

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00429 vom 2. Mai 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00429

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00429 du 2 mai 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00429 del 2 maggio 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 198

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. 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. 1.3

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

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen bewerteter Arztberichte und Gutachten auszeichnen (BGE 143 V 418 E. 7.1).

E. 1.4

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 der Verordnung über die Invalidenversicherung, 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. 1.5

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). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) damit, dass sie sich auf das eingeholte Gutachten abstütze, jedoch von den dortigen Arbeitsfähigkeitsangaben abweiche. In der Invalidenversicherung seien nur solche Krankheiten versichert, welche sich mit einer gewissen Schwere und Dauer auf die Arbeitsfähigkeit auswirken könnten. Die Beschwerdeführer leide aus psychiatrischer Sicht an keiner solchen Erkrankung (S. 1 unten).

Aus somatischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Ein Rentenanspruch könne erst entstehen, wenn während eines Jahres – des Wartjahres – eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % erreicht werde. Eine solche

andauernde Arbeitsunfähigkeit sei nicht ausgewiesen, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe (S. 2 oben). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber zur Begründung seines Rückweisungsantrags auf den Standpunkt (Urk. 1), die Akten seien unvollständig. Die angeborenen schweren Missbildungen an den Händen seien ein Geburtsgebrechen, betreffend welche IV-Akten vorliegen müssten, welche wiederum zwecks seriöser Beurteilung beizuziehen seien. Insbesondere sei abzuklären, ob das Geburtsgebrechen mit weiteren, weniger offensichtlichen Gesundheitsschäden einhergegangen sei (S. 6 unten Ziff. 1.1.a). Weiter fehlten der Bericht der Sehnenoperation im Jahre 2007 und die Unfallakten aus dem Jahre 2011, als er sich bei einem Arbeitsunfall einen komplizierten Bruch am Mittelhandknochen der linken Hand zugezogen habe. Schliesslich seien auch die aktuellen Arztberichte nicht vollständig beigezogen worden (S. 7 Ziff. 1.1.a-b). Für die Wiederholung des Gutachtens sprächen nebst der Unvollständigkeit der Akten auch die Voreingonomenheit der Gutachter, nachdem diese sich an der Unvollständigkeit der medizinischen Akten nicht gestört hätten und der rheumatologische Teilgutachter trotz magerer Aktenlage auf jegliche Bildgebung verzichtet habe (S. 7 f. Ziff. 1.2.b). Zudem wiesen das rheumatologische sowie das neurologische Teilgutachten Widersprüche auf, so etwa, indem letzteres unter dem Titel «Belastungsprofil» festhalte, Tastaturschreiben sei nur in eingeschränktem Rahmen möglich, ihn aber dennoch als Filialleiter arbeitsfähig schreibe. Die Tätigkeit eines Filialleiters bestehe grossmehrheitlich aus Arbeiten am Computer (Verarbeitung von Kundenanfragen, Offerten et cetera) und damit praktisch ausschliesslich aus Tastaturschreiben. Der sich durch beide Gutachten ziehende Umkehrschluss, er sei in seiner angestammten Tätigkeit als Filialleiter arbeitsfähig, weil er in der Vergangenheit in diesem Beruf gearbeitet habe, sei medizinisch doch sehr dünn. Insbesondere erscheine der Umkehrschluss, er sei als Filialleiter arbeitsfähig, weil er 2 Jahre in diesem Beruf gearbeitet habe, als zynisch angesichts der Tatsache, dass er gerade deshalb in ein Burnout hineingelaufen sei, weil er der Arbeit nicht gewachsen gewesen sei (S. 8 f. Ziff. 1.2.c). Zur Beurteilung der kongenitalen Missbildungen an den Händen hätte schliesslich zwingend ein Facharzt aus dem Bereich Handchirurgie beigezogen werden müssen (S. 9 Ziff. 1.2.d).

Den Eventualantrag auf Zusprache einer Rente begründete der Beschwerdeführer damit, dass er gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten bis November 2018 aus psychiatrischer Sicht zu 60 bis 70 % arbeitsunfähig gewesen sei (S. 10 Ziff. 2). Weder die bisherige Tätigkeit als Automechaniker noch diejenige als Filialleiter / Werkstatt Kundenberater sei ihm zumutbar. In jeglicher anderen Tätigkeit sei er gemäss Gutachten zu 20 % eingeschränkt, wobei zudem ein Leidensabzug von 20 % vorzunehmen sei. So ergebe sich für den Bemessungszeitraum vom 1. Dezember 2016 bis 28. Februar 2019 ein Invaliditätsgrad von 78.6 % und ab dem 1. März 2019 ein solcher von 51 % (S. 11 unten Ziff. 2). 2.3

Die Beschwerdegegnerin entgegnete in der Beschwerdeantwort (Urk. 7), gemäss dem Anmeldeformular vom 22. Juli 2016 habe sich der Beschwerdeführer damals zum ersten Mal bei der Invalidenversicherung angemeldet. Es gebe also keine IV-Akten zum Geburtsgebrechen. Vermutlich gebe es Arztberichte im Zusammenhang mit den diesbezüglichen Operationen, welche einzuholen jedoch nicht notwendig sei, da es um eine allfällige Erstzusprache einer Rentenleistung gehe und nicht um eine Rentenrevision. Der

aktuelle Gesundheitszustand, der für den zu beurteilenden Anspruch massgebend sei, sei vollumfänglich abgeklärt worden. Dabei seien auch die Missbildungen der Finger (Geburtsgebrehen) und die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen der Hände sowie die übrigen somatischen Einschränkungen berücksichtigt worden. Der Untersuchungsgrundsatz sei folglich nicht verletzt (S. 1 f.). Welche aktuellen Behandlerberichte fehlen würden, werde vom Beschwerdeführer nicht ausgeführt. Die Aktenlage sei in Zusammenarbeit mit ihm so gut wie möglich vervollständigt worden. Es hätten den Gutachtern auch mehrere Facharztberichte aus dem Bereich Handchirurgie vorgelegt. Es werde vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht, dass es nach dem Gutachten nochmals zu einer Verschlechterung gekommen sei, weshalb auf das Einholen weiterer Berichte habe verzichtet werden dürfen (S. 2). 2.4

Strittig und zu prüfen ist somit der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und dabei auch, ob die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt genügend abgeklärt hat. 3.

3.1

Dr. med.

E.____, praktischer Arzt, nannte im Bericht vom 11. Februar 2016 (Urk. 8/11/29 = Urk. 8/21/39) zuhanden der Sympany folgende Diagnosen: - grippaler Infekt - Konjunktivitis - depressive Stimmungslage

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit dem 4. Dezember

2015 bis zum 6. Januar 2016. Über die weitere Arbeitsunfähigkeit würden die psychiatrischen Spezialisten entscheiden, an welche der Beschwerdeführer überwiesen worden sei (Ziff. 6). 3.2

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. G.____, Psychologe FSP, hielten im Bericht vom 14. März 2016 (Urk. 8/1/4-6 = Urk. 8/11/26-28 = Urk. 8/11/47-49 = Urk. 8/21/5-7) fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 19. Januar 2016 in integrierter psychotherapeutischer Behandlung, wobei bisher 7 Sitzungen in meist wöchentlicher Frequenz stattgefunden hätten. Genannt wurden folgende Diagnosen (S. 1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) in Verbindung mit Burn-out-Syndrom/Erschöpfungssyndrom (Z73.0) - angeborene Missbildung, Deformation an Händen in Verbindung mit verstärkten Schmerzen seit zirka 2 Jahren (stetige Zunahme) und damit einhergehenden Existenzängsten (Z87)

