsfähigkeit gegeben wäre, daher sei invalidenversicherungsmedizinisch keine Einschränkung gegeben, welche die Arbeitsfähigkeit relevant einschränke. Nach dem Opioidentzug und adäquater Schmerztherapie sei von kaum noch bestehenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Bevor der Beschwerdeführer eine erneute Anmeldung mache, müsse er nachweislich von den Opioiden entzogen sein (Urk. 6/88 S. 14). 4.4.1

Sowohl der Beschwerdeführer als auch die Beschwerdegegnerin stützen sich für die Beurteilung der vorliegend strittigen Fragen auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. Januar 2019 (vgl. E. 2.1-2.2).

Was die Beweistauglichkeit des Gutachtens betrifft, erlaubt dieses eine eingehende Prüfung der Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 1.4-6 sowie Urk. 6/87 S. 7 ff., S. 28 f., S. 44 ff.). Die Beurteilung der Gutachter umfasst das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Die Gutachter sind bei der Beantwortung der Frage, wie sie das Leistungsvermögen einschätzten, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, sie haben ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und ihre versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sie sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt haben (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und

widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das Gutachten abzustellen ist. 4.2

Entsprechend dem Gutachten ging die Beschwerdegegnerin zutreffend grundsätzlich von einer seit dem 15. September 2018 wieder bestehenden 20%igen Arbeitsfähigkeit aus. Dennoch sprach sie dem Beschwerdeführer keine Rente zu mit der Begründung, die Einschränkungen seien durch die Opioidabhängigkeit und die somatoforme Schmerzstörung ausgelöst und nach einem Entzug sowie Therapie als prognostisch reversibel einzuschätzen. Es sei denkbar, dass nach dem Entzug eine klar höhere Arbeitsfähigkeit gegeben wäre (E. 2.1).

Zwar empfahlen die Gutachter durchaus dringend einen stationären Medikamentenentzug und hielten fest, nach einem Opiatentzug und bei guter Schmerz- und Psychotherapie sei im Verlauf eine deutlich höhere Arbeitsfähigkeit denkbar (E. 3.8). Die Beschwerdegegnerin verkennt jedoch, dass es sich dabei lediglich um prognostische Äusserungen handelt, gestützt auf welche eine Rente nicht grundsätzlich verweigert werden darf. Es ist zudem darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer die Opioide auf ärztliche Verordnung hin einnimmt (vgl. Urk. 6/87 S. 29 Ziff. 7.3), weshalb vor einem Opioidentzug abgeklärt werden muss, wie die medikamentöse Therapie entsprechend angepasst werden kann.

Die Gutachter wiesen weiter ausdrücklich darauf hin, dass die Arbeitsfähigkeit erst nach einem stationären Aufenthalt mit akzeptabler Sicherheit abschliessend beurteilt werden könne. Für den aktuellen Gesundheitszustand attestierten sie jedoch unmissverständlich eine lediglich 20%ige Arbeitsfähigkeit seit dem 15. September

2018, nachdem der Beschwerdeführer seit dem 11. Januar

2016 mehrheitlich vollständig arbeitsunfähig gewesen sei (E. 3.8). 4.3

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung besteht in der final konzipierten Invalidenversicherung keine Grundlage dafür, das Herbeiführen einer Suchterkrankung durch den willentlichen Konsum von Suchtmitteln zum Anlass zu nehmen, einen versicherten Gesundheitsschaden zum vornherein zu verneinen und mit der Begründung eines Selbstverschuldens der versicherten Person auf jegliche weitere Prüfung der funktionellen Einschränkungen zu verzichten. Nach Art. 21 Abs. 1 ATSG fällt die Verweigerung oder Kürzung von Leistungen nurmehr in Betracht, wenn der Versicherungsfall durch die versicherte Person vorsätzlich oder bei vorsätzlicher Ausübung eines Verbrechens oder Vergehens herbeigeführt oder verschlimmert wird. Zur Anwendung im sozialversicherungsrechtlichen Kontext kommt aber selbstredend auch bei Vorliegen eines Abhängigkeitsyndroms die Schadenminderungspflicht gemäss Art. 7 IVG, so dass von der versicherten Person etwa die aktive Teilnahme an zumutbaren medizinischen Behandlungen verlangt werden kann (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Kommt sie den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern erhält willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, ist nach Art. 7b Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 21 Abs. 4 ATSG eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich (BGE 145 V 251 E. 5.3.1 mit weiteren Hinweisen).

Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise darauf, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer vor Erlass des Vorbescheides vom 14. Februar

2019 im Rahmen der Schadenminderungspflicht zur Durchführung eines Medikamenten entzuges aufgefordert hätte. Dementsprechend durfte sie einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers nicht von vornherein verweigern. Dies umso weniger, als dem Beschwerdeführer die Opioide ärztlich verordnet wurden. 4.4

Gestützt auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten ist der medizinische Sachverhalt demnach als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer vom 11. Januar 2016 bis 14. September

2018 mehrheitlich vollständig arbeitsunfähig war und seit dem 15. September

2018 an seiner früheren Arbeitsstelle wieder in einem Pensum von 20 % arbeitsfähig ist (vgl. Urk. 6/87 S. 5 f., S. 8 Ziff. 4.7). 5. 5.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen der bestehenden Einschränkungen mittels Einkommensvergleich. Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Angesichts der Anmeldung vom 30. Juli 2016 (Urk. 6/25) besteht ein allfälliger Rentenanspruch damit frühestens ab dem 1. Januar 2017. Für die Vornahme des Einkommensvergleiches ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2017, abzustellen. 5.2

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2018 vom 24. Januar 2019 E. 4.3.2 mit Hinweis auf Urteil 8C\_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen). 5.3

Der Beschwerdeführer ist seit dem Jahre 1995 bei dem selben Arbeitgeber angestellt und arbeitet nach einer längeren Zeit der vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab dem 11. Januar 2016 seit dem 15. September 2018 wieder in einem Pensum von 20 % (vgl. Urk. 6/11

Ziff. 2.1, E. 3.8) . Dementsprechend kann auf einen Einkommensvergleich mittels Tabellenlöhnen verzichtet und ein Prozentvergleich durchgeführt werden. Da beim Beschwerdeführer ab dem 11. Januar 2016 eine vollständige beziehungsweise ab 15. September 2018 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit vorliegt, resultiert ein Invaliditätsgrad von 100 beziehungsweise 80 % und damit ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab Januar 2017 (vgl. vorstehend E. 5.1) . Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde.

Es bleibt der Beschwerdegegnerin unbenommen, dem Beschwerdeführer im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht die Durchführung des dringend empfohlenen Opioidentzuges

als Behandlungsmassnahme aufzuerlegen. Ob der Beschwerdeführer seiner Schadenminderungspflicht nachgekommen ist und ob die Behandlung erfolgreich war, wäre in diesem Fall durch die Beschwerdegegnerin zur gegebenen Zeit revisionsweise zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_309/2019 vom 7. November 2019 E 4.2.2). 6.

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