

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00071 vom 2. Dezember 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00071](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00071)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00071 du 2 décembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00071 del 2 dicembre 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1961 geborene X.\_\_\_\_, ohne Berufsausbildung, war zuletzt bis Ende Dezember 2016 als BPO IT Service Delivery Manager im Corporate Center der Y.\_\_\_\_

angestellt; letzter effektiver Arbeitstag war der 31. August 2016 (Urk. 7/21; vgl. Urk. 7/91/29). Nach einer Anmeldung zur Früherfassung durch die Arbeitgeberin im Dezember 2016 (vgl. Urk. 7/2 ff.) meldete er sich am 25. Januar 2017 unter Hinweis auf eine Depression sowie Gelenkprobleme bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinisch-erwerbliche Abklärungen und zog die Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/13, Urk. 7/53, worunter das psychiatrische Konsilium von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. November 2017 Urk. 9/53/5 ff.) bei. Am 20. November 2017 schloss die IV-Stelle ihre Bemühungen in Sachen Arbeitsvermittlung ab (Urk. 7/47). Im Oktober 2018 erteilte sie dem Versicherten Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining, zuzüglich eines Taggeldes (vgl. Mitteilung vom 25. Oktober 2018, Urk. 7/64 f.).

Dieses wurde aus subjektiven Gründen nicht angetreten

(vgl. Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberatung, Urk. 7/68/2; Mitteilung vom 13. November 2018, Urk. 7/67). Im Hinblick auf die Rentenprüfung veranlasste die IV-Stelle das polydisziplinäre (Allgemein-internistische Medizin/Psychiatrie/Rheumatologie) Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ vom

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zu mutbarer 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**

ff.)

keine erheblichen funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten Diagnosen

im Zeitpunkt der Begutachtung . 5.5

Der beschwerdeweise eingereichte Bericht

des behandelnden Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, datiert vom 12. Januar 2020 (Urk. 3/3) und erging somit nach Erlass der angefochtenen Verfügung. Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzsmässigkeit des angefochtenen Entscheids demgegenüber in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). Abgesehen davon lässt die im genannten Bericht postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit eine hinreichende Begründung vermissen

und bleibt

damit auch fraglich, ob und inwieweit Dr. B.\_\_\_\_ dabei leidensfremde Faktoren berücksichtigtigte.

Zudem hat

sich Dr. B.\_\_\_\_ nicht mit dem MEDAS-Gutachten

auseinander gesetzt und kommt

schliesslich hinzu, dass

das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc);

in unstrittenen Fällen kann es

nicht Sache des behandelnden Arztes sein, verbindlich zur Arbeitsunfähigkeitsstellung zu nehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Mai 2011, 9C\_152/2011).

Mangels Relevanz erübrigen sich Weiterungen zu den beschwerdeweisen Vorbringen im Zusammenhang mit Zweck- und Notwendigkeit psychopharmakotherapeutischer Massnahmen (vgl. Urk. 1 S. 9). 5.5

Zur Arbeitsfähigkeit in retrospektiver Hinsicht verwiesen die MEDAS-Gutachter auf die Vorakten (Urk. 7/91/63). 5.5.1

Im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenanspruchs (1. November 2017, vgl. hienach E.

### **E. 1.3**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl.

statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, 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). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamtthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E.

4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

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 beweislustige versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

#### **E. 1.4**

). Von einer unzulässigen Parallelprüfung – so wie beschwerdeweise geltend gemacht (Urk. 1 S. 9) –

kann damit nicht die Rede sein. 5.4

Aus dem MEDAS-Gutachten ergibt sich zunächst, dass die Ausprägung der psychischen (und somatischen) diagnoserelevanten Befunde nicht stark ins Gewicht fällt (Urk. 7/91/54).

Der psychiatrische Gutachter notierte eine lebhaft – wenn auch etwas müde – Mimik und Gestik des Beschwerdeführers, ohne depressive

Habitus. Die

Auffassungss-, Konzentrations- und Merkfähigkeit sowie das Gedächtnis des Beschwerdeführers erwiesen sich als nicht relevant beeinträchtigt. Der Gedankengang des Beschwerdeführers war unauffällig, insbesondere nicht gehemmt, verlangsamt, umständlich, eingeengt und ohne Gedankengedränge und Grübeln. Zudem verneinte der psychiatrische Gutachter Hinweise für Misstrauen, zwanghaftes Verhalten und Phobien mit Krankheitswert. Ebenso verneinte

er eine Affektlabilität, Affekt- und Antriebsarmut, zirkadiane Besonderheiten sowie irgendwie geartete Schlafstörungen mit krankheitswertigem Charakter (Urk. 7/91/47

f.). Das Mini-ICF-Rating erbrachte weitestgehend leichte Einschränkungen (Urk. 7/91/58 f.) und die Hamilton Depressionsskala ergab bei einem Wert von 9 (wobei der Schwellenwert für eine leichte Depression bei 10 liegt)

- dem klinischen Eindruck entsprechend - kein schwerwiegendes depressives Syndrom (vgl. Urk. 7/91/50).

