

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00543 vom 13. Februar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00543

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00543 du 13 février 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00543 del 13 febbraio 2014

Erwägungen

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 unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte 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

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 anzu geben, 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. 2.1

Verweist das Dispositiv eines Rückweisungsentscheides ausdrücklich auf die Erwägungen, werden diese zu dessen Bestandteil und haben, soweit sie zum Streitgegenstand gehören, an der formellen Rechtskraft teil. Dementsprechend sind die Motive, auf die das Dispositiv verweist, für die Behörde, an welche die Sache zurückgewiesen wird, verbindlich (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_743/2018 vom 27. Mai 2019 E. 1.2 und 9C_591/2008 vom 8. September 2008 E. 2.1 mit Hinweisen).

E. 2.2

Ziffer 1 des Dispositivs des Rückweisungsurteils des Bundesgerichts 8C_111/2019 vom 14. Juni 2019 (Urk. 1) verweist auf die Erwägungen. Diese haben folglich an der formellen Rechtskraft teil und sind für das Sozialversicherungsgericht verbindlich. In seinen Erwägungen befand das Bundesgericht, dass sich das hierige Gericht nicht mit der Frage des Invaliditätsgrades befasst habe, da es die Voraussetzungen der Wiedererwägung der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 13. Februar 2014 und das Vorliegen eines neuen Versicherungsfalles verneint habe. Daran könne nicht festgehalten werden, weshalb zu prüfen bleibe, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht von einem Invaliditätsgrad von unter 40 % ausgegangen sei. Sollte das Sozialversicherungsgericht zum Schluss gelangen, ein Rentenanspruch sei entstanden, so werde es auch darüber zu entscheiden haben, wann der Versicherungsfall Rente eingetreten sei und ob die versicherungsmässigen Voraussetzungen zu diesem Zeitpunkt erfüllt gewesen seien. Hierfür werde es die Sache allenfalls zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen haben. Ausserdem habe das kantonale Gericht neu darüber zu befinden, ob der Beschwerdegegnerin die Kosten des Privatgutachtens von Dr. Z.____ zu überbinden seien (E. 6). 3. 3.1

In Nachachtung des bundesgerichtlichen Rückweisungsurteils ist zu prüfen, ob ein rentenbegründender Invaliditätsgrad vorliegt. Im Zuge der Abklärung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers holte die Beschwerdegegnerin zunächst einen Bericht der integrierten Psychiatrie A.____ vom 27. November 2014 ein, welchem

folgende psychiatrische Diagnosen zu entnehmen sind (Urk. 2/7/40): - komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach Mehrfachtraumatisierungen sowohl in Kindheit als auch im Erwachsenenalter (ICD-10 F43.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Abhängigkeitssyndrom von Opiaten, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F10.22) - Abhängigkeitssyndrom von Sedativa und Hypnotika (ICD-10 F13.20) - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0).

Insgesamt habe sich seit Sommer 2013 eine weitere Zustandsverschlechterung ergeben. Nebst den depressiven Symptomen mit wiederholter Suizidalität habe auch die Verwahrlosung des Versicherten zugenommen. Gegenüber früheren Beurteilungen des Jahres 2013 müsse festgehalten werden, dass die Kriterien einer kombinierten Persönlichkeitsstörung erfüllt seien. Diese beeinträchtigt den Beschwerdeführer in seiner gesamten Lebensführung und sei durch paranoide, schizoide, emotional instabile sowie narzisstische Persönlichkeitsmerkmale gekennzeichnet. Die vermutete schizotypen Störung habe sich hingegen nicht bestätigen lassen. 3.2

Dem Bericht des Kantonsspitals B.____ vom 12. Mai 2015 sind im Wesentlichen folgende Diagnosen zu entnehmen (Urk. 2/7/55/1 f.): - smoldering

Myeloma

IgG

lambda (Erstdiagnose Juni 2013) - chronische Niereninsuffizienz, Stadium 2 - Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose 2011) - chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit referred pain - komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach Mehrfachtraumatisierung sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01) - Verdacht auf schizotypen Störung, differentialdiagnostisch kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - Abhängigkeitssyndrom von Sedativa und Hypnotika (ICD-10 F13.20), wahrscheinlich im Rahmen der posttraumatischen Belastungsstörung - pruriginöse Dermatose der Arme und Unterschenkel beidseits (Erstdiagnose 2014).

Zu allfälligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit äusserten sich die Ärzte des B.____ in ihrem Bericht nicht. Auch den diesem Bericht angehängten Berichten der Ärzte des B.____ über erfolgte bildgebende Untersuchungen und Schmerzabklärungen sind keine Darlegungen zu den Auswirkungen des diagnostizierten Leiden auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 2/7/55/4 ff.). 3.3

Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 9. Mai 2016 wurden nachstehende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt

(Urk. 2/7/74/29): - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach dreimaliger Rückenoperation: Status nach Mikrodiskektomie L4/5 (1993, New York), Status nach Mikrodiskektomie L3/4 (2003), Mikrochirurgische Teilhemilaminektomie L4/5 rechts mit Entfernung eines Bandscheibensequesters (November 2007) - psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) - leichtes kognitives Defizit bei sonstigen näher bezeichneten psychischen Störungen aufgrund einer Funktionsstörung des Gehirns beziehungsweise einer körperlichen Krankheit (Behandlung

mit Opioiden; ICD-10 F06.8).

Ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde demgegenüber bezüglich folgender Diagnosen verneint (Urk. 2/7/74/30): - akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - Abhängigkeitssyndrom von Opioiden, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Programm (ICD-10 F11.22) mit medikamentös bedingtem zentralem Schlaf-Apnoe-Syndrom - Alpträumstörung (ICD-10 F51.5) - monoklonale

Gammopathie (Typ IgG Lambda) ohne Hinweise für Polyneuropathie - Diabetes mellitus, rein diätetisch kontrolliert, ohne Hinweise für Polyneuropathie - latenter Diabetes mellitus II, aktuell normale Glucosewerte (keine Therapie erforderlich) - Myelom

IgG Typ Lambda ohne derzeitige Behandlungsnotwendigkeit - noch asymptomatischer (substitutionsbedürftiger) Vitamin B12-Mangel bei Typ C-Gastritis.

Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, äusserte sich in seinem Teilgutachten dahingehend, dass im Rahmen der Untersuchung keine Polyneuropathie habe festgestellt werden können. Sensomotorische Ausfälle hätten nicht bestanden. Trotz Degeneration der Lendenwirbelsäule seien beim Beschwerdeführer keine radikulären motorischen und sensiblen Ausfälle lumbaler Nervenwurzeln vorhanden. Die Angabe einer Rückenschmerzzunahme mit geringem Ansprechen auf Therapie korreliere mit der Zunahme der Degeneration. Eine erhebliche Neurokompression sei jedoch nicht feststellbar gewesen.

Trotz subjektiv ausserordentlich hoch skalierten Schmerzen behandle sich der Beschwerdeführer selbst durch Meditation und Ausruhen. Zur Einleitung akuter therapeutischer Massnahmen sei es dagegen nicht gekommen, was als Inkonsistenz zu werten sei. Die Angaben würden auch mit der normalen Tagesaktivität kontrastieren. In Bezug auf die abnorme Müdigkeit und Erschöpfung lägen keine Hinweise für eine neurologische Ursache vor. Überwiegend wahrscheinlich sei dies medikamentös bedingt. Die stark reduzierte Mimik und Psychomotorik seien im Rahmen der psychischen Befindlichkeitsstörung zu erklären. Insgesamt ergäben sich aufgrund der neurologischen Befunde keine Einschränkungen des positiven oder negativen Fähigkeitsprofils (Urk. 2/7/74/21 f., 2/7/74/24).

Im Zuge der Exploration durch Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe der Beschwerdeführer insbesondere über rasche Ermüdbarkeit, teilweise gedrückte Stimmung sowie einen schlechten Schlaf mit Alpträumen geklagt. Wegen der Schmerzen und Schlafstörungen nehme er seit vielen Jahren Opiate und Benzodiazepine ein. Im Weiteren fühle er sich unkonzentriert und teilweise gestresst (Urk. 2/7/74/34 f.). Gemäss Dr. D.____ hätten sich keine Hinweise auf Störungen der Orientierung oder des Ich-Bewusstseins ergeben. Die Aufmerksamkeit und Konzentration seien nicht relevant reduziert gewesen; stellenweise habe sich der Beschwerdeführer etwas ablenkbar gezeigt. Das Denken sei weder verlangsamt noch gehemmt gewesen. Teilweise sei etwas umständlich, weitschweifig und ausweichend berichtet worden. Psychomotorisch habe der Beschwerdeführer leicht unruhig gewirkt. Affektiv habe er sich durchaus adäquat verhalten und eine leichte Anspannung gezeigt. Die Stimmungslage sei indifferent gewesen, auch nachdenklich und besorgt, jedoch nicht niedergestimmt. Geringfügig reduziert sei die Schwingungsfähigkeit erschienen. Bei erhaltener Modulationsfähigkeit habe keine affektive Instabilität beobachtet werden können. In Bezug auf die Persönlichkeitsstruktur scheine möglicherweise in der Jugendzeit ein teilweise etwas impulsives, emotional instabiles und

auch domi nantes Verhalten bestanden zu haben. Gegenwärtig habe der Beschwerdeführer sein Verhalten jedoch adäquat steuern können, wobei nebst einer Verletzlichkeit auch narzisstische, histrionische und abhängige Tendenzen bestünden. Leichte Beeinträchtigungen seien schliesslich hinsichtlich Willensbildung und Realitätsorientierung erkennbar gewesen (Urk. 2/7/74/37). Unter Berücksichtigung der Anamnese, der Aktenlage sowie der Verhaltensbeobachtung könne von einer Persönlichkeitsakzentuierung ausgegangen werden. Ferner führe die allgemeine Unzufriedenheit mit seinem Schicksal, der somatischen Erkrankung, der gescheiterten Beziehung, dem beruflichen Misserfolg und dem daraus resultierenden Geldmangel zu einer Verbitterung. Zusammen mit den reaktiven Erscheinungen und der regelmässigen Einnahme von Methadon verstärke sich beim Beschwerdeführer die teilweise etwas unbeständige und launische Stimmung, die auch als eine relevante, dauerhaft bestehende affektive Störung fehlgedeutet werden könne. Im Rahmen der Opiatbehandlung komme es zusätzlich zu ungünstigen Effekten mit Einfluss auf die Stimmungslage und die subjektive kognitive Leistungsfähigkeit.

Unter Berücksichtigung der Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung sei aufgrund verlängerter Vor- und Nachbereitungszeiten sowie etwas erhöhtem Pausenbedarfs eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Sprachlehrer zu attestieren. In einer angepassten Tätigkeit sei die Leistungsfähigkeit um 10 % reduziert. Dies sei spätestens seit dem Zeitpunkt der Anmeldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung der Fall (Urk. 2/7/74/40, 2/7/74/44).

Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gelangte aus internistischer Sicht zum Schluss, dass weder der latent vorhandene Diabetes mellitus Typ 2 noch das derzeit nicht behandlungsbedürftige

Myelom eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit zur Folge hätten. Diese Beurteilung gelte abgesehen von Zeiten kurzer vorübergehender Arbeitsunfähigkeit auch retrospektiv (Urk. 2/7/74/49 f.).