Der Beschwerdeführer sei wegen vermutlich radioaktiver Intoxikation durch den Reaktorunfall in Tschernobyl 1986 mit verkrüppelten Händen (Verwachsungen) geboren worden. Im Laufe der Kindheit habe er deswegen 12 Operationen und bis im Alter von 16 Jahren Unterstützung durch die Invalidenversicherung gehabt. Er habe unbedingt Automechaniker werden wollen, was kritisch beurteilt worden sei, er habe sich aber durchgesetzt und anfangs reüssiert. Wegen des Handicaps mit den Händen habe er eine Weiterbildung gemacht und dann im Betrieb B.____ ab Februar 2014 als stellvertretender Filialleiter H.____ und ab April 2015 im gleichen Betrieb als Filialleiter in I.____ gearbeitet. Seit zirka einem halben Jahr habe er psychische Probleme, was nun auch die Arbeit tangiere

Seit zwei bis drei Jahren habe er immer mehr Schmerzen in den Händen und Armen bekommen (S. 2 Ziff. 2). Die Arbeit sei für ihn ein Traumjob, er habe immer eine hohe Motivation gehabt. Sein Ziel sei, Schadensgutachter zu werden (S. 2 Ziff. 5). Die aktuelle

Medikation laufe über den Hausarzt Dr. E.____ und bestehe in der Einnahme von Anafranil (S. 3 Ziff. 7). Aktuell sei der Patient zu 100 % krankgeschrieben. Sollten die physischen Schmerzen zurückgehen und sich dadurch die Depression und Existenzangst verringern – wobei Voraussetzung sei, dass eine Kausalverbindung zwischen den beiden Komplexen bestehe -, sollte eine volle Arbeitsfähigkeit rasch wieder möglich werden. Erwiesen sich aber die psychischen Probleme und die Behinderung als stark, werde eine längere Therapiedauer mit ganzer oder teilweiser Arbeitsfähigkeit (gemeint wohl: Arbeitsunfähigkeit) in Zukunft real (S. 3 Ziff. 10). 3. 3

Dr. med.

J.____, Fachärztin für Neurologie, nannte im Bericht vom 9. Mai

2016 (Urk. 8/1/2-3 = Urk. 8/11/20-21 = Urk. 8/11/33-34 = Urk. 8/21/23 -24) folgende Diagnosen (S. 1 oben): - leichtes sensibles Ulnaris -Reizsyndrom rechts bei Druckneuropathie am Sulcus - essentieller Tremor - Status nach wiederholten Eingriffen an beiden Händen bei kongenitalen Missbildungen und kutanen Syndaktylien zwischen dem Mittelfinger und dem Ringfinger (Dig . III-IV) rechts sowie zwischen dem Zeige- und dem Ringfinger (Dig . II-IV) links, hypoplastische Ausbildung Dig . II-IV beidseits - Status nach Schaftfraktur des fünften Mittelhandknochens (Metacarpale V) links osteosynthetisiert, Material in situ

Seit zweieinhalb Jahren arbeite der Beschwerdeführer im Büro für Autoersatzteile. Diese mache ihm zunehmend Mühe, er spüre ein Kribbeln an den Fingern eher ulnarseits, links eher im Medianusbereich, die Finger seien auch eher etwas ungeschickter und er zittere (S. 1 Mitte). Der seit zwei Jahren beklagte zunehmende Tremor an beiden Händen werde am ehesten im Sinne eines leichten essentiellen Tremors gesehen. Es finde sich kein Hinweis für eine kausal angegebene symptomatische Tremor-Form. Soweit gewünscht, würden medikamentöse symptomatische Behandlungsmassnahmen empfohlen (S. 2 unten). Bezüglich das Ulnaris -Reizsyndrom werde eine konservative Therapie mit Vermeiden weiterer Druckeinwirkung am Sulcus

Nervus

ulnaris

empfohlen (S. 1 Mitte). 3. 4

Dr. med. K.____, Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, Spital L.____, führte im Bericht vom 20. Juni 2016 (Urk. 8/1/1 = Urk. 8/11/15 = Urk. 8/11/19 = Urk. 8/11/32 = Urk. 8/11/40 = Urk. 8/21/28) aus, im Vordergrund stünden subjektiv Restbeschwerden am fünften Mittelhandknochen der linken Hand. Klinisch zeige sich ein vollständiger Faustschluss ohne Rotationsfehler mit einer Druckdolenz im Bereich des Osteosynthesematerials. Auf Wunsch des Patienten werde am 7. Juli 2016 eine Osteosynthesematerialentfernung stattfinden. Ob im weiteren Verlauf auch eine chirurgische Behandlung der sagittalen Instabilität am linken Daumengrundgelenk indiziert sein werde, werde der Verlauf zeigen.

Im Operationsbericht vom 11. Juli

2016 (Urk. 8/ 21/ 16-17) dokumentierte Dr. K.____ die am 7. Juli 2016 stattgehabte Tenosynovektomie und partielle Osteosynthesematerialentfernung (OSME) metacarpal (MC) V links. 3. 5

Dr. F.____

und lic. phil. G.____

(vorstehend E. 3.2) nannten im Bericht vom 5. Juli 2016 (Urk. 8/11/9-11 = Urk. 8/21/20-22) als Hauptdiagnose (S. 1 Ziff. 1) eine schwere depressive Episode (F32.2) in Verbindung mit einem Burn-out-Syndrom/

Erschöpfungssyndrom (Z73.0). Sie kämen in ihrer Beurteilung auf eine Erhöhung des Schweregrades, die Gesamtsituation habe sich verschlechtert. Der Beschwerdeführer habe inzwischen die eigene Wohnung aus finanziellen Gründen kündigen müssen und sei zu seinen Eltern gezogen. Ein weiterer Kündigungsgrund sei seine psychische Erkrankung gewesen. Er habe sich nicht mehr adäquat ernährt und sei chronisch erkältet (gewesen). Anfang Jahr sei aufgrund der zunehmenden Beschwerden eine Beziehung in die Brüche gegangen (S. 2 Ziff. 2). Die Medikation beinhalte die abendliche Einnahme von Remeron, die Sitzungsfrequenz sei wöchentlich (S. 2 Ziff. 5). Phasenweise sei es wieder besser gegangen, vor allem dann, als er die Vorgespräche mit der Handchirurgie gehabt habe. Unglücklicherweise sei diese medizinische Seite des Störungsbildes (die Verunsicherung, dass wieder eine Operation anstehe) durch den Patienten eher bagatellisiert oder verdrängt worden (S. 3 Ziff. 6). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100%. Falls die Handoperation erfolgreich sei und die Schmerzen wieder auf ein erträgliches Mass fielen, müsste – bei psychischer Stabilität (Konzentration, Freude an der eigenen Wirksamkeit, Selbstwert) – in ein paar Wochen/Monaten wieder volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Dazu müsse natürlich auch noch die Handchirurgie Stellung nehmen (S. 3 Ziff. 8). 3.6

Am 9. November 2016 (Urk. 8/21/10-11) berichteten Dr. F.____ und lic. phil. G.____

zuhanden der Sympany, der Zustand des Beschwerdeführers habe sich aus psychiatrisch-psychologischer Sicht nicht verändert (S. 1 Mitte). Es werde nochmals auf die Handchirurgie (Operation, geplante Operationen) verwiesen (S. 1 unten). 3.7

Im Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 24. November 2016 (Urk. 8/22) nannte Dr. F.____ als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) seit mindestens Herbst 2015 (S. 1 Ziff. 1.1). Die Prognose sei gut, wenn die anstehenden Operationen gelängen und eine berufliche Massnahme zum Erfolg führe (S. 2 Ziff. 1.4). Eine solche sei wünschenswert (S. 2 Ziff. 1.5). Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als technischer Kaufmann betrage 100% seit Januar 2016 (S. 2 Ziff. 1.6). Einschränkungen bei der bisherigen Tätigkeit (S. 2 Ziff. 1.7) bestünden in einer Behinderung der Beweglichkeit wegen der Hände/Schmerzen und in psychischen Einschränkungen durch ein depressives Geschehen im Zusammenhang mit der Missbildung. Bei der Arbeit wirkten sich diese so aus, dass der Beschwerdeführer unkonzentriert sei und die Arbeitsfähigkeit durch Schmerz vermindert sei, ebenso durch eine eingeschränkte Fingerbeweglichkeit (Zunahme in den letzten 2-3 Jahren). Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht zumutbar (gemeint wohl: unzumutbar), es sei unklar, wie lange. Aktuell stünden Operationen an. In welchem Umfang eine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar sei, müsse durch berufliche Massnahmen verifiziert werden (S. 3 Ziff. 1.7). 3.8