Hervorzuheben sind ausserdem die gutachterlichen Hinweise auf die wenig ausgeprägte Änderungsbereitschaft und Leistungsmotivation sowie den fehlenden Leidensdruck des Beschwerdeführers (Urk. 7/91/57).

In subjektiver Hinsicht plagten den Beschwerdeführer

insbesondere wirtschaftliche/berufsspezifische Sorgen

( Urk. 7 /9 1/42). Er gab an, «das Ganze» habe angefangen, als er seinen Job verloren habe ( Urk. 7 /91/44); der Stellenverlust 2016 habe ihn gebrochen, hätte er seine Arbeit noch, «wäre er heute nicht hier» ( Urk. 7 /91/43; damit konkordant das psychiatrische Konsilium von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2017, wonach der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben

wegen der Kündigung durch die letzte Arbeitgeberin

depressiv geworden sei; er fühle sich so, als sei eine Kerze ausgepustet worden, Urk. 7 /53 /10 ; vgl. auch die ärztlichen Hinweise auf das depressive Erleben auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren wie höheres Alter, abgebrochene Integrationsmassnahmen, den als einschneidenden und kränkelnden Arbeitsplatzverlust mit der damit einhergehenden Einbusse an sozialem Status, finanziellen Ressourcen und sozialen Kontakten im Zwischenbericht der C.\_\_\_\_ vom 28. August 2018 , Urk. 7 /62/6 ) . Entsprechend kamen die Gutachter zum Schluss, beim Beschwerdeführer

bestünden IV-fremde Belastungen in relevantem Ausmass resp. stünden psychosoziale Belastungsfaktoren ( Arbeitsplatzverlust, anhaltende Arbeitslosigkeit, Migration, fortgeschrittenes Alter, wirtschaftliche Sorgen, finanziellen Verpflichtungen gegenüber der Mutter)

im Vordergrund

( Urk. 7 /91/56, Urk. 7 /91/58 f.); eine Vollremission sei abhängig von äusseren Faktoren ( Urk. 7 /91/63). In diesem Zusammenhang erwähnenswert sind ausserdem die subjektive Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers

und die gutachterlichen Hinweise auf seine Erwartungshaltung in Richtung Berentung ( Urk. 7 /91/27, Urk. 7 /91/29).

Bei allem dem

wird

bereits deutlich, dass die depressive

Symptomatik und deren Bewältigung massgeblich durch invaliditätsfremde Faktoren verursacht resp. behindert wird, wofür die Invalidenversicherung grundsätzlich

nicht einzustehen hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3 ).

Im Zusammenhang mit den im Regelfall anzuwendenden Standardindikatoren bleibt immerhin

zu vermerken, dass das Sozialleben und private Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers bereits vor der psychischen Dekompensation 2016 stark limitiert war. Gab er doch an, in den letzten sieben Jahren habe er hauptsächlich gearbeitet ( Urk. 7 /91/43 ; vgl. auch Urk. 7/91/55 ). Ein IV-relevanter

sozialer Rückzug ist damit jedenfalls nicht ausgewiesen. Der psychiatrische Gutachter hielt fest, in sozialer Hinsicht sei der Beschwerdeführer nicht in erwerbsrelevantem Ausmass beeinträchtigt ( Urk. 7 /91/56). Alsdann verfügt der Beschwerdeführer insoweit über gewisse Copingstrategien, als er zur Regeneration in die Natur und Bike fährt ( Urk.

7/91/55) und er vergangene, ähnlich gelagerte depressive Zustände offenbar - ohne therapeutische Unterstützung - zu überwinden vermochte (Urk. 7/91/60, vgl. auch Urk. 7/53/10). Hervorzuheben ist auch, dass der Beschwerdeführer ungeachtet der nach eigenen Angaben seit frühester Kindheit wiederholten depressiven Episoden und ohne berufliche Ausbildung eine bemerkenswerte Karriere vorzuweisen hat. Die enge Beziehung zur in den USA lebenden Mutter sowie seine Religiosität wurden gutachterlicherseits als weitere Ressourcen gewürdigt (vgl. Urk. 7/27/3; vgl. auch Urk. 7/53/9). Als

Hobbies/Interessen nannte der Beschwerdeführer schliesslich das Nähen sowie Editieren von selbstgedrehten Filmen auf Youtube (Urk. 7/91/27, Urk. 7/91/46, Urk. 7/91/55).  
Mithin

ergeben sich im Sinne eines Zwischenfazit auch unter Berücksichtigung der normativen Vorgaben

(vgl. E.