Dem Teilgutachten von Dr. med. F.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ist zu entnehmen, dass die geklagten chronischen Rückenprobleme teilweise nachvollziehbar seien. Momentan seien keine radikulären Zeichen vorhanden. Radiologisch seien degenerative Veränderungen sowie eine osteodiskale

Foramenenge L3/4 beidseits rechts betont nachweisbar. Infolgedessen seien dem Beschwerdeführer namentlich Arbeiten mit monotonen Zwangshaltungen und ausschliesslichem Gehen, Stehen oder Sitzen nicht zumutbar. Gleiches gelte in Bezug auf das Heben und Tragen von Lasten von über fünf Kilogramm. Aufgrund einer verminderten Leistungsfähigkeit und eines erhöhten Pausenbedarfs sei aus orthopädischer Sicht sowohl für die angestammte Tätigkeit als Englischlehrer als auch für jede Verweistätigkeit seit dem Begutachtungszeitpunkt von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 2/7/74/57 f.).

Lic . phil. G.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie, gelangte in seiner Teilexpertise zur Auffassung, dass sich zwar Hinweise auf eine zeitweise reduzierte Leistungsbereitschaft ergeben hätten. Insgesamt seien die Testresultate trotzdem glaubhaft; der klinische Eindruck und die objektivierten Befunde seien ansonsten stimmig. Der Beschwerdeführer sei insgesamt etwas verlangsamt und weniger reaktiv. Er ermüde zudem geistig etwas

rascher. Er lerne etwas weniger gut und lasse sich relativ leicht durch widersprüchliche Informationen ablenken. Diese Einschränkungen seien im Alltag als Lehrer hinderlich, weshalb sich aus rein neuropsychologischer Sicht infolge verlängerter Vor- und Nachbearbeitungszeiten sowie etwas verlängerter Pausen eine Leistungsminderung von 20 % ergebe. Von einer 10%igen Einschränkung könne bei einem angepassten Arbeitsplatz (kleine Sprachklassen, keine «schwierigen» Schüler) ausgegangen werden (Urk. 2/7/74/65 f.).

Im interdisziplinären Konsens hielten die Gutachter fest, dass sich die Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Sprachlehrer auf integral 60 % belaufe. Bezüglich einer körperlich leichten (Gewichtslimite 5 kg) und wechselbelasteten Verweistätigkeit ohne Gehen auf unebenem Gelände und ohne häufiges Treppensteigen, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne hohe Anforderungen an konzentratives Arbeiten

bestehe bei voller zeitlicher Präsenz eine Leistungsfähigkeit von 70 %. Die gegenwärtig attestierte Arbeitsfähigkeit gelte seit dem Zeitpunkt des Gesuches um Zusprechung von Leistungen der Invalidenversicherung (20. Dezember 2012; Urk. 2/7/74/30 ff.). Diese Beurteilung bekräftigen die Gutachter mit ergänzender Stellungnahme vom 28. Februar 2017 (Urk. 2/7/85). 3.4

Dem von Dr. Z.____ verfassten psychiatrischen Privatgutachten vom 6. Juli 2017 lassen sich folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen (Urk. 2/3/5 S. 25): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - sonstige andauernde Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.8) - rezidivierende depressive Störung, chronifiziert, aktuell am ehesten mit teilschwerer depressiver Episode (ICD-10 F33.1) - Abhängigkeitssyndrom, aktuell substituiert (ICD-10 F11.22) - chronischer Schmerz mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10-GM F45.41).

Nicht beeinträchtigt sei die Arbeitsfähigkeit gemäss Dr. Z.____

durch einen Status nach schädlichem Alkohol- und Benzodiazepingebrauch (ICD-10 F10.1, F13.1).

Im Rahmen der Exploration sei der Beschwerdeführer bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Im Primärkontakt sei er freundlich, zugewandt und sich bemüht gewesen, die Fragen zu beantworten. Er schien Mühe zu haben, die Konzentration aufrechtzuerhalten. Auch das Benennen von Jahreszahlen sei ihm schwergefallen. Subjektiv habe er eine grosse Vergesslichkeit und rasch abfallende Konzentration angegeben. Die damit verbundene Anstrengung führe zu einer grossen Erschöpfung. Diese Selbsteinschätzung sei jedoch etwas von der objektiven Einschätzung abgewichen, da er es geschafft habe, über zwei Stunden gut im Kontakt zu bleiben. Der formale Gedankengang habe sich eher verlangsamt und schleppend dargestellt, wobei subjektiv ein sehr ermüdendes, permanentes Gedankenkreisen beklagt worden sei. Affektiv sei der Beschwerdeführer kaum spürbar gewesen bei emotional kaum herstellbarem Rapport. Über weite Strecken habe er emotional unbeteiligt und abgeflacht gewirkt mit vereinzelt impulsiven Durchbrüchen mit Gereiztheit und dem Gefühl, missverstanden zu werden. Die Stimmung sei zum depressiven Pol hin verschoben gewesen mit eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit. Lebensüberdrüssige Gedanken habe es immer wieder gegeben, aber keine Suizidversuche und aktuell auch keine Suizidgedanken. Er leide zudem unter permanenten Rücken- und Kopfschmerzen der Stärke 5 bis 6.5 auf einer Schmerz-Analogskala von 1 bis 10. Dadurch und aufgrund seit Jahren bis Jahrzehnten

bestehender Albträume mit Inhalten früherer traumatischer Erlebnisse träten auch Durchschlafstörungen auf. Flashbacks habe der Beschwerdeführer bezogen auf Traumatisierungen im Kindesalter, aber auch auf Kriegserlebnisse in Laos geschildert (Urk. 2/3/5 S. 22 f.).