Dr. K.____ (vorstehend E. 3.4) führte im Bericht vom 29. November

2016 (Urk. 8/32/2-3) aus, bezüglich der OSME liege ein zeitgerechter Verlauf mit uneingeschränkter Mobilisation vor. Diesbezüglich seien keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen notwendig. Es liege jedoch eine palmar Instabilität (

Hyperlaxizität) des linken Daumengrundgelenkes vor. Die Indikation zur Lyse der Kapsel des betreffenden Gelenks könnte gestellt werden (S. 1 unten). 3.9

Am 6. Februar 2017 erstattete Dr. med. M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ihr psychiatrisches Gutachten zuhanden der Sympany (Urk. 8/32/ 12-24). Zur Berufsanamnese (S. 5 f. Ziff. 2) hielt sie unter anderem fest, der Beschwerdeführer sei zuletzt Filialleiter bei der Firma B.____, einem Grosshandel für Autoersatzteile, gewesen und habe die Arbeit sehr gerne gemacht. Die rasche Kündigung auf Ende Mai 2016 nach seiner Krankenschreibung sei sehr schlimm und auch enttäuschend gewesen. Zur psychiatrischen Anamnese führte sie unter anderem aus, der Beschwerdeführer habe trotz der Behinderung und Einschränkungen in seinem Leben viel erreicht, worauf er eigentlich auch stolz sei. Umso mehr hätten ihn die erneut wieder zunehmenden Beschwerden ab zirka 2013/2014 im Bereich beider Hände immer mehr verunsichert und nachdenklich gemacht. Insbesondere im Jahr 2015 hätten zunehmend Schmerzen im Bereich beider Hände, aber auch zunehmende psychische Beschwerden bestanden (S. 7 oben Ziff. 2.4.1).

Als Diagnose nannte Dr. M.____ eine an Intensität schwankende mittel schwere bis schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Symptomatik (F33.1/F33.2) auf dem Boden einer erheblichen psychosozialen Belastungssituation bei somatischen Komplikationen im Rahmen angeborener Missbildungen im Bereich beider Hände (S. 10 Ziff. 5). Die Behinderung an den Händen führe zu funktionellen Einschränkungen und zu Schmerzen. Dies und der Tod des Bruders 2007 an einer Stoffwechselerkrankung habe in den letzten Jahren immer wieder zu depressiven Episoden geführt, die allerdings bis lang zu keiner relevanten Leistungseinschränkung oder Krankenschreibung geführt hätten. Die Diagnosekriterien einer rezidivierenden depressiven Störung seien erfüllt. Das Ausmass der Depression sei immer wieder schwankend und abhängig von den Ergebnissen der Untersuchungen im Bereich der Hände und dem Erfolg oder Nichterfolg durchgeführter Operationen (S. 10 f. Ziff. 5). Die psychische Symptomatik sei in erheblichem Ausmass vom Verlauf der somatischen Problematik abhängig (S. 11 unten Ziff. 6).

Leider scheine die Kooperation zwischen dem delegierenden Psychiater und dem behandelnden Psychotherapeuten schlecht zu sein. Im Telefongespräch habe sich gezeigt, dass beide wenig orientiert seien über das Vorgehen des jeweils anderen. Eine Anpassung der antidepressiven Medikation sei aus fachpsychiatrischer Sicht unbedingt indiziert (S. 12 oben Ziff. 6). Der Beschwerdeführer verfüge über gute psychische Ressourcen. Das Wiedereingliederungspotential aus rein psychiatrischer Sicht sei hoch und es sei mittel- bis langfristig wieder mit der vollen Arbeitsfähigkeit des Versicherten zu rechnen unter dem Vorbehalt, dass eine solche Wiederintegration aus somatischer Sicht überhaupt möglich sein werde und unter Berücksichtigung der somatischen Einschränkungen (S. 12 Mitte Ziff. 6).

Momentan bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl in der letzten Tätigkeit als Filialleiter als auch in jeglichen Verweistätigkeiten. Die berufliche Wiedereingliederung sollte stufenweise erfolgen. Aus rein psychiatrischer Sicht sei damit zu rechnen, dass der Versicherte je nach Verlauf der somatischen Grundproblematik in den nächsten 3 bis 6 Monaten wieder die volle Arbeitsfähigkeit erreichen werde (S. 12 unten Ziff. 7). 3.10

Dr. K.____ (vorstehend E. 3.4) dokumentierte im Operationsbericht vom 14. Februar 2017 (Urk. 8/32/26) den am 10. Februar 2017 stattgehabten Eingriff in Form einer

Proximalisierung der palmaren Platte, welche durch die sagittale Instabilität des linken Daumengrundgelenks indiziert gewesen sei.

Am 23. März 2017 (Urk. 8/32/28 = Urk. 8/32/34) berichtete Dr. K.____ , es beginne nun die belastungsfreie Mobilisation mithilfe von Ergotherapie. 3.11

Dr. F.____ und lic. phil. G.____ (vorstehend E. 3.2) führten im Bericht vom 20. April 2017 zuhanden der Sympany (Urk. 8/32/30-31) aus, der Zustand des Beschwerdeführers habe sich in psychiatrisch-psychologischer Sicht nicht wesentlich verändert. Auch die Medikation sei unverändert. Der Beschwerdeführer habe sich teilweise mit seiner unsicheren Situation arrangieren können. Nach wie vor gelte die Diagnose Depression, aktuell mittelgradige Episode (F32.1). Es bestehe also eine leichte Besserung im Vergleich zum vorherigen Bericht (S. 1 unten). Längerfristig sei noch unklar, wie sich der Patient anpassen und welchen Beruf er zukünftig ausüben werde. Ihm schwebte der Beruf des Schadensbegutachters (-feststellers) für Automobile vor. Mit der Einschränkung der Hände könne er in diesem Beruf möglicherweise eine Anpassung finden und seine Leistung mit Freude erbringen (S. 2 Mitte). Es werde nochmals auf die Handchirurgie (Operation, geplante Operationen) verwiesen. Weiterhin gelte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2 unten). 3.12

Dr. K.____ (vorstehend E. 3.4) berichtete am 4. Mai 2017 (Urk. 8/32/33) , das Daumengrundgelenk sei klinisch allseits stabil. Es liege ein erfreulicher Verlauf vor. Die linke Hand könne mit Belastung mobilisiert werden, die Ergotherapie könne beendet werden. Aus handchirurgischer Sicht sei der Patient ab sofort arbeitsfähig . 3.13

Die Ärzte der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des Universitätskrankenhauses N.____

führten im Bericht vom 14. Juni 2017 zur am Vortag stattgehabten Sprechstunde (Urk. 8/33/2-3) aus, der Patient habe verschiedene Probleme, mit denen er in der aktuellen Situation nicht zufrieden sei. Um die Durchblutungssituation zu evaluieren, werde eine Angiographie veranlasst. Bei Verdacht auf Schulterluxation sei der Patient zudem an die Abteilung Orthopädie überwiesen worden. Sobald die Dokumentation vollständig sei und die Angiographiebefunde vorlägen, werde ein neuer Sprechstundentermin vereinbart (S. 2 unten).

3.14

Dr. F.____ (vorstehend E. 3.2) hielt im Bericht vom 13. Juli 2017 (Urk. 8/34) fest, die Arbeitsunfähigkeit betrage bei unveränderten Diagnosen (Ziff. 1.2) und Medikation (Ziff. 3.2) weiterhin 100 %

(Ziff. 2.2). Die letzte Kontrolle habe am 10. Juli 2017 stattgefunden (Ziff. 3.1). 3.15

Die Ärzte der Klinik für Angiologie, N.____ , nannten im Bericht vom 28. November 2017 (Urk. 8/86) als (neue) Diagnose einen konstitutionellen Vasospasmus der Hände beidseits (S. 1). Der Patient berichte über einen soweit komplikationslosen Verlauf nach multiplen Operationen mit stets abheilenden Wunden der Finger. Er habe aber praktisch stets kalte Hände und Füße. In den letzten zwei bis drei Jahren gebe es ein zunehmendes unangenehmes Kälte- und Spannungsgefühl in beiden Händen. Bei warmen Temperaturen besserten sich die Beschwerden rasch (S. 1 f.). Aktuell bestehe kein Hinweis für eine arterielle Durchblutungsstörung, die Oszillographiebefunde zeigten einen konstitutionellen Vasospasmus beider Hände ohne Hinweis auf einen Fingerarterienverschluss (S. 3 Mitte).