### **E. 1.5**

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 1.6**

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE

133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

### **E. 1.7**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

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). 2. 2.1

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf das MEDAS-Gutachten bestehe eine unvollständig remittierte depressive Episode. Der Beschwerdeführer nehme keine Medikamente ein, dennoch habe sich sein Zustand wesentlich verbessert. So sei er wieder zu 40 % arbeitsfähig; berufliche Massnahmen hätten aber nicht durchgeführt werden können. Es bestünden noch Therapieoptionen. Es sei allerdings auf einen fehlenden Leidensdruck zu schliessen. Damit erreiche der Schweregrad nicht das erforderliche Ausmass. Der Schweregrad bestimmt sich nicht mit der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit, sondern «durch Faktoren wie Diagnosen, relevante Befunde, Objektivität der Diagnosen, Ressourcen sowie Therapieresistenz» (Urk. 2). 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, gestützt auf das MEDAS-Gutachten sei er in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit arbeitsunfähig; hinsichtlich einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 5.5 Stunden/Tag. Mithin sei der Invaliditätsgrad

mittels Einkommensvergleich zu eruieren, was die Beschwerdegegnerin zu Unrecht unterlassen habe. Alsdann gehe aus dem psychiatrischen Teilgutachten nicht klar hervor, inwiefern die bisherige Behandlung nicht lege artis durchgeführt worden sei. Gemäss dem behandelnden Psychiater bestehe im Rahmen der Grunderkrankung

eine Medikamentenphobie. Es handle sich somit um ein krankheitsinhärentes Symptom und nicht um fehlende Mitwirkungsbereitschaft. Eine psychopharmakologische Behandlung sei ihm (dem Beschwerdeführer) nicht zuzumuten. Überhaupt sei der Nutzen von Antidepressiva nicht erwiesen. Demgegenüber gehe die Beschwerdegegnerin davon aus, dass unter pharmakologischer Behandlung eine höhere Arbeitsfähigkeit erreicht werden könnte. Dies sei

statistisch nicht erwiesen. Gestützt auf die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ergebe sich ein IV-Grad von mindestens 67 %; unter Berücksichtigung eines Leidensbedingten Abzugs sogar von mehr als 70 %. Die Beschwerdegegnerin sei im Rahmen einer unzulässigen juristischen Parallelbeurteilung von der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung abgewichen. Zu dem sei der Beschwerdeführer weder abgemahnt noch sei ihm eine Bedenkfrist

eingeräumt worden. Folge dessen sei ihm auf jeden Fall eine Rente zuzusprechen, als dann sei ihm eine entsprechende Bedenkfrist anzusetzen und nach Ablauf der selben gegebenenfalls eine Revision durchzuführen (Urk. 1). 3. 3.1

Die angefochtene Verfügung vom 16. Dezember 2019 (Urk. 2, vgl. Titel), welche ausschliesslich den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zum Inhalt hat, bildet den Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens und stellt eine Sachurteilsvoraussetzung dar (BGE 125 V 413 E. 1a). Soweit der Beschwerdeführer im

vorliegenden Beschwerdefahren eventuell die Aufhebung einer Schadenminderungspflicht beantragt, ist

die Notwendigkeit einer solchen allenfalls in Zusammenhang der zu prüfenden Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente zu beurteilen ,

ist sein Eventualantrag einzig innerhalb der zu prüfen den Anspruchsvoraussetzungen für eine Rente zu beurteilen.

### 3.2

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 4 . 4 . 1

Im von der Krankentaggeldversicherung veranlassten psychiatrischen Konsilium vom 31. Oktober 2017 (Untersuchungsdatum) diagnostizierte Dr. Z.\_\_\_\_ (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwere Episode (ICD-10: F 33.1/2), (2) Panikstörung (ICD-10:

F41.0) und (3) narzisstisch akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 : Z73.1, Urk. 7 /53/16).

Der Beschwerdeführer habe berichtet, er sei depressiv wegen der Kündigung durch die Arbeitgeberin . Er fühle sich so, als ob man eine Kerze ausgepustet hätte. Zudem sei seine Konzentration schlecht. Da seine Mutter nicht mehr reisen könne, habe er sich eine Kamera gekauft, die er auf dem Velohelm montiert habe. Damit unternahme er Fahrten mit dem E-Bike im Wald, die Aufnahmen schicke er seiner Mutter. Dabei sei ihm aufgefallen, dass er das Bildbearbeitungsprogramm kaum habe erlernen können, obschon er beruflich ständig mit Applikationen zu tun gehabt habe. Er könne sich kaum mehr konzentrieren und sei nicht mehr in der Lage, simple Sachen zu erlernen. Seine Merkfähigkeit sei auch beeinträchtigt. Zu Hause in der Wohnung vergesse er, was er gerade habe tun wollen und er vergesse auch Dinge in der Wohnung, wenn er diese verlasse. Weiter habe er Angst vor Armut und davor, seine Mutter nicht mehr unterstützen zu können. Er beschäftige sich viel mit Armut in der Schweiz. Er fühle sich nicht mehr als Teil der Gesellschaft und gehe auch nicht mehr dorthin, wo viele Menschen seien. Er halte sich lieber allein in der Natur auf. Es gäbe Leute, die ihn anschauten, als sei er drittklassig. Wenn er in der Nacht schlagartig aufwache, sei er hellwach, schwitze, habe Herzklopfen und zittere am ganzen Körper. So ein «Anfall» dauere Sekunden und gehe von selbst wieder weg . Seine Stimmung sei traurig. Er sei ernst geworden, die Gedanken kreisten ständig; immer wieder denke er daran, dass er einen neuen Job finden müsse. Er habe keine Freunde und keine Freude mehr am Leben, da er das , was er mit Liebe getan habe, nicht mehr tun könne. Es habe ihn auch verletzt, dass sein von seinem Psychiater unterstützter Besuch bei seiner Mutter in den USA von der Versicherung nachträglich sanktioniert worden sei. Er

habe Suizidgedanken, würde sich aber so lange nichts antun, wie seine Mutter lebe .