Zusammengefasst sei es ab 2006 respektive 2007 sukzessive schleichend zur Ausbildung diverser Symptome im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen gekommen. Mit dem aktuell ausgeübten Pensum als Englischlehrer fühle sich der Beschwerdeführer am Limit seiner Belastbarkeit angelangt. Gesamthaft ergebe sich das Bild eines multimorbiden, psychiatrisch komorbid schwer erkrankten Mannes, bei dem es trotz zahlreicher Behandlungsversuche nicht gelungen sei, die Symptomatik in relevanter Weise zu verbessern und damit die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit zu steigern. Nach langjähriger Progredienz der Beschwerden hätten diese in den letzten Monaten gewissermaßen stagniert (Urk. 2/3/5 S. 29 f.). Das Störungsbild sei insgesamt wahrscheinlich zum heutigen Zeitpunkt eher weniger stark ausgeprägt, als es dies in den letzten fünf bis sieben Jahren oder zumindest seit Stellung des Antrags auf Leistungen der Invalidenversicherung der Fall gewesen sei. Aufgrund der Symptomatik und der konkreten Einschränkungen sei der Beschwerdeführer aktuell jedoch nicht in der Lage, seinen Beruf als Englischlehrer in einem höheren Pensum als den momentan zwei Mal 1.5 Stunden [pro Woche] nachzugehen. Davon sei mit Blick auf die früheren ärztlichen Beurteilungen auch retrospektiv ab dem Jahr 2010 auszugehen (Urk. 2/3/5 S. 32). 4.

In rein somatischer Hinsicht zogen beide Parteien das MEDAS-Gutachten nicht substantiiert in Zweifel (vgl. Urk. 2/1

S. 4, Urk. 2/2 S. 2). Die einzelnen Teilgutachten erfüllen die vom Bundesgericht statuierten Anforderungen an eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.4 vorstehend) und vermögen insbesondere im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. So leuchtet ein, dass aus neurologischer Sicht unter anderem bei Fehlen sensorischer Ausfälle und einer erheblichen Neurokompression im Bereich der Lendenwirbelsäule keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bescheinigt wurde (Urk. 2/7/74/21 f.). Abgestellt werden kann zudem auf die orthopädische Einschätzung, wonach die Arbeitsfähigkeit angesichts der progredienten degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule generell infolge erhöhten Pausenbedarfs und verminderter Leistungsfähigkeit zu 30 %

eingeschränkt ist (Urk. 2/7/74/57 f.). Aktuelle fachärztliche Berichte, welche eine abweichende Betrachtungsweise nahelegen, sind nicht vorhanden. 5. 5.1

Umstritten ist allerdings, ob die Arbeitsfähigkeit zusätzlich aus psychiatrisch-neuropsychologischen

Gründen beeinträchtigt ist. Die Beschwerdegegnerin vertritt die Auffassung, dass die in diesem Kontext von den MEDAS-Gutachtern attestierte Einschränkung nicht nachvollziehbar sei und diese ohnehin in der aus somatischer Sicht bescheinigten Arbeitsunfähigkeit aufgehen würde (Urk. 2/2 S. 2 f.). Auch der Beschwerdeführer argumentiert, dass die Beurteilung der MEDAS-Gutachter nicht zu überzeugen vermöge. Vielmehr sei in Anbetracht der Ausführungen von Dr. Z. ____

erstellt, dass weder in der bisherigen noch in einer adaptierten Tätigkeit eine massgebliche Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 2/1 S. 3 ff.). 5.2 5.2.1

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen).

Ein in Privatgutachten hingegen besitzt als Parteigutachten nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder Sozialversicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es gibt auch keinen Anspruch der versicherten Person, abschliessend nach einem Parteigutachten beurteilt zu werden, genauso wenig wie die rechtsanwendenden Behörden ein solches allein mit Blick auf diese Eigenschaft unbeachtet lassen dürfen. Bei der Beweiswürdigung ist sodann zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_200/2018 vom 7. August 2018 E. 6.2 f. mit Hinweisen). 5.3

Im Gegensatz zu Dr. D.____ gelangte Dr. Z.____ zur Auffassung, dass für die angestammte Tätigkeit als Sprachlehrer seit 2010 eine Arbeitsfähigkeit von höchstens zwei Mal 1.5 Stunden pro Woche bestehe. Zudem sei nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer anderen Tätigkeit eine relevante Arbeitsfähigkeit erreichen könne (Urk. 2/3/5 S. 32). Mit Blick auf den

Umstand, dass sich grundsätzlich keine schwerwiegenden Befunde objektivieren liessen, ist die Beurteilung kritisch zu hinterfragen. Laut Dr. Z.____ sei der Beschwerdeführer

bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Trotz berichteter Mühe, die Konzentration aufrechterhalten zu können, sei er in der Lage gewesen, über zwei Stunden gut im Kontakt zu bleiben. Der formale Gedankengang sei eher verlangsamt und schleppend gewesen. Bei kaum herstellbarem affektiven Rapport sei die Stimmung zum depressiven Pol hin verschoben gewesen, mit eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit. Dissoziative Zustände hätten nicht beobachtet werden können. Der Antrieb sei primär ungestört erschienen, mit weitestgehend geregelter, aber eher rudimentärem Tagesablauf. Beschrieben worden seien seit Jahren bis Jahrzehnten bestehende Alpträume, wodurch der auch infolge chronischer Schmerzen beeinträchtigte Schlaf gestört sei. Ferner seien Flashbacks bezogen auf Traumatisierungen im Kinderheim und Kriegserlebnisse in Laos vorhanden. Zwangsgedanken und -handlungen seien ebenso wie konkrete Suizidgedanken verneint worden. Der Appetit sei aktuell bei stabilem Gewicht als gut bezeichnet worden (Urk. 2/3/5 S. 22 f.).