3.16

Die Ärzte der Abteilung Schulter/Ellbogen der Universitätsklinik O.____ führten im Bericht vom 13. Dezember 2017 (Urk. 8/44) aus, es zeige sich beim Patienten eine habituelle anteriore Schulterluxation mit anterosuperiorem Labrumriss und SLAP -Läsion. Da noch keine Physiotherapie durchgeführt worden sei, werde diese nun initialisiert (S. 2).

Am 26. März 2018 (Urk. 8/79 = Urk. 8/82/4-5) berichteten sie, der Patient habe auf die Physiotherapie nicht wesentlich angesprochen. Aus diesem Grund wäre die Indikation für eine Stabilisation nach Latarjet bei antero -inferiorer habitueller Instabilität gegeben. Der Patient lehne eine Operation zurzeit aber ab, weshalb keine weiteren Konsultationen mehr vorgesehen seien (S. 2 unten). 3.17

Am 12. März 2018 (Urk. 8/49) erteilte die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für eine Arbeitsvermittlung plus (Assessment und Stellensuche) im Zeitraum vom 19. März bis 17. August 2018. Der Beschwerdeführer nahm mehrere Termine nicht wahr und war nicht mehr erreichbar, worauf ihm die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 9. April 2018 in Aussicht stellte, die Eingliederungsmassnahme einzustellen (Urk. 8/55). Nachdem sich der Beschwerdeführer entschuldigt hatte (Urk. 8/56), teilte die Beschwerdegegnerin am 20. April 2018 mit, die Massnahme Arbeitsvermittlung Plus werde weitergeführt (Urk. 8/57). 3.18

Die Beraterin von der

Stiftung P.____ erstattete am 24. April 2018 ihren Abschlussbericht Assessment Arbeitsvermittlung (Urk. 8/60). Sie führte betreffend berufliche Ziele aus, der Beschwerdeführer könne in seinem erlernten Beruf als Automechaniker nicht zurück. Als Filialleiter möchte er so dann nicht mehr arbeiten. Gerne würde er sich innerhalb der Branche neu orientieren und sich ausgehend von der Funktion als Kundendienstberater berufsübergreifend zum Treuhänder ausbilden lassen (S. 3 oben). Der Beschwerdeführer sehe sich als Verkaufspersönlichkeit, der sehr kundenorientiert eine Filiale leite (S. 3 Mitte).

Der Regionalleiter des letzten Arbeitgebers habe betont, dass der Beschwerdeführer als stellvertretender Filialleiter in H.____ eine so gute und schnelle Entwicklung gezeigt habe, dass man ihn frühzeitig zum Filialleiter befördert und ihm die Filiale I.____ mit einem Team von fünf Angestellten anvertraut habe. Er habe sich stets dadurch ausgezeichnet, dass er ein hervorragender Verkäufer sei. Als problematisch sei erlebt worden, dass er zu hohe Ansprüche an sich selbst gestellt und dem Druck nicht standgehalten habe. Rückblickend habe sich gezeigt, dass die Filiale zu schwierig gewesen sei für einen Neueinsteiger. In sieben Jahren seien dort bereits fünf Filialleiter gewesen (S. 4 oben).

Vordergründig sei der Beschwerdeführer hoch motiviert, faktisch sei jedoch noch kein zielführendes Handeln sichtbar. Zu Beginn sei er nicht in der Lage gewesen, sich verbindlich an Termine zu halten. Inzwischen gelinge dies (S. 4 Mitte). 3.19

Am 13. Juni 2018 erteilte die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für ein Arbeitstraining bei der Q.____ AG im Zeitraum vom 4. Juni bis 3. Dezember 2018 (Urk. 8/66). Das Arbeitsverhältnis wurde am 13. Juli 2018 seitens des Arbeitgebers auf den 20. Juli 2018 gekündigt (Urk. 8/71) und das Arbeitstraining entsprechend durch die Beschwerdegegnerin per 20. Juli 2018 vorzeitig abgebrochen (Urk. 8/75).

Im Schlussbericht vom 9. August 2018 zum Coaching Trainingsplatz (Urk. 8/77) führte die Beraterin von P.____ (vorstehend E. 3.18) aus, der Beschwerdeführer sei hoch motiviert in

seine Tätigkeit als Sachbearbeiter Treuhand mit einem Pensum von rund 50 % gestartet, habe die vorgesehenen Präsenzzeiten aber nicht verbindlich einhalten können. Innerhalb der sechs Wochen im Einsatz sei es zu insgesamt 9 Absenztagen gekommen (S. 1 unten). Die Absenzen seien gegenüber dem Arbeitgeber zu wenig transparent beziehungsweise zum Teil erst im Nach hinein erklärt worden (S. 2 Mitte). Der Beschwerdeführer habe trotz Taubheits gefühlen in den Fingern am PC ohne Spracherkennungssoftware gearbeitet. Zusätzlich zu den Sensibilitäts- und Durchblutungsstörungen leide er unter starkem Schwitzen. Die schweissnassen Hände seien beim Hantieren mit Dokumenten und beim Autofahren zu einer Belastung geworden (S. 4 unten). Es bleibe unklar, ob es körperliche oder zusätzliche Probleme seien, die es für den Beschwerdeführer nicht möglich machten, die tägliche Präsenz am Arbeitsplatz verbindlich einzu halten (S. 3 Mitte). Die Beraterin zweifle an der effektiven Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Dieser wolle baldmöglichst wieder an einem Training teilnehmen, da es ihm psychisch dank des Einsatzes besser gegangen sei (S. 5 unten).

Am 5. September 2018 schloss die Beschwerdegegnerin die Arbeitsvermittlung im Einverständnis mit dem Beschwerdeführer (vgl. Urk. 8/81 S. 15 unten) ab (Urk. 8/80). 3.20

Die Ärzte der Klinik für Angiologie, N.____, führten im Bericht vom 11. Juli 2018 (Urk. 8/84 = Urk. 8/100) aus, der Beschwerdeführer berichte über nach wie vor bestehende kalte Finger beidseits mit einer Verschlechterung in der kalten Jahreszeit, wo es sogar zur bläulichen Verfärbung komme. Sei einer gewissen Zeit sei es zudem zu vermehrtem Schwitzen (Axilla und Hände) gekommen. Das axilläre Schwitzen vermehre sich vor allem, wenn ein zunehmendes Kältegefühl im Bereich der Finger auftrete (S. 2 oben). In den Untersuchungen hätten sich keine Auffälligkeiten ergeben. Es werde von einem möglichen sekundären Raynaud-Phänomen bei hier stattgehabten wiederholten Operationen mit möglichen vaskulären Störungen ausgegangen (S. 3 unten). 3.21

Dr. F.____ (vorstehend E. 3.2) nannte im Bericht vom 20. November 2018 (Urk. 8/93) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.2): - Remission F32.1 - angeborene Missbildung der Hände mit wiederholenden Operationen und Anwachsen der Schmerzen seit mindestens Herbst 2015 - Verdacht auf undifferenzierte Schizophrenie (F20.3)

Die letzte Kontrolle habe am 13. November 2018 stattgefunden (S. 2 Ziff. 3.1). Der Beschwerdeführer habe Schwierigkeiten, Termine regelmässig wahrzunehmen. Er habe intersubjektiv das Gefühl, dass ihm «die Felle davonschwimmen», er wirke «wurstig». Einerseits gebe es eine Schmerzzunahme, was eine kontinuierliche Verschlechterung plausibel mache, andererseits zeige er aber auch einen plötzlichen Leistungsabfall, ohne sich später zu erholen (S. 1 Ziff. 1.3). Die bisherige Tätigkeit als Filialleiter sei momentan nicht möglich. In einer angepassten Tätigkeit im Bürobereich könne der Beschwerdeführer eventuell 2 Stunden pro Tag arbeiten (S. 1 Ziff. 2.1). In den Jahren 2016 bis 2017 habe die Behandlung alle 2 Wochen stattgefunden, im Jahr 2018 einmal monatlich (S. 2 Ziff. 3.1). 4.4.1

Am 25. November 2019 erstatteten

die fallführenden Dr. med.