Ausserdem sei er zu feige dafür und könne das nicht tun . Er schäme sich für seine Situation und erlebe im Moment alles als demütigend. Sein Appetit sei unverändert, die Libido gleich null . Er stehe aktuell um ca. 12 Uhr auf und habe keine fixe Tagesstruktur. Er koche für sich und esse ein- bis zweimal am Tag . Manchmal schlafe er auch tagsüber 1-3 Stunden . Er denke viel, grübele, tue nichts Produktives , schaue fern, lese und höre Musik. Es falle ihm schwer, die Wohnung zu verlassen. Wenn es ihm aber gelinge, gehe er spazieren oder fahre mit dem E-Bike in den Wald. Um ca. 3 Uhr früh gehe er ins Bett, wo er dann ca. 1 bis 4

Stunden wachliege; die traurigen Gedanken hielten ihn vom Einschlafen ab (Urk. 7 /53/ 8, Urk. 7 /53/

## **E. 6**

. Mai 2019 ( Urk. 7/91). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 7/95 f.) verneinte sie mit Verfügung vom 16. Dezember 2019 einen Rentenanspruch des Versicherten ( Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 30. Januar 2020 Beschwerde und beantragte in Aufhebung der angefochtenen Verfügung

vom 16. Dezember 2019 eine IV-Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 70 % . Eventualiter sei ihm eine Schadenminderungspflicht aufzuerlegen ( Urk. 1 S. 2). Die Beschwerde gegen sie schloss mit Beschwerdeantwort vom 27. Februar 2020 auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 5. März 2020 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 6.1**

Dem Beschwerdeführer wurde seit dem 1. November 2016

für seine bisherige Tätigkeit eine 100%ige

resp.

seit Ende März 2017 eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Urk. 7/7 f., Urk. 7 /13, Urk. 7 /28/3, Urk. 7 /91/67 ) . Damit bestand für die Dauer der Wartezeit bis zum 1. November 2017 eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 76.7 % (vgl. E. 1.4 ).

### **E. 6.2**

Nach Ablauf der Wartezeit (und Anmeldefrist, vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) am 1. November 2017 war der Beschwerdeführer für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig .

Somit bestand ab dem 1. November 2017 (Art. 29 Abs. 3 IVG) ein Anspruch auf eine ganze Rente.

### **E. 6.3**

Seit jedenfalls anfangs

April 2019

lag

keine krankheitswertige Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit mehr vor , weshalb die Rente bis zum 31. Juni 2019

(Art. 88a Abs. 1 IVV, E. 1. 6 ) zu befristen ist. 7.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 16. Dezember 2019 aufzuheben und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer vom 1. November 2017 bis 31. Juni 2019 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen ist die Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist, abzuweisen. 8 . 8.1

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für die unterliegende Partei kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 700.-- anzusetzen. Da der Beschwerdeführer bezüglich des Rentenanspruchs an sich obsiegt, sind die Kosten vollumfänglich der

Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 8.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts rechtfertigt der Umstand allein, dass einem Beschwerdeführer in einem Beschwerdeverfahren eine geringere (Teil-) Rente als beantragt zugesprochen wird, noch keine Reduktion der Parteientschädigung, jedenfalls soweit der Aufwand nicht vom beantragten Umfang der Rente beeinflusst wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_466/2007 vom 25. Januar 2008 E. 5). Entsprechend ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine volle Prozessentschädigung zu bezahlen. Rechtsanwältin Dr. Schiavi machte mit Honorarnote vom 30. Januar 2020 einen Aufwand von insgesamt 7.5

Stunden geltend ( Urk. 3/6), was als angemessen erscheint. Beim gerichtlichen Ansatz von Fr. 220.-- resultiert daraus eine Prozessentschädigung von Fr. 1'830.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) . Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 16. Dezember 2019 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer befristet vom 1. November 2017 bis 31. Juni 2019 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde

abgewiesen . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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. 1'830.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi - 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 HurstHediger

## **E. 9**

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden Invaliditätsfremden

Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C\_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditäts begründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3). In einer versicherungsmedizinischen Begutachtung, welche sich nach den normativen Vorgaben der Rechtsprechung orientiert, ist es daher nicht nur zulässig, sondern sogar geboten, solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände aufzuzeigen und gegebenenfalls bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts 9C\_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1).

## **E. 10**

f.).