Insgesamt sind keine erheblichen Differenzen zum von Dr. D.____ erhobenen psychopathologischen Befund erkennbar (vgl. Urk. 2/7/74/37). Die jeweils von den Gutachtern erstellten Fähigkeitsprofile (Urk. 2/3/5 S. 31 f., Urk. 2/7/74/44) unterscheiden sich ebenfalls nicht in grundlegender Weise. Soweit divergierende Einschätzungen vorliegen, wie etwa in Bezug auf die Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit sowie die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung, ist dies zur Hauptsache als andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts zu interpretieren. Konkrete Indizien für die Unzuverlässigkeit des MEDAS-Teilgutachtens oder eine tendenziöse Beurteilung von Dr.

D.____

lassen sich daraus nicht ableiten. Die deutlich abweichende Diagnosestellung von Dr.

Z.____

(Urk. 2/3/5 S. 25) ist sodann nicht ausschlaggebend, da nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend ist, sondern dessen konkreten Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.4 mit Hinweis; vgl. diesbezüglich die Standardindikatorenprüfung in nachfolgender E. 6). Davon abgesehen legte Dr. D.____ entgegen der Argumentation der Privatgutachterin und derjenigen des Beschwerdeführers überzeugend

dar, weshalb er weder von einer posttraumatischen Belastungsstörung noch von einer Persönlichkeitsstörung ausgeht. Er verwies dabei einerseits auf die gemäss ICD-10 geforderten Kriterien, welche er

bei gezielter Befragung mangels Schilderung einer Flashback-Symptomatik und ausgeprägter Verdrängungsmechanismen als nicht erfüllt erachtete (Urk. 2/7/74/35, 2/7/74/39). Andererseits merkte er an, dass für eine spezifische Persönlichkeitsstörung stärkere persönliche und soziale Beeinträchtigungen in der Vergangenheit hätten bestehen müssen (Urk. 2/7/74/43; vgl. in diesem Kontext den Lebenslauf und die unauffälligen Arbeitszeugnisse, Urk. 2/7/29). In der Tat hätte sich die Störung gemäss ICD-10-Kriterien bereits in der Kindheit und Jugend entwickeln und danach im Erwachsenenalter manifestieren müssen (Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, S. 277; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_882/2017 vom 9. Mai 2018 E. 3.3.2).

Zusammenfassend besteht auf der Grundlage des Privatgutachtens von Dr. Z.____ kein begründeter Anlass, das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS in Frage zu stellen. Diesem ist auch nicht aus formellen Gründen der Beweiswert abzuspochen, wie der Beschwerdeführer zu Unrecht vorbringt (Urk. 2/1 S. 4). Wie soeben ausgeführt, legte Dr. D.____

in schlüssiger Weise insbesondere dar, weshalb weder die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung noch einer posttraumatischen Belastungsstörung zu stellen ist. Es mag zutreffen, dass von gutachterlicher Seite mit ergänzender Stellungnahme vom 28. Februar 2017 (Urk. 2/7/85) nicht näher auf den Bericht der

A.____ vom 10. Oktober 2016 eingegangen wurde. In diesem wurde einerseits daran festgehalten, dass eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Andererseits wurde dem psychiatrischen Gutachter beigelegt, dass weder die Symptome einer schweren affektiven Störung noch das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung vorlägen. Ferner wurde bestätigt, dass eine eher leichte kognitive Leistungsminderung bestehe und dass es sinnvoll sei, die aktuelle Medikation nach Möglichkeit weiter anzupassen (Urk. 2/7/79). Dem Bericht sind insgesamt somit keine, nicht rein subjektiver Interpretation entspringenden Aspekte zu entnehmen, welche bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Unter weiterer Berücksichtigung der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten 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), vermag der Bericht der A.____ das psychiatrische Teilgutachten folglich nicht in Frage zu stellen. 6 . 6 .1

Für den Rechtsanwender ist eine medizinische Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nicht ohne Weiteres verbindlich. Es kann davon abgewichen werden, ohne dass ein Gutachten seinen Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3 mit Hinweis). Grundsätzlich soll für sämtliche psychischen Leiden ein indikatorengeleitetes Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 Anwendung finden (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3 und 143 V 418 E. 7.1), das Aufschluss über das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen geben soll (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). Dabei ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2). 6 .2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

Die Standardindikatoren erlauben unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; 141 V 547 E. 2). 6 .3 6 .3.1

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ist festzuhalten, dass durch Dr. D.____ keine schwergradigen

psychischen Beeinträchtigungen eruiert werden konnten. Laut fachärztlichem Befund ergaben sich keine Anhaltspunkte für Störungen der Orientierung oder des Bewusstseins. Bei stellenweise vorhandener Ablenkbarkeit erschienen auch die Aufmerksamkeit und die Konzentration nicht relevant reduziert (Urk. 2/7/74/37). Insgesamt leichte kognitive Einschränkungen liessen sich durch die neuropsychologische Zusatzuntersuchung objektivieren (Urk. 2/7/74/65). Aus psychiatrischer Sicht wurden des Weiteren leichte Beeinträchtigungen der Willensbildung sowie des Realitätsorientierungssinns und des Realitätsbezugs festgestellt. Psychomotorisch verhielt sich der Beschwerdeführer im Rahmen der Exploration leicht unruhig. Die Stimmungslage erschien indifferent, auch nachdenklich und besorgt, aber nicht niedergestimmt. Einen leicht reduzierten Eindruck hinterliess die emotionale Schwingungsfähigkeit. Eine affektive Instabilität konnte in der Untersuchungssituation nicht beobachtet werden (Urk. 2/7/74/37).