R.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin,
und Dr.

S.____ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, zusammen mit den Teilgutachtern Dr. med.

T.____ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, Dr. med.

U.____ , Facharzt für Neurologie, und pract . med.

V.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, MEDAS C.____ , ihr polydisziplinäres Gutachten (Urk. 8/114). 4.2

Dr. T.____ nannte im rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 8/114/23-29) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4 f.): - Schulterschmerzen rechts, ausgeprägte funktionelle Einschränkung - multifaktoriell - anamnestisch bei habitueller chronischer anteriorer Schulterinstabilität und

anterosuperiorem Labrumriss (Klinik O.____ 13. Dezember 2017) - kongenitale Missbildungen (Syndaktylien) der Finger Dig . II und IV rechts, Dig . II und IV links, hypoplastische Ausbildung Dig . II und IV beidseits rechtsbetont - anamnestisch Status nach multiplen Voroperationen

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 5 oben): - Status nach Metacarpale Fraktur V Schaft 2011 - Status nach Osteosynthese 2011 - Status nach partieller Metakarpale Entfernung im Juli 2016 (S. 5 unten) - Proximalisierung der palmaren Platte bei sagittaler Instabilität Dauermengengelenk links am 10. Dezember 2017 - leichtes sensibles Ulnaris -Reizsyndrom rechts Neurologie - vasospastische Handischämie beidseits (Angiologie N.____ am 11. Juli 2018)

Bei der Anamnese wurde unter anderem festgehalten, der Beschwerdeführer sei « nicht gross am Computer », da er andere Probleme habe, als am Computer zu sitzen. Die Tastatur könne er im Zweifingersystem gut bedienen, er habe hier sein eigenes System entwickelt (S. 2 unten) . Die Arbeit als Filialleiter beinhalte so ein bisschen alles: Büro, Kundengespräche, Eventplanung, Lagerbewirtschaftung, Lagerarbeiten. Im Kundenberatungsdienst könne er nicht mehr arbeiten. Eine eindeutige Begründung hierfür habe er nicht angeben können (S. 3 oben). Auf eine Bildgebung sei verzichtet worden, da davon bezüglich Arbeitsfähigkeit keine weiteren Informationen erwartet würden (S. 4 Ziff. 4.2).

Unter Berücksichtigung der Schulterproblematik rechts sowie der angeborenen dysplastischen Veränderungen der Finger zeige sich eine rheumatologisch-rehabilitativ gut nachvollziehbare Einschränkung der Belastungsfähigkeit der oberen Extremität . Sämtliche mittelschweren bis schweren körperlichen Tätigkeiten seien grundsätzlich nicht zumutbar. Retrospektiv möge es vielleicht erstaunen, dass der Versicherte die Lehre als Automechaniker abgeschlossen habe. Dies reflektiere aber die Erfahrungen im allgemeinen Alltag, dass mit entsprechendem Willen trotz Handicapierung erstaunlichste Berufsleistungen erreicht würden. Sowohl in Bezug auf die Schulter wie auf die Fingergelenke sei eine leichte körperliche Tätigkeit, wechselbelastend mit Schreib- und Administrativarbeiten durchaus möglich. Aufgrund der erheblichen somatischen Probleme unter Berücksichtigung des vermehrten Schwitzens sowie des angiologisch festgestellten Vasospasmus und bei möglicher vermindert Belastung am linken Daumen werde im Sinne einer subjektiven Beurteilung von einer 20%igen Einschränkung auch bei leichten körperlichen Tätigkeiten ausgegangen (S. 6 Mitte Ziff. 7).

Trotz somatisch zweifellos erheblichen Problemen wirke der Versicherte ausser ordentlich klagsam, die Krankheitsbewältigung sei passiv ausgerichtet. Der geschilderte Alltag (nur Staubsaugen links möglich, keine weiteren Haushaltsarbeiten, Tagesablauf bestehend aus Übungen, etwas Spazieren und Pausen) überzeuge bei diesem sonst vital und kräftig wirkenden Versicherten nicht. Auch das beklagte Beschwerdebild beim Arbeitsversuch sei mit den rheumatologischen Befunden nicht vereinbar. Der dargelegte Leidensdruck überzeuge auch deshalb nur ungenügend, weil in den letzten ein bis zwei Jahren trotz subjektiv geschilderter massiver Verschlechterung keine fachärztlichen Beurteilungen und Therapien in Anspruch genommen worden seien. Die letzte Serie Physiotherapie sei 2018 absolviert worden (S. 6 unten Ziff. 7).

Der Versicherte werde in einer leichten körperlichen Tätigkeit und – basierend auf seinen Schilderungen sowie unter Berücksichtigung des eingesehenen Aufgabengebiets im Arbeitszeugnis vom 31. Mai 2016 – somit auch als Filialleiter im Autogewerbe als arbeitsfähig gesehen. Aufgrund der multilokulären Problematik werde eine Einschränkung von 20 % auch in dieser leichten körperlichen Tätigkeit (generell vermehrter Pausenbedarf) als gerechtfertigt erachtet (S. 6 f. Ziff. 8). Grundsätzlich seien alle körperlichen Tätigkeiten zumutbar. Nicht zumutbar seien häufiges Heben und Tragen von Gewichten ab 5 kg über Beckenhöhe, Arbeiten mit Sicherungsfunktionen für andere Personen und für sich selber, vorwiegend feinmanuelle Arbeiten (zum Beispiel Montagearbeiten) und häufige Tätigkeiten in der Kälte oder mit Vibrationen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte auch retrospektiv, theoretisch ab der IV-Anmeldung (S. 7 Ziff. 8). 4.3

Dr. U.____ nannte im neurologischen Teilgutachten (Urk. 8/114/30-38) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 6): - kongenitale Missbildung der Hände, Status nach mehrfachen Operationen - Hyperhidrose - Tremor

Bei sämtlichen manuellen Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer durch die Missbildungen der Finger, kaum jedoch durch den Tremor behindert. Zudem störe die starke Hyperhidrose der Hände, insbesondere beim Umgang mit Papieren. Allerdings habe er eine Ausbildung zum Automechaniker absolviert und in dieser Tätigkeit arbeiten können, auch die Umschulung und der Einsatz in administrativer Tätigkeit sei gelungen (S. 5 Ziff. 7.2). Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den aktuellen Klagen und der Performance in früheren Tätigkeiten bei einer grundsätzlich stationären Situation (S. 6 Ziff. 7.5). Der Beschwerdeführer schildere, dass er nur kurze Zeit und auch nur verlangsamt an der Tastatur arbeiten könne. Bei groben wie feinen manuellen Arbeiten sei er behindert, was wohl auch seinerzeit zur Aufgabe dieser Tätigkeit geführt habe. Eine Arbeitsfähigkeit als Sachbearbeiter könne er bewerkstelligen. Eine leichte Einschränkung sei plausibel. Tastaturschreiben und weitere manuelle Tätigkeiten seien nur in eingeschränktem Rahmen möglich. Betreffend die Leistungsfähigkeit werde auf die Einschätzung im rheumatologischen Teilgutachten verwiesen. Weitere Einschränkungen liessen sich nicht begründen. In Bezug auf die Motorik der Hände und Finger könne keine Besserung erreicht werden. Betreffend das Schwitzen seien die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft. Einerseits sei eine Behandlung mit Botulinumtoxin für das axilläre Schwitzen, andererseits eine Sympathikusblockade für das periphere Schwitzen zu diskutieren (S. 6 Ziff. 8). 4.4

Med. pract. V.____ nannte im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 8/114/39-52) folgende Diagnosen (S. 10 Ziff. 6): - Status nach depressiver Episode, mittelgradig (F32.1) - Verdacht auf sich entwickelnde Phobie (F40.8)

Heute seien weder nach Psychostatus noch nach klinischem Eindruck und Angaben des Exploranden ausreichend Kriterien für eine Depression erfüllt, diese Störung sei remittiert seit mindestens November 2018. Allenfalls gebe es Hinweise darauf, dass sich eine Phobie entwickeln könnte, die entsprechenden Kriterien seien aber (noch) nicht erfüllt (S. 10 Ziff. 6).