Klinisch hätten sich keine Hinweise auf Diskrepanzen, Demonstration oder Aggravation ergeben. Der Beschwerdeführer habe mit leiser Stimme gesprochen und einen deutlich depressiven Eindruck hinterlassen. Seine Stimmung sei ernst und deutlich zum depressiven Pol verschoben. Im Antrieb sei der Beschwerdeführer deutlich reduziert; im Kontakt freundlich und kooperativ. Die affektive Schwingungsfähigkeit und die Psychomotorik seien reduziert, die affektive Kontinenz sei weitgehend erhalten. Ein affektiver Rapport sei gut möglich (Urk. 7/53/12 f.). Damit seien alle drei Kardinalsymptome einer depressiven Störung nach ICD-10 gegeben: eine depressive/gedrückte Stimmung, ein Interessenverlust/Anhedonie und eine erhöhte Ermüdbarkeit. Zudem bestehe eine Antriebsminderung, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl, Scham- und Schuldgefühle, negative/pessimistische Zukunftsvorstellungen, Suizidgedanken und Schlafstörungen (Verlust von Tagesstruktur). Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung des klinischen Eindrucks sowie Ratings der Hamilton Depressionsskala (20 Punkte = mittelgradige Ausprägung [20-26 Punkte]) bestehe eine mittelgradige bis schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Die Schwere der Störung werde zum Teil maskiert durch das freundliche und kooperative Auftreten des Beschwerdeführers. Dieser sei für sämtliche Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig. Die seitens Dr. B. \_\_\_ attestierte 40%ige Arbeitsfähigkeit sei unrealistisch. Eine Optimierung der Therapie sei dringend angezeigt und könne im Sinne einer Schadensminderungspflicht verlangt werden; einerseits sei die Frequenz der durchgeführten Therapie unzureichend, andererseits sei eine antidepressive Pharmakotherapie zweifelhaft indiziert. Eine solche sei aber, um keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu provozieren, mit dem behandelnden Psychiater abzusprechen.

Ferner sei eine stationäre oder teilstationäre Therapie indiziert (Urk. 7/53/14 f.). 4.2

Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 13. Mai 2019 diagnostizierten die beurteilenden Fachärzte eine depressive Episode (ICD-10: F32), gegenwärtig und vollständig remittiert, vormals als mittelgradig, teilweise als mittel- bis schwergradig beschrieben, DD rezidivierende depressive Episode, DD Anpassungsstörung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/91/7).

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie folgende Diagnosen fest (Urk. 7/91/8): - Zustand nach Alkoholmissbrauch (ICD-10: F10.1) - dysfunktionale Störungsverarbeitung (ICD-10: F54) - dysfunktionale Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73) - laterale femorotibiale Arthrose - Femoropatellar - Arthrose rechts bei Status nach Meniskus-Operation - Femoropatellar - Arthrose links - AC-Gelenksarthrose - Multitagedegeneration an der HWS mit dorsalen Diskusprotrusionen /

Herniation auf drei Segmentebenen ohne radikuläre Kompression und Myelopathie - Hypertonie - Fettleber Im Rahmen der Anamnese habe der Beschwerdeführer angegeben, er verfüge über eine Doppelbürgerschaft (Schweiz/ USA), sei in San Francisco geboren und

habe seine Kindheit in El Salvador und in den USA verbracht; weil er in der Schule Mühe gehabt habe, sei er im Alter von vier Jahren zu Verwandten nach El Salvador geschickt worden (vgl. demgegenüber das psychiatrische Konsilium von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2017, Urk. 7/53/7, wonach der Beschwerdeführer mit acht Jahren gemeinsam mit seiner Schwester nach El Salvador verbracht worden sei, weil seine Mutter aus unbekanntem Gründen fast gestorben sei; vgl. auch der Austrittsbericht der C.\_\_\_\_ vom 1. November 2018,

Urk. 7/69/4). Dort sei er von seinem Onkel geschlagen und mit einer ungeladenen Pistole bedroht worden. Diese Zeit sei sehr traumatisierend gewesen und er habe seine in den USA lebende Mutter sehr vermisst. Danach sei der Beschwerdeführer wieder zu seiner Mutter in die USA. Nach der Highschool habe er keine Berufsausbildung absolviert. Mit 14 Jahren habe er angefangen zu arbeiten; zunächst einfachere Computerreparaturen, später als Helpdesk-Supervisor bei D.\_\_\_\_ (Cal/USA), als PC-Techniker bei E.\_\_\_\_ (F.\_\_\_\_), als Systemadministrator bei G.\_\_\_\_ (H.\_\_\_\_), als Site Administrator bei der I.\_\_\_\_, als IT-Spezialist bei der J.\_\_\_\_ AG sowie als Netzwerkadministrator, IT Request-Manager, BPO IT Service Delivery Manager und schliesslich Head of

Application Management im Corporate-Center der Y.\_\_\_\_.