Die bestehende Symptomatik habe gemäss Dr. D.____ zur Folge, dass dem Beschwerdeführer eigenverantwortliche Entscheidungen zeitweilig schwerfallen. Zudem erscheine er in seiner Aktivität und Kreativität sowie der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit leicht reduziert (Urk. 2/7/74/40).

Entscheidend und zusätzlich zu prüfen ist rechtsprechungsgemäss allerdings, ob nach den übrigen Standardindikatoren auf einen funktionellen Schweregrad der psychischen Störung zu schliessen ist, der sich nach dessen konkreten Auswirkungen und insbesondere danach beurteilt, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen dadurch beeinträchtigt ist (BGE 143 V 418 E. 5.2.3). 6 .3.2

Mit Blick auf den Gesichtspunkt der «Therapieresistenz» ist zu berücksichtigen, dass aus psychiatrischer Sicht nicht alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Von gutachterlicher Seite wurde in diesem Zusammenhang angeraten, die gegenwärtige Methadonbehandlung auf längere Sicht durch eine andere Schmerztherapie zu ersetzen. Nebst einem Resilienz- und Stressbewältigungstraining wurde ausserdem ein Konzentrations- und Aufmerksamkeitstraining empfohlen (Urk. 2/7/74/ 31, 2/7/74/ 40).

Zum Eingliederungserfolg respektive zur Eingliederungsresistenz ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer

sein Arbeitspensum in der angestammten Tätigkeit als Sprachlehrer seit 2007 stetig bis auf 1.5 Unterrichtsstunden pro Woche reduziert hat (Urk. 2/7/9/2, 2/7/74/17).

Bei subjektiver Krankheits- und Behinderungsüberzeugung (vgl. Urk. 2/7/9/4, 2/7/74/17) hat er keine Anstrengungen unternommen, das Pensum wieder zu erhöhen oder sich in einer anderen leidensadaptierten Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt einzugliedern . Von einer Eingliederungsresistenz kann folglich nicht gesprochen werden. 6 .3.3

In Bezug auf den Indikator «Komorbiditäten» ist festzuhalten, dass diverse psychische und somatische Erkrankungen diagnostiziert wurden, welche sich gegenseitig in nachteiliger Weise beeinflussen. Aus gutachterlicher Sicht kommt es insbesondere im Rahmen der Opiatbehandlung mit Methadon zu ungünstigen Effekten mit Einfluss auf die Stimmungslage und die subjektive kognitive Leistungsfähigkeit (Urk. 2/7/74/40).

Ferner wurde mit Blick auf die schmerztherapeutische und psychopharmakologische Behandlung darauf aufmerksam gemacht, dass bei einer kombinierten Einnahme erhebliche Störwirkungen resultieren können, was Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit gut nachvollziehen lasse (Urk. 2/7/85/2). 6 .3.4

Was den Komplex «Persönlichkeit» anbelangt, gilt es zu beachten, dass von gut achterlicher Seite keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden konnte. In diesem Zusammenhang wurde in überzeugender Weise darauf hingewiesen, dass für eine spezifische Persönlichkeitsstörung bereits in der Vergangenheit stärkere persönliche und soziale Beeinträchtigungen hätten bestanden haben müssen, was in Anbetracht des beruflichen Werdegangs des Beschwerdeführers in den USA nicht ausgewiesen sei (Urk. 2/7/74/43). Als leicht ressourcenhemmender Faktor ist indes zu berücksichtigen, dass anlässlich der psychiatrischen Begutachtung nebst einer Verletzlichkeit auch narzisstische, histrionische

sowie abhängige Tendenzen eruiert werden konnten und insoweit auf akzentuierte Persönlichkeitszüge geschlossen wurde.

Gemäss Dr. D. ___ konnte der Beschwerdeführer sein Verhalten im Rahmen der Exploration trotzdem

adäquat steuern (Urk. 2/7/74/37) . 6 .3.5

Betreffend den sozialen Lebenskontext teilte der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung mit, dass er recht zufrieden sei in der Wohngemeinschaft, in welcher er lebe (Urk. 2/7/74/21). Ferner pflege er die Beziehung zu seiner Ex-Frau und einigen Freunden (Urk. 2/7/74/34 , 2/7/74/51 f.). Mit der stundenweisen Tätigkeit als Sprachlehrer geht des Weiteren ein Kontakt mit den Schülern einher. Insgesamt verfügt der Beschwerdeführer somit über ein intaktes Beziehungsnetz, was als stützende Ressource zu bewerten ist. Ein krankheitsbedingter sozialer Rückzug ist nicht erkennbar. Auch von gutachterlicher Seite wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer über gute soziale Kompetenzen verfüge. Auch wenn die Reflexion der eigenen Aussenwirkung gegenwärtig Mängel aufweise, erweise sich die Kontaktfähigkeit zu Dritten als gut, zumal der in einer Wohngemeinschaft wohnende Beschwerdeführer sich mit anderen Personen vertragen und sich anpassen müsse. Die Gruppenfähigkeit sei ebenfalls erhalten (Urk. 2/7/74/40). Ergänzend bleibt anzumerken, dass der Beschwerdeführer per 25. Mai 2017 aus der Wohngemeinschaft ausziehen musste, da ihm aufgrund von Eigenbedarf gekündigt worden war (Urk. 2/3/5 S. 21). Gewisse soziale Strukturen gingen ihm dadurch verloren, wobei

dafür jedoch nicht die psychische Erkrankung und damit allfällig verbundene Probleme in der sozialen Interaktion ursächlich waren. 6 .3.6

Im Kontext der beweisrechtlich entscheidenden Kategorie «Konsistenz» ist einerseits darauf hinzuweisen, dass im Rahmen der neuropsychologischen Teilbegutachtung Anhaltspunkte für eine zeitweise reduzierte Leistungsbereitschaft zu finden waren. So standen die Leistungen im verbalen Gedächtnistest im Widerspruch zur klinischen Beobachtung, der Selbsteinschätzung sowie der verbalen Merkspanne. Insgesamt wurden die Resultate aber als glaubwürdig eingestuft (Urk. 2/7/74/ 64). Dem psychiatrischen Gutachter fiel des Weiteren auf, dass die in Bezug auf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung relevanten Symptome im Rahmen der aktuellen Untersuchung abweichend geschildert worden seien, als dies gegenüber dem behandelnden Psychiater geschehen sei (Urk. 2/7/74/41).