Durch Dr. F. ___ sei am 14. März 2016 nachvollziehbar eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Der Grad an Arbeitsunfähigkeit wirke aber eher zu hoch. Indem derselbe Autor am 5. Juli

2016 den Schweregrad der Depression auf schwer erhöht habe, scheine nun die Arbeitsunfähigkeit von 100 % nachvollziehbar. Im November 2016 habe Dr. F. ___

einerseits gemeint, der Zustand habe sich nicht verändert, am 24. November 2016 aber geschrieben, es läge eine mittelgradige depressive Episode seit mindestens Herbst 2015 vor (S. 12 oben Ziff. 7.1). Die von der psychiatrischen Gutachterin Dr. M. ___ im Februar 2017 gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelschwere bis schwere Episode, sei in Bezug auf den Schweregrad nachvollziehbar. Eher nicht nachvollziehbar sei, dass sie von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgehe. Weder seien ihr Berichte von vor 2016 vorgelegen, die dies belegen würden, noch reichten Trauer um den verstorbenen Bruder und Hänseleien als Tatsachen aus, um eine Depression zu belegen. Deshalb werde für anfangs 2017 die Diagnose einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode für überwiegend wahrscheinlich gegeben erachtet. Die angegebene Arbeitsunfähigkeit von 100 % erscheine plausibel. Irritierend sei hingegen, dass der behandelnde Psychiater Dr. F. ___ am 20. April 2017 geschrieben habe, der Explorand habe nach wie vor eine «aktuell mittelgradige depressive Episode» und erhalte Remeron 30mg pro Tag, da einerseits dieser Schweregrad im Widerspruch zum nur kurz zuvor im Gutachten und vom Autor selber früher angegebenen Schweregrad stehe und andererseits die Dosierung – bei zu diesem Zeitpunkt unverändert bestehender Diagnose – mit 30 mg zu niedrig sei (S. 12 Mitte Ziff. 7.1). Die erwähnten Berichte belegten deutlich das Vorliegen einer depressiven Episode, die überwiegend wahrscheinlich ab etwa Ende 2015 bis Frühjahr 2017 gedauert habe. Zumindest ab Ende 2018 gelte die Depression beim Exploranden als remittiert. Der Schweregrad sei mittelgradig gewesen mit Tendenz zur Schweregradigkeit (S. 12 unten Ziff. 7.1).

Der Beschwerdeführer habe angegeben, er könne sich nicht gut konzentrieren. Zumindest im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens seien aber keine Hinweise auf Konzentrationsstörungen festzustellen gewesen. Gewisse affektive Schwankungen erschienen glaubhaft dargelegt, erklärten jedoch keine psychiatrische Störung mit eigenem Krankheitswert (S. 13 Ziff. 7.1). Der Explorand sei in der Lage gewesen, trotz seiner Behinderung Ausbildungen zu absolvieren und seiner Arbeit nachzugehen. Dafür, dass er für die Aufgaben überfordert gewesen wäre, gebe es keine klaren Hinweise. Seine Ressourcen seien klar positiv (S. 13 Ziff. 7.4). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 100 %. Von Ende 2015 bis längstens November 2018 dürfte die Arbeitsunfähigkeit bei etwa 60 bis 70 % gelegen haben, seit November 2018 liege keine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen mehr vor (S. 13 Ziff. 8). 4.5

In der Gesamtbeurteilung (Urk. 6/114/1-19) erachteten die leitenden Dr. R. ___ und Dr. S. ___ den Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Kundendienstberater und Filialleiter (körperlich leichte Tätigkeit) aus rheumatologischer Sicht zu 80 % arbeitsfähig.

Grundsätzlich bestehe volle Arbeitsfähigkeit, aufgrund der multilokulären Problematik bestehe aber eine Einschränkung von 20 % mit vermehrtem Pausenbedarf (S. 18 Ziff. 4.7). Auch jede alter native angepasste Tätigkeit sei im selben Ausmass zumutbar. Nicht zumutbar seien mittelschwere bis schwere körperliche Arbeiten (inklusive Tätigkeit als Automechaniker) sowie vorwiegend feinmanuelle Arbeiten und häufige Tätigkeiten in der Kälte oder verbunden mit Vibrationen (S. 18 Ziff. 4.8). 4.6

Dr. med. W.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 20. Dezember 2019 (Urk. 8/11 5 S. 8-10) aus, das MEDAS-Gutachten (vorstehend E. 4.1-5) sei beweiskräftig (S. 8 Mitte). In der bisherigen Tätigkeit als Filialleiter und in einer angepassten Tätigkeit bestehe in psychischer Hinsicht eine 65%ige Arbeitsunfähigkeit (60 bis 70 %) von Ende 2015 bis längstens November 2018. Ab diesem Zeitpunkt liege keine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen mehr vor. In somatischer Hinsicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % mit Verminderung des Rendements von 20 % wegen vermehrten Pausenbedarfs seit 31. Mai 2016 (S. 9 Mitte). 4.7

Die Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin gelangte am 27. Dezember 2019 zum Schluss, eine depressive Episode sei behandelbar und grundsätzlich invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant. Auch die behandelnden Psychiater seien stets von einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation ausgegangen. Dass der RAD-Arzt nun eine Arbeitsunfähigkeit aufliste, sei nachvollziehbar. Diese sei allerdings für den Entscheid nicht zu berücksichtigen, abzustützen sei nur auf die Angaben aus somatischer Sicht. Bereits vor Ablauf der Wartefrist habe lediglich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bestanden (Urk. 8/11 5 S. 10). 5. 5.1

Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 25. November 2019 (E. 4) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet. Es ist somit beweiskräftig (E. 1.5), weshalb grundsätzlich in Übereinstimmung mit der entsprechenden Stellungnahme des RAD (E. 4.6) darauf abgestellt werden kann.

Mit der Beschwerdegegnerin (E. 2.3) wurde von den Gutachtern der aktuelle Gesundheitszustand vollumfänglich abgeklärt, wobei auch die Missbildungen der Finger und die daraus resultierenden Funktionseinschränkungen der Hände berücksichtigt wurden. Es ist daher nicht ersichtlich, inwiefern der vom

Beschwerdeführer beantragte Beizug von älteren Akten der Invalidenversicherung – sofern solche effektiv existieren sollten, was von der Beschwerdegegnerin bestritten wird (E. 2.3) –, der Unfallakten aus dem Jahr 2011 betreffend den Bruch des Mittelhandknochens der linken Hand oder des die Sehnenoperation im Jahr 2007 betreffenden Berichts neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falles entscheidende Erkenntnisse liefern könnten. Zu vage ist das Vorbringen des Beschwerdeführers, es könnten sich aus diesen Akten noch weitere, nicht offensichtliche Gesundheitsschäden ergeben (E. 2.2).