Mithin habe er sich in der IT-Branche von einfachen Computerreparaturen zum IT-Ingenieur und Netzwerk-Spezialisten hochgearbeitet. Von ca. 1989 bis 1996 sei er mit einer Schweizerin, die er in den USA kennengelernt habe, verheiratet gewesen. Aufgrund der Scheidung sei es zu einem weiteren depressiven Schub gekommen. Der dritte bis heute anhaltende depressive Schub stehe im Zusammenhang mit der Kündigung der letzten Arbeitsstelle; die Arbeitgeberin habe ihm die Stelle aus Rationalisierungsgründen im Mai 2016 per 30. April 2017 (Urk. 7/91/26, vgl. auch Austrittsbericht des Sanatoriums K.\_\_\_\_ vom 28. März 2017, Urk. 7/27/1; vgl. demgegenüber Urk. 7/91/29, wonach die Kündigung per 31. Dezember

2016 erfolgt sei) gekündigt. Das Umplatzierungsangebot habe er nicht annehmen können. Seither sei er arbeitslos und fühle sich nicht mehr befähigt, sich beruflich zu reintegrieren. Er habe nach der Kündigung auch keine neue Stelle finden können. Dies obschon er 400

Bewerbungen verfasst habe. Wegen seines Alters habe er grosse Bedenken, im IT-Bereich wieder Anschluss finden zu können. Er habe bereits während seiner ehemaligen Tätigkeit beobachtet, dass die Mitarbeiter immer jünger würden. Das Belastbarkeitstraining habe er abgesagt, weil er sich dazu nicht im Stande gefühlt habe. Dies insbesondere wegen der für ihn nicht erträglichen Knie- und Fussabrollschmerzen (Urk. 7/91/26 ff.). In allgemeinmedizinischer Hinsicht habe der Beschwerdeführer Gelenksprobleme (Schulter, Fuss, Ellbogen, Knie) berichtet. Die seit der Jugendzeit vorbestehenden Knieschmerzen hätten sich im Rahmen der Kündigung ausgeweitet; die Schulter- Ellbogen - und Fussbeschwerden seien später dazugekommen. Die Knieschmerzen bei Belastung und seien eigentlich immer geschwollen. Es bestehe diesbezüglich eine Langzeitphysiotherapie (Urk. 7/91/26, Urk. 7/91/34). Klinisch habe sich ein etwas breitbeinig-schwerfällig es Gangbild mit leichtem Hinken rechts gezeigt; im rechten Knie zudem eine mediale Narbe nach anamnestischer Meniskektomie, eine «tanzende» Patella und ein deutlicher Patella-Schiebeschmerz. Bildgebend sei eine fortgeschrittene Valgusgonarthrose im linken Knie sowie beidseitige AC-Gelenkarthrose in den Schultern ausgewiesen. Die Gelenkschmerzen seien in der

Klinik L. \_\_\_ abgeklärt und dem degenerativen Formenkreis zugeschrieben worden (Urk. 7/91/31 ff., Urk. 7/91/35 f.). Im Rahmen der psychiatrischen Exploration habe der Beschwerdeführer

angegeben, am meisten bedrücke ihn die Zukunft. Er wisse nicht, was aus ihm werde, ob er auf dem Arbeitsmarkt noch gefragt sei und seiner Mutter weiterhin Geld schicken könne. Er sei wenig belastbar und schnell erschöpft. Manchmal finde er gar keinen Sinn mehr im Ganzen und denke «an das Ende». Angefangen habe es beim Verlust seiner letzten Stelle. Dies habe ihn gebrochen. Hätte er seine Arbeit noch, wäre er heute nicht hier. Sein Umfeld bestehe hauptsächlich aus seiner in den USA lebenden Mutter; mit ihr habe er wöchentlichen Kontakt via «facetime». Davon abgesehen

bestünden wenig Kontakte.

Er habe die letzten sieben Jahre hauptsächlich gearbeitet und ab 19.00 Uhr teilweise einfach Bier getrunken (3 Liter). Wegen seiner psychischen Leiden sei er seit Oktober 2016 in ambulanter psychiatrischer Behandlung, aktuell zwei Mal monatlich. Das beruhige ihn ganz gut. Dr. B. \_\_\_ habe eine humorvolle Einstellung, das relativiere seine Angst. Die beiden Aufenthalte in psychiatrischen Tageskliniken 2017 sowie 2018 hätten keine substantiellen Besserungen erbracht. Immerhin habe er dabei seine Freude am Nähen entdeckt. Aktuell profitiere er von Ausflügen mit dem E-Bike in die Natur. Dabei sehe er sich die Tiere und Blumen an und könne sich regenerieren. Allerdings müsse er sich dazu überwinden, aus dem Haus zu gehen. Wenn er aber einmal draussen sei, wolle er oft nicht mehr nach Hause. Psychopharmaka nehme er nicht ein. Seine Mutter habe damit schlechte Erfahrungen gemacht. Sie habe schlecht darauf reagiert. Ausserdem habe er viel über Medikamente gelesen und wisse, dass die Patienten als Versuchskaninchen benutzt würden. Bei seinen Mitpatienten in der Psychiatrie habe er selbst gesehen, wie sie darauf reagierten. Fragen nach der Libido und Sexualität habe der Beschwerdeführer mit «keine Lust» beantwortet. Überhaupt ziehe er sich zurück und habe auf vieles keine Lust. Er wohne alleine in einer schönen Zweizimmerwohnung in Thalwil. Bier trinke er seit Jahren nicht mehr. Er sei ein Nachtmensch und gehe oftmals erst früh morgens zu Bett, dafür stehe er erst mittags auf. Er schlafe ca. 10 Stunden am Tag, er brauche viel Schlaf. Sein Schlaf