Andererseits fällt ins Gewicht, dass keine signifikanten krankheitsbedingten Einschränkungen in allen vergleichbaren Lebensbereichen erkennbar sind. So ist der Beschwerdeführer in der Lage, seinen Haushalt selbständig zu erledigen, Einkäufe zu

tätigen, sich Mahlzeiten zuzubereiten und Reinigungsarbeiten auszuführen. Des Weiteren unternimmt

er morgens jeweils ausgiebige Spaziergänge, meditiert mittags und schaut nachmittags fern oder liest. Abends sieht er ebenfalls fern, gerne auch Videos aus seiner grossen Sammlung oder hört Musik (Urk. 2/7/74/17, 2/7/74/36 und 2/7/74/52). Sportliche Aktivitäten übt er aufgrund von Hüft- und Rückenbeschwerden zurzeit nicht aus. Er spielt aber Gitarre und Mundharmonika. Zudem beschäftigt er sich in der Freizeit mit Fahrradfahren und interessiert sich für Astronomie respektive Kosmologie (Urk. 2/7/74/34, 2/7/74/45).

Der Beschwerdeführer verfügt somit im Wesentlichen über einen strukturierten Tagesablauf und ist in der Lage, vielfältigen Aktivitäten und Interessen nachzugehen. Diskrepant dazu erscheint bei diesen Gegebenheiten seine Selbsteinschätzung, aufgrund seiner gesundheitlichen Leiden nicht mehr arbeitsfähig zu sein (Urk. 2/7/74/17, 2/7/74/36).

Ein Leidensdruck ist insofern ausgewiesen, als der Beschwerdeführer über mehrere Jahre eine psychiatrische Behandlung in Anspruch nahm. Zum Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung suchte er zu diesem Zweck alle zwei Wochen die

A.____ auf (Urk. 2/7/40, 2/7/74/35). Nachweislich nahm er auch die ihm verordneten Psychopharmaka ein, was die von den Gutachtern veranlasste Laboruntersuchung ergab (Urk. 2/7/74/36). In die Würdigung einzubeziehen ist allerdings auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer offenbar kurze Zeit nach der Begutachtung diverse Medikamente wie unter anderem die Antidepressiva absetzte und die psychiatrische Behandlung nicht fortführte. Selbst wenn diese Massnahmen aus subjektiver Sicht keine befriedigende Wirkung gezeigt haben (Urk. 2/3/5 S. 20), lässt dieses Verhalten an einem erheblichen Leidensdruck zweifeln. 6.3.7

Zusammenfassend ergibt sich aus der Prüfung der Standardindikatoren und deren Gesamtwürdigung, dass der Schweregrad der objektiven Befunde leicht ausgeprägt ist und keine Therapie- oder Eingliederungsresistenz vorliegt. Den vorhandenen Komorbiditäten ist wie auch der Persönlichkeitsstruktur

eine ressourcenhemmende Wirkung zuzusprechen. Im sozialen Lebenskontext ist kein krankheitsbedingter Rückzug erkennbar. Für die Beurteilung ausschlaggebend ist schliesslich, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen vorliegt. Ein Leidensdruck ist in Anbetracht des Abbruchs der psychiatrischen Behandlung nur bedingt ausgewiesen. Vor diesem Hintergrund erweist sich die von Dr. D.____

unter Berücksichtigung der Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung statuierte 80%ige Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Sprachlehrer beziehungsweise die 90%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten (Urk. 2/7/74/44) als nachvollziehbar, welche auch in die Konsensbeurteilung Eingang fand (Urk. 2/7/74/30). Damit wurde insbesondere dem

vom Beschwerdeführer im Alltag gezeigten tatsächlichen Leistungsvermögen gebührend Rechnung getragen.

Einleuchtend ist ausserdem, dass sich die kognitiven Leistungsmängel in der Tätigkeit als Lehrer stärker auswirken als in einer leidensadaptierten Tätigkeit, da Ersteres ein höheres Konzentrationsvermögen voraussetzt (Urk. 2/7/74/29, 2/7/85/1 f.). 7.7.1

Auf der Grundlage der obigen Erkenntnisse ist der Invaliditätsgrad festzulegen. Bei erwerbstätigen Versicherten ist dieser 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 gegliche ner 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). 7.2

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 332 E. 4.1 mit Hinweis).

Der Beschwerdeführer war seit 2005 bei verschiedenen Arbeitgebern als Sprachlehrer angestellt (vgl. Urk. 2/7/2/2 f., 2/7/11/1) und übt diese Tätigkeit nach wie vor für wenige Stunden pro Woche aus (Urk. 2/7/9/2, 2/7/74/15). Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass er ihr im Gesundheitsfall nicht in einem 100%-Pensum nachgehen würde. Aus dem IK-Auszug ergibt sich, dass der Beschwerdeführer als Sprachlehrer ein maximales jährliches Bruttoeinkommen von Fr. 34'846.-- erzielt hat (Jahr 2006, Urk. 2/7/11/1).