Anlässlich der polydisziplinären Begutachtung wurde der Beschwerdeführer so wohl von einem Rheumatologen als auch von einem Neurologen eingehend untersucht, wobei diesen Spezialisten mit der Beschwerdegegnerin (vorstehend E. 2.3) auch diverse Facharztberichte aus dem Bereich Handchirurgie vorlagen (vgl. etwa vorstehend E. 3.4, E. 3.8, E. 3.10,

E. 3.12, E. 3.13). Entgegen dem Beschwerdeführer war die Aktenlage somit keinesfalls mager, weshalb auch der monierte Verzicht auf eine Bildgebung durch den rheumatologischen Teilgutachter nicht zu beanstanden ist. Den begutachtenden Spezialisten ist zuzutrauen, dass sie eine fundierte Entscheidung darüber zu treffen vermochten, ob trotz der bereits vor handenen umfangreichen Dokumentation der Beizug eines Handchirurgen notwendig war oder eben nicht. Für die fehlende Notwendigkeit eines solchen Bei zugs und eine Stabilität der handchirurgischen Situation spricht klarerweise die Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer bereits seit dem 14. Juni 2017 (E. 3.13) nicht mehr zu einem Handchirurgen und nach 2018 auch nicht mehr in Physio therapie begeben hatte, was mit dem rheumatologischen Teilgutachter (E. 4.2) auf einen fehlenden diesbezüglichen Leidensdruck schliessen lässt. Mit der Beschwer degegnerin (E. 2.3) sind sodann allfällige weitere Akten zum Geburtsgebrechen nicht von Bedeutung, nachdem vorliegend eine Erstsprache einer Rente zur Diskussion steht und der heutige Gesundheitszustand umfassend abgeklärt wurde. Welche aktuellen Arztberichte schliesslich konkret nicht eingeholt worden seien und weshalb diese relevant seien, führt e

d er Beschwerdeführer nicht näher aus (E. 2.2), weshalb er diesbezüglich nicht zu hören ist. Auf weitere Abklärungen ist im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung zu verzichten (BGE 122 V 157 E. 1d).

5.2

Einen Widerspruch erblickt der Beschwerdeführer darin, dass der neurologische Teilgutachter ihn als Filialleiter arbeitsfähig schreibe, obwohl ihm gemäss Belastungsprofil Tastaturschreiben nur in eingeschränktem Rahmen möglich sei. Denn diese Tätigkeit bestehe grossmehrheitlich aus Arbeiten am Computer und damit praktisch ausschliesslich aus Tastaturschreiben (E. 2.2). Dieses vom Be schwerdeführer nun geltend gemachte Stellenprofil eines Filialleiters lässt sich indes weder mit der Alltagserfahrung noch mit den Akten in Einklang bringen. So hatte der Beschwerdeführer gegenüber dem rheumatologischen Teilgutachter geschildert, die Arbeit als Filialleiter beinhalte so ein bisschen alles: Büro, Kun dengespräche, Eventplanung, Lagerbewirtschaftung, Lagerarbeiten (E. 4.2). Dies deckt sich mit den Angaben im Arbeitszeugnis vom 31. Mai 2016 (Urk. 8/2/2), wo ein sehr breites Aufgabengebiet beschrieben wurde, innerhalb welchem viele Tätigkeiten – insbesondere die Führungs- und Organisationsaufgaben – weit gehend auch ohne Einsatz einer Computertastatur zu bewältigen sind.

Sein letzter Arbeitgeber erwähnte denn die Handsituation auch nicht als Grund für das Scheitern des Beschwerdeführers (E. 3.18). Selber gab der Beschwer deführer gegenüber dem rheumatologischen Teilgutachter an, er könne die Tastatur im Zweifingersystem gut bedienen, er habe hier sein eigenes System entwickelt (E. 4.2). Auch wenn der Beschwerdeführer sie bei seinem Arbeitsversuch im Sommer 2018 nicht benutzen wollte (E. 3.18), existiert sodann grundsätzlich auch Spracherkennungssoftware, die zur Erleichterung der Eingaben am Computer ein gesetzt werden könnte. Dass Tastaturschreiben nur in eingeschränktem Rahmen möglich sei, hielt der neurologische Teilgutachter zwar effektiv fest. Er berücksichtigte dies jedoch bei der Bemessung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und hielt explizit fest, der Beschwerdeführer könne eine Arbeitsfähigkeit als Sachbearbeiter bewerkstelligen (E. 4.3).

Die Schlussfolgerung der Gutachter, dass die bisherige Tätigkeit als Filialleiter in somatischer Hinsicht weiterhin zumutbar sei, ist somit schlüssig. Gleiches gilt für die

Einschätzung, dass der Beschwerdeführer angesichts der multilokulären Problematik in seiner Leistungsfähigkeit bei vermehrtem Pausenbedarf um 20 % eingeschränkt ist. Daraus resultiert in der bisherigen und zugleich leidensan gepassten Tätigkeit als Filialleiter eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht. 5.3

Der Umkehrschluss, er sei als Filialleiter arbeitsfähig, weil er 2 Jahre in diesem Beruf gearbeitet habe, sei gemäss dem Beschwerdeführer zynisch angesichts der Tatsache, dass er gerade deshalb in ein Burnout hineingelaufen sei, weil er der Arbeit nicht gewachsen gewesen sei (E. 2.2). Damit schlägt er den Bogen zur psychiatrischen Seite. Die psychiatrisch behandelnden Dr. F.____ und lic. phil.

G.____

vermuteten eine Kausalverbindung zwischen dem somatischen und dem psychischen Gesundheitszustand (E. 3.2, E. 3.5, E. 3.7) , und auch die psychiatrische Gutachterin Dr. M.____ hielt im Februar 2017 fest, das Ausmass der Depression sei immer wieder schwankend und abhängig von den Ergebnissen der Untersuchungen im Bereich der Hände und dem Erfolg oder Nichterfolg durchgeführter Operationen (E. 3.9). Hinweise für einen allfälligen diesbezüglichen Kausalzusammenhang bestehen somit, wobei allerdings zu beachten ist, dass sich der psychiatrische MEDAS-Gutachter hierzu nicht explizit äusserte (E. 4.4).

Gewinnen liesse sich für den Beschwerdeführer ohnehin höchstens dann etwas, wenn sich belegen liesse, dass eine somatische Überforderung am Arbeitsplatz zu seinen psychischen Beschwerden geführt hätte. Gegen diese These sprechen je doch nicht nur das sorgfältig erstellte und oben diskutierte Belastungsprofil (E. 5.2) , sondern insbesondere auch die Aussagen des damaligen Arbeitgebers: Der Beschwerdeführer habe eine sehr gute Entwicklung als stellvertretender Filialleiter gezeigt und sei deshalb früh zum Filialleiter befördert worden. Die ihm anvertraute Filiale, welche in sieben Jahren fünf verschiedene Filialleiter gehabt habe, sei aber rückblickend zu schwierig gewesen für einen Neueinsteiger (E. 3.18). Dies legt nahe, dass andere Gründe ausschlaggebend waren für das Scheitern des Beschwerdeführers als dessen physische Möglichkeiten . Letztere erwähnte der Arbeitgeber nicht einmal. Dr. F.____ und lic. phil.

G.____ berichteten am 14. März 2016 vielmehr, dass es die seit zirka einem halben Jahr bestehenden psychischen Probleme seien, die nun auch die Arbeit tangierten (E. 3.2). Gegenüber Dr. M.____ äusserte der Beschwerdeführer sodann, es hätten ihn die erneut wieder zunehmenden Beschwerden ab zirka 2013/2014, insbesondere im Jahr 2015, im Bereich beider Hände immer mehr verunsichert und nachdenklich gemacht . Seine Arbeit habe er sehr gerne gemacht und die rasche Kündigung sei sehr enttäuschend gewesen (E. 3.9) . Die Zunahme der Beschwerden begann also schon vor dem Stellenantritt des Beschwerdeführers als stellvertretender Filialleiter er im Februar 2014 und hinderte ihn insbesondere nicht daran, in dieser Funktion – welche er offenbar sehr gerne ausführte - eine so gute Arbeit zu machen, dass er bald befördert wurde. Der behandelnde Handchirurg Dr. K.____

attestiert denn auch keine Arbeitsunfähigkeit und hielt am 4. Mai 2017 unmissverständlich fest, der Beschwerdeführer sei aus handchirurgischer Sicht ab sofort arbeitsfähig (E. 3.12).