sei viel besser seit seinem letzten USA-Aufenthalt. Der Appetit sei ohne Besonderheiten. Er koche regelmässig für sich allein. Den Einkauf besorge er selber ( Urk. 7/91/27, Urk. 7/91/29, Urk. 7/91/42

f. f.) . In objektiver Hinsicht hätten sich keine relevanten Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses ergeben . Das formale Denken sei ungestört und es hätten sich keine krankheitswertigen Befürchtungen oder Zwänge gezeigt. Im Rahmen der Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer auch nicht ängstlich gezeigt. Demgegenüber bestünden ausgeprägte Störungen der Vitalgefühle. Der Beschwerdeführer sei teilweise leicht deprimiert, streckenweise leicht dysphorisch , teilweise leicht klagend , jedoch

nicht gereizt, innerlich unruhig, hoffnungslos oder antriebsarm. Es bestünden ausgeprägte Insuffizienzgefühle und eine verminderte Sexualität. Schlaf-, Vitalitäts- und Appetitstörungen bestünden nicht ( Urk. 7/91/48 f.). In den Vorakten seien – wenn auch wenig konsistent - immer wieder depressive Episoden dokumentiert worden. Gleichzeitig habe sich der Beschwerdeführer in der Vergangenheit weder psychotherapeutisch behandeln lassen noch Psychopharmaka eingenommen . Zudem liessen die früheren Beurteilungen eine differenzialdiagnostische Diskussion vermissen. Die vergangenen Schwierigkeiten könnten aufgrund der äusseren Auslöser jedenfalls auch als Anpassungsstörungen oder Krisen betrachtet werden . Zuletzt habe sich der Beschwerdeführer im Anschluss an die Umstrukturierung/Kündigung als gebrochen erlebt. Weitere relevante psychosoziale Belastungsfaktoren seien die fehlende Vermittelbarkeit und Ausbildung sowie

das fortgeschrittene Alter des Beschwerdeführers. Diskutiere man das aktuelle Persönlichkeitsbild und die biographische Persönlichkeitsentwicklung sowie die persönlichen Ressourcen (Ehrgeiz und Motivation) liessen sich keine erwerbsrelevanten Defizite objektivieren (Urk. 7/91/56, Urk. 7/91/60). Eine Vollremission sei abhängig von der Konsequenz der durchgeführten Massnahmen sowie von äusseren, krankheitsunabhängigen Faktoren wie Anreizsystem und Motivation des Beschwerdeführers. Die fehlende Pharmakotherapie spreche für einen eher leichteren Schweregrad; die Teilnahme an rehabilitativen Massnahmen für einen eher schwereren Grad. Von einem definitiven Scheitern einer indizierten lege artis und unter optimaler Kooperation des Beschwerdeführers durchgeführten Therapie könne nicht ausgegangen werden , da Therapieoptionen noch offen stünden. Die bisherige Therapie sei nicht lege artis , aber in wichtigen Teilen angemessen und konsequent. Das Ausmass der zwischenmenschlichen Probleme sowie des sozialen Rückzugs erreiche kein arbeitsrelevantes Ausmass. Demgegenüber trete teilweise eine Antriebshemmung auf. Gleichzeitig sei für den Beschwerdeführer vieles überwindbar. So etwa , das Haus zu verlassen; habe er sich einmal dazu überwunden, wolle er oft gar nicht mehr zurück nach Hause . Ein Leidensdruck sei erkennbar, aber nicht dominierend. Zudem bestünden insoweit Inkonsistenzen, als dass sich der Beschwerdeführer einerseits subjektiv zu 100 % arbeitsunfähig fühle und andererseits wie ein Adrenalinjunkie Rad fahre und für einen Monat in die USA verreise. Die Simulation liege indes nicht vor . Die Anpassungs-, Flexibilitäts-, Selbstbehauptungs-, Durchsetzungs- und Umstellungsfähigkeit sowie Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben seien leicht eingeschränkt. Die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen sei mittel- bis schwergradig und die Durchhaltefähigkeit leicht- bis mittelgradig eingeschränkt. Die Interaktions- und Kommunikationsfähigkeit des Beschwerdeführers sei intakt; die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit weitestgehend erhalten. Die Bereitschaft zur

Veränderung sei nicht voll ständig erkennbar und die Leistungsmotivation schein e gegenwärtig nicht im Vordergrund zu stehen. Vielmehr stünden psychosoziale Belastungen im Vordergrund. Die bisherige Tätigkeit sei dem

Beschwerdeführer nicht mehr zuzumuten. Hinsichtlich einer – näher umschriebenen – Verweistätigkeit bestehe eine Leistungsfähigkeit von 5.5 Stunden am Tag, entsprechend einem Pensum von 66 %. Diese Angaben würden gelten ab Januar 2019; für die Zeit davor enthielten sich die Gutachter einer eigenen Einschätzung und verwiesen auf die in den Vorakten genannten Arbeitsunfähigkeitsscheinigungen (Urk. 7/91/51 ff., Urk. 7/91/57ff., Urk. 7/91/61f.). Im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer primär rechtsbetonte Kniegelenksbeschwerden (permanente Schwellung und Schmerzen mit Zunahme bei kniebelastenden Tätigkeiten, Bewegungseinschränkung, insbesondere bei der Kniebeugung) berichtet. Ähnliche Beschwerden bestünden auch am linken Kniegelenk, allerdings weniger intensiv. Links schmerze das Knie vor allem beim Treppenabgehen.