Eindeutige Angaben zum dabei absolvierten Arbeitspensum finden sich nicht. Der Beschwerdeführer betonte einerseits mehrfach, in den Jahren 2005 und 2006

(nahezu) in einem Vollzeitpensum erwerbstätig gewesen zu sein und danach krankheitsbedingt das Pensum reduziert zu haben (Urk. 2/7/9/5, 2/7/74/15, Urk. 2/3/5 S. 17). Andererseits führte er wiederholt aus, zwischen 60 und 100% beziehungsweise deutlich über einem 60%-Pensum gearbeitet zu haben (Urk. 2/7/48/6, 2/7/74/34 und 2/7/74/51). Bei dieser Ausgangslage rechtfertigt es sich, für das Jahr 2006 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom Mittelwert eines 80%-Pensums auszugehen. Der Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns ist unter Berücksichtigung der Ausführungen der Gutachter, wonach die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40% für die angestammte Tätigkeit seit dem Zeitpunkt der Anmeldung zum Leistungsbezug Dezember 2012 gilt (Urk. 2/7/74/31 f.), auf Dezember 2013 festzulegen. Damals war die sechsmonatige Karenzfrist seit der Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) ebenfalls bereits abgelaufen. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung beträgt das Valideneinkommen

hochgerechnet auf ein im Gesundheitsfall hypothetisch ausgeübtes Vollzeitpensum folglich Fr. 47'666.70 (Fr. 34'846.-- / 80 * 100 / 2'014 * 2'204). 7.3

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die ver sicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbs tätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (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/ aa).

Wie bereits ausgeführt, übt der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als Sprachlehrer nur noch während einzelnen Stunden pro Woche aus. Mangels Ausschöpfung der aus medizinischer Sicht verbliebenen Arbeitsfähigkeit rechtfertigt es sich daher , das Invalideneinkommen nach den Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik (LSE) zu bestimmen . Inwiefern die vom Beschwerdeführer in den USA absolvierte universitäre Ausbildung (Bachelor of Science in Organisations management, vgl. Urk. 2/7/2/6) in der Schweiz anerkannt wird, kann dabei angesichts des Ergebnisses des nachfolgenden Einkommensvergleichs offenbleiben. Es wirkt sich jedenfalls nicht zu Lasten des Beschwerdeführers aus, wenn unter Berücksichtigung des Belastungsprofils (vgl. Urk. 2/7/74/30) auf den monatlichen Bruttolohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art männlicher Angestellter in der Höhe von Fr. 4'901.-- abgestellt wird (LSE 2010, TA1, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftsabteilungen, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht, Total, Anforderungsniveau 4). Aufgerechnet auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, A-S) und angepasst an die Entwicklung der Nominallöhne für männliche Arbeitskräfte von 2'151 Punkten im Jahr 2010 auf 2'204 Punkte im Jahr 2013 ergibt dies bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % ein Bruttoeinkommen von Fr. 43'975.55 jährlich (Fr. 4'901.-- / 40 * 41.7 * 12 / 2'151 * 2'204 * 0.7). 7.4

Nach dem Gesagten ist für den Einkommensvergleich von einem Valideneinkommen von Fr. 47'666.70 und einem Invalideneinkommen von Fr. 43'975.55 auszugehen, womit sich ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 7.74 beziehungsweise 8 % ergibt ([Fr. 47'666.70 / Fr. 43'975.55] * 100 / Fr. 47'666.70; vgl. E. 1.2 vorstehend). Der Vollständigkeit halber bleibt festzuhalten, dass selbst ein maximaler leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen in der Höhe von 25 % (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2) zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % führen würde.

Ob ein Leidensabzug überhaupt gerechtfertigt ist, kann vor diesem Hintergrund dahingestellt bleiben.

E. 2.3

Mit Verfügung vom 17. Januar 2020 wurde den Parteien Frist angesetzt, um zur Rechtsprechungsänderung des Bundesgerichts, wonach grundsätzlich bei sämtlichen psychischen Leiden samt Suchterkrankungen die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit mittels eines strukturierten Beweisverfahrens zu ermitteln ist, schriftlich Stellung zu nehmen (Urk. 3). Während sich der Beschwerdeführer nicht vernehmen liess, teilte die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 31. Januar 2020 mit, dass sie auf das Einreichen einer Stellungnahme verzichte (Urk. 5). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Ergebnis zu Recht verneint hat, weshalb die angefochtene Verfügung vom 16. Juni 2017 (Urk. 2/2) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. Ergänzend bleibt anzumerken, dass angesichts der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage von weiteren Beweismassnahmen wie dem vom Beschwerdeführer beantragten psychiatrischen Obergutachten (Urk. 2/1 S. 6) keine anderen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3).

E. 9

.2

Der Beschwerdeführer beantragt, dass die Beschwerdegegnerin zur Übernahme der Kosten des Privatgutachtens von Dr. Z.____ vom

6. Juli 2017, welche sich auf Fr. 8'250.-- (zzgl. Mehrwertsteuer) belaufen, zu verpflichten sei (Urk. 2/1 S. 2 und S. 7).

Die Kosten eines von einer versicherten Person veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Sozialversicherer insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegenden Pflicht zur rechtsgenügli chen Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_68/2019 vom 22. Juli 2019 E. 4.3 mit Hinweisen).

Das vom Beschwerdeführer eingeholte Gutachten erweist sich nach dem Gesagten für die Entscheidungsfindung nicht als unerlässlich, weshalb er die in diesem Zusammenhang entstandenen Kosten selbst zu tragen hat. Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die Beschwerdegegnerin sind nicht erfüllt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Der Antrag des Beschwerdeführers, die Kosten des Gutachtens von Dr. Z.____ in der Höhe von Fr. 8'250.-- (zzgl. MWSt) der Beschwerdegegnerin zu überbinden, wird abgewiesen. 4

.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Bügler, unter Beilage eines Doppels von Urk. 5 - 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 1. Juli bis und mit 1. 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
Die Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Fehr
Würsch

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