Im Ergebnis spricht also auch mit Blick auf die Vergangenheit kaum etwas dafür, dass der Beschwerdeführer seiner Arbeit als Filialleiter in somatischer Hinsicht nicht gewachsen wäre oder gewesen wäre. Bezeichnenderweise äusserte er sich gegenüber der Beraterin von P. ___ auch so, dass er als Automechaniker nicht mehr arbeiten könne, als Filialleiter hingegen nicht mehr arbeiten möchte (E. 3. 18). Auch gegenüber dem rheumatologischen Teilgutachter konnte er keine eindeutige Begründung angeben, weshalb er nicht mehr im Kundenberatungsdienst arbeiten könne (E. 4.2). Hätte es am Tastaturschreiben gelegen, so wäre dieser Grund für ihn aber einfach zu benennen gewesen. Relevante diesbezügliche Erschwernisse wurden denn auch im Schreiben vom 22. Dezember 2020 (Urk. 11) keine angegeben, in welchem der Beschwerdeführer über seine im Herbst 2020 neu aufgenommene Tätigkeit als Geschäftsführer der D. ___ GmbH informierte.

Der Fokus verschiebt sich somit endgültig auf die psychische Seite. Auch hier ist zunächst anzumerken, dass ein erlittenes «Burnout» an einer Arbeitsstelle für sich gesehen noch kein Beleg dafür ist, dass die entsprechende Tätigkeit generell ungeeignet wäre. 5.4

Die Beurteilung durch den psychiatrischen MEDAS-Teilgutachter (E. 4.4) , wonach überwiegend wahrscheinlich von Ende 2015 bis Frühjahr 2017 eine depressive Episode mit einem zwischen mittel und schwer schwankenden Schweregrad vor gelegen habe, welche spätestens Ende 2018 remittiert sei , wurde vom RAD-Arzt (E. 4.6) und den Parteien (E. 2.2-3) grundsätzlich ebenso wenig angezweifelt wie sein Schluss auf eine Arbeitsunfähigkeit in diesem Zeitraum von etwa 60 bis 70 % , die der RAD-Arzt mathematisch korrekt in eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 65 % umrechnete.

Diese Beurteilung durch med. pract . V. ___ ist schlüssig und gut nachvollziehbar. Insbesondere setzte er sich sorgfältig und differenziert mit den in den Akten liegenden echtzeitlichen Berichten der behandelnden Dr. F. ___ und lic. phil.

G. ___ sowie dem im Februar 2017 von Dr. M. ___ zuhanden der Krankenkasse erstatteten psychiatrischen Gutachten (E. 3.9) auseinander. Die von letzterer attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % erachtete er ebenso als nachvollziehbar wie den Schweregrad einer an Intensität schwankenden mittelschweren bis schweren depressiven Episode. In Frage stellte er mit guten Argumenten lediglich das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung. Diese Frage ist für den Ausgang des vorliegenden Verfahrens nicht entscheidend und kann daher offenbleiben.

Entscheidend ist, dass auch das Gutachten vom Februar 2017 von einer neutralen Fachperson erstellt wurde , deren sorgfältige Expertise grundsätzlich ebenfalls voller Beweiswert zukommt. Dr. M. ___ attestierte eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit von 100 % und prognostizierte je nach Verlauf der somatischen Grundproblematik das Erreichen einer vollen Arbeitsfähigkeit in den nächsten 3 bis 6

Monaten aus psychiatrischer Sicht.

Dies sollte sich insofern bewahrheiten, als Dr. F. ___ am 20. November 2018 von einer Remission der depressiven Episode berichtete (E. 3. 21). Im dazwischen liegenden Zeitraum hatte er am 20. April 2017 (gemeinsam mit lic. phil. G. ___) und am 13. Juli 2017 noch einen unveränderten Gesundheitszustand attestiert (E. 3.11 und E. 3.14). Für den Zeitraum vom

E. 6

bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der

Krankentaggeldversicherung Sympany Versicherungen AG (Sympany) bei (Urk. 8/11; Urk. 8/21; Urk. 8/32) und holte bei der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) C.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 25. November 2019 erstattet wurde (Urk. 8/114).

Nach ergangenem Vorbescheid (Urk. 8/116) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. Juni 2020 einen Rentenanspruch (Urk. 8/121 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am

26. Juni 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 2. Juni 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei das Verfahren an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach Beizug aller IV-Akten und medizinischer Berichte die polydisziplinäre Begutachtung wieder hole und hernach über seine Leistungsansprüche neu entscheide. Eventuell sei ihm ab 1. Dezember 2016 bis Februar 2019 eine ganze und ab 1. März 2019 eine halbe Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. September 2020 (Urk.

E. 6.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 6. 2

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat.

E. 6.3

Die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als Filialleiter entspricht auch einer leidens angepassten Tätigkeit, wobei eine prozentuale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Nachgegangen ist er seit der Beendigung des letzten Arbeitsverhältnisses Ende Mai 2016 keiner entlohnten Arbeit mehr. Es erscheint daher als angemessen, einen Prozentvergleich (vgl. E. 6.2) anzustellen, wobei der Invaliditätsgrad der Arbeitsunfähigkeit entspricht.

Der Invaliditätsgrad beträgt somit 65 % für den Zeitraum von Ende 2015 bis zum

E. 7

) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 11. September 2020 wurden antragsgemäss (vgl.

Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

E. 7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat der obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ist die Prozessentschädigung ermessensweise auf Fr. 2'800.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin folglich zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung in der Höhe von Fr. 2'800.-- zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die

Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 2. Juni 2020 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis zum 28. Februar 2019 Anspruch auf eine befristete Dreiviertelrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 15 sowie Urk. 16/1-10 - Pensionskasse Y.____ - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diese Entscheidung 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 dem 5. 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
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
Boller

E. 9

). Am 22. Dezember 2020 teilte der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin und dem hiesigen Gericht (in Kopie) mit, er sei derzeit unentgeltlich und testweise als Geschäftsführer der im Oktober 2020 von seinem Bruder neu gegründeten D.____ GmbH tätig, welche den Handel und die Reparatur von Motorfahrzeugen aller Art bezwecke (Urk. 11).

Mit Gerichtsverfügung vom 5. März 2021 (Urk. 13) wurde die Pensionskasse Y.____ zum Prozess beigeladen. Sie reichte innert der angesetzten Frist keine Stellungnahme ein, weshalb wie angekündigt von einem entsprechenden Verzicht ausgegangen wird.

Mit Eingabe vom 19. März 2021 (Urk. 15) reichte der Beschwerdeführer Korrespondenz aus den Jahren 1987-1992 betreffend sein Geburtsgebrechen (Urk. 16/1-10)

mit dem Hinweis ins Recht, dass die Beschwerdegegnerin über umfangreiche Akten zum Geburtsgebrechen verfügen müsste. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 13

. November 2018 und seither 20 % (vgl. E. 5.6) 6. 4

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches. Die IV-Anmeldung ging am 28. Juli 2016 bei der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 8/3 sowie Aktenverzeichnis zu Urk. 8). Ein Rentenanspruch besteht somit ab dem 1. Januar 2017, nachdem auch die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG zu diesem Zeitpunkt abgelaufen war. Der Beschwerdeführer hat demnach Anspruch auf eine befristete Dreiviertelrente ab 1. Januar 2017.

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate

angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Leistungsanpassung in der Regel erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der Änderung vorzunehmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.3; vgl. ZAK 1984 S. 134; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_32/2015 vom 10. September 2015 E. 4.1 und I 583/05 vom 15. März 2006 E. 2.3.2 je mit Hinweisen).

Nachdem die Verbesserung des Gesundheitszustands im November 2018 eintrat (vorstehend E. 5.4), besteht ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine befristete Dreiviertelsrente bis zum 28. Februar 2019. 6. 5

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist daher die angefochtene Verfügung

vom 2. Juni 2020 mit der Feststellung aufzuheben, dass der Beschwerdeführer für den Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis zum 28. Februar 2019 Anspruch auf eine befristete Dreiviertelsrente

hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 7.

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