Zudem bestünden Schulterbeschwerden beidseits und Nackenschmerzen links. Die Schulterbeschwerden würden kommen und gehen und seien niemals so intensiv wie die Knieschmerzen. Teilweise habe er Mühe, die Schultergelenke zu mobilisieren; zu verstärkten Schmerzen komme es beim Anheben der Arme auf oder über Schulterhöhe. Die Beschwerden am Nacken seien unterschiedlich intensiv und manifestierten sich insbesondere beim Kopfdrehen nach links. Im Oktober 2018 sei ein Tennisellbogen rechts aufgetreten. Inzwischen hätten sich die Beschwerden von der Aussenseite auf die Innenseite des Ellbogengelenks verschoben. Zudem seien die Beschwerden «im Gelenk drinnen» zu lokalisieren (Urk. 7/91/70 f.). Klinisch hätten sich im Wesentlichen ein

weitestgehend hinkfreies Gangbild, eine in der Seitenneigung beidseits eingeschränkte Beweglichkeit der HWS sowie

Valgusfehlstellung mit deutlicher Bewegungskrepitation lateral im rechten, gegenüber links leicht überwärmten Kniegelenk sowie eine deutliche laterale Bandinstabilität am rechten Sprunggelenk gezeigt (Urk. 7/91/73). Die Beschwerden am Bewegungsapparat seien auf eine objektivierbare Polydegeneration der peripheren Gelenke sowie Multitagedegeneration HWS ohne radikuläre Kompression zurückzuführen. Trotzdem sei die funktionelle Kapazität weitestgehend erhalten - bis auf die eingeschränkte Flexion (bis 115°) im rechten Kniegelenk. Zudem sei das rechte Kniegelenk konstant leicht inflammatorisch aktiviert und instabil. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer seit jeher sowohl in der bisherigen als auch in jeder anderen, nicht kniebelastenden Tätigkeit uneingeschränkt (Urk. 7/91/75

ff.). Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner psychiatrischen Störung in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Hinsichtlich einer leidens angepassten Verweistätigkeit, ohne Bedienung gefährlicher Maschinen, ohne besondere Anforderungen an die Teamfähigkeit, Stresstoleranz und Reaktionsfähigkeit, ohne Führungsaufgaben, ohne Wechselschichten, ohne störende Lärmbelastung oder Lichtverhältnisse, jedoch mit beschränkter Verantwortung und begrenztem Kundenkontakt, mit der Möglichkeit vermehrter Pausen sowie strukturierter Arbeiten bestehe seit Januar 2019 eine 66%ige Arbeitsfähigkeit. Rückwirkend sei von den in den Vorakten

dokumentierten Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen auszugehen ( Urk. 7 /91/7f., Urk. 7 /91/61 ff. ). 5 .

### 5.1

Das MEDAS-Gutachten erfüllt die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweisbildende Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.6) , weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann .

Zudem verblieb unbestritten , dass in somatischer Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. 5.2

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E. 5.2.1). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuun gunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3 ).

### 5.3

Vorliegend sind dem psychiatrischen Teilgutachten zwar gewisse Angaben

und Ausführungen im Zusammenhang mit den im Regelfall anzuwendenden Standardindikatoren zu entnehmen (vgl. Urk. 7 / 91/58 ff.). Allerdings erging die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung davon losgelöst ; der psychiatrische Gutachter hielt aus drücklich fest, die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung

stütze sich auf die Ergebnisse des Mini-ICF-Ratings (vgl. Urk. 7 /91/58, Urk. 7 /91/61).

Dies wird denn auch deutlich, wenn dem Beschwerdeführer einerseits eine 66%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestiert

( vgl. Urk. 7 /91/9) und andererseits fest gehalten wird , unter Berücksichtigung der Persönlichkeit , Persönlichkeitsbio graphie sowie Resso urce n des Beschwerdeführers ergäben sich keine er werbsrele vanten Defizite (Urk. 7 /91/56) . Andernorts hielt d er psychiatrische Gutachter zu dem fest, es bestünden auf der Persönlichkeitsebene des Beschwerdeführers keine schwerwie genden Gründe, die es ihm verwehrten, trotz seiner Beschwerden einer beruf lichen Tätigkeit nachzugehen ( Urk. 7 /91/50). Es bestünden Funktionseinschrän kungen, diese stünden jedoch auch in engem Zusammenhang (mit) den psycho sozialen Faktoren (Arbeitsplatzsituation) und therapeutische Optionen würden nicht genutzt (Urk. 7/91/58).

Mithin ist mangels einlässli che r Auseinandersetzung mit den normativen Vorgaben und unter Hinweis auf das unter E.

## 5.2 Gesagte durch das Gericht

im Folgenden zu prüfen, ob und inwieweit die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen (vgl. E.

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