

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00732 vom 23. August 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-08-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00732](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00732)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00732 du 23 août 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00732 del 23 agosto 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1986 geborene X.\_\_\_\_, welcher zuletzt als Portier bei der

Y.\_\_\_\_ GmbH angestellt war (Urk. 9/12 S. 68 ; Kündigung per 31. Mai 2017, Urk. 9/12 S. 62 ), meldete sich am 4. Juni 2018 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf eine seit April 2017 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 9/4).

Die IV-Stelle zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 9/12 , 9/20 ), holte Arztberichte ein (Urk. 9/26 f. ), führte ein Standortgespräch durch (Protokoll vom 13. Juli 2018, Urk. 9/18) und teilte dem Versicherten am 23. November 2018 mit, dass aufgrund seines Gesundheitszustandes derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 9/23).

In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie und Orthopädie (Urk. 9/33 , 9/39 -44 , 9/46 -57 ) .

Die Medizinische Abklärungsstelle Z.\_\_\_\_ erstattete das Gutachten, datierend vom 20. Februar 2020, am 19. März 2020 (Urk. 9/59). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 16. Juni 2020 [Urk. 9/63]; Einwand vom 7. September 2020 [Urk. 9/68]) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 18. September 2020 einen Leistungsanspruch des Versicherten (Urk. 2 [= Urk. 9/71]).

### **E. 1.1**

Obwohl von keiner Seite aufgeworfen, stellt sich zunächst die Frage nach der Zuständigkeit des hiesigen Gerichts zur Beurteilung der Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 18. September 2020 (Urk. 2) , zumal die kantonalen Gerichte ihre Zuständigkeit – wie auch diejenige ihrer Vorinstanzen – von Amtes wegen zu prüfen haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_891/2010 vom 31. Dezember 2010 E. 2.2) .

Gemäss Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ( ATSG ) ist für die Beurteilung von Beschwerden das Versicherungsgericht desjenigen Kantons zuständig, in dem die versicherte Person oder der Beschwerde führende Dritte zur Zeit der Beschwerdeerhebung Wohnsitz hat. In Abweichung von Art. 58 Abs. 1 ATSG entscheidet nach Art. 69 Abs. 1 lit . a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung

( IVG ) das Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle über die Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stellen.

Die Zuständigkeit des hiesigen Gerichts zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde ist gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG zu bejahen, da eine von der IV-Stelle Zürich erlassene Verfügung angefochten ist (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_65/2011 vom 5. August 2011).

#### **E. 1.2.1**

Die örtliche Zuständigkeit der IV-Stellen bestimmt sich nach Art. 55 IVG. Danach ist in der Regel diejenige IV-Stelle zuständig, in deren Kantonsgebiet die versicherte Person im Zeitpunkt der Anmeldung ihren Wohnsitz hat. Aus Art. 40 Abs. 1 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ergibt sich, dass zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen die IV-Stelle zuständig ist, in deren Tätigkeitsgebiet die Versicherten ihren Wohnsitz haben. Gemäss Art. 40 Abs. 2 quater IVV geht die Zuständigkeit auf die IV-Stelle für Versicherte im Ausland über, wenn eine versicherte Person, die in der Schweiz wohnt, während des Verfahrens ihren Wohnsitz ins Ausland verlegt.

#### **E. 1.2.2**

Der Beschwerdeführer hatte seinen Wohnsitz im Zeitpunkt der Anmeldung zum Leistungsbezug am 4. Juni 2018 (Urk. 9/4) in A.\_\_\_\_ im Kanton Zürich, weshalb die IV-Stelle Zürich zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung örtlich zuständig war. Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer die Schweiz verlassen haben könnte, erhielt die IV-Stelle indes einerseits aufgrund des Gutachtens der Z.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2020, wonach der Beschwerdeführer seit Sommer 2019

wieder in Portugal bei seiner Familie, zusammen mit seiner Lebenspartnerin und dem gemeinsamen Sohn, lebe (Urk. 9/59 S. 6, S. 72, S. 75 f., S. 81 f.) und in Portugal bereits zwei Arbeitsversuche unternommen habe (Urk. 9/59 S. 69 f.). Auch war ihr im Vorfeld der Begutachtung offenbar bekannt, dass der Beschwerdeführer in der Schweiz über keinen festen Wohnsitz mehr verfügte, zumal sie die Gutachter auf diesen Umstand im Rahmen des Kontextes des Auftrages explizit hinwies (Urk. 9/59 S. 2). Andererseits ist dem Einwand vom 7. September 2020 (Urk. 9/68) zu entnehmen, dass der (anwaltlich vertretene) Beschwerdeführer

zu diesem Zeitpunkt bereits in Portugal wohnhaft war.

Folglich bestehen aufgrund der Akten sowie der Auskunft der Einwohnerkontrolle A.\_\_\_\_ vom 10. August 2021 (Urk. 11) an der Wohnsitzaufgabe des Beschwerdeführers vorliegend keine Zweifel; mithin verlegte der Beschwerdeführer während des Verfahrens seinen Wohnsitz ins Ausland, weshalb die IV-Stelle Zürich zur Beurteilung des Anspruches bei Verfügungserlass örtlich nicht mehr zuständig war.

#### **E. 1.2.3**

Indessen ist die Verfügung einer örtlich unzuständigen IV-Stelle in der Regel nicht nichtig, sondern bloss anfechtbar. Aus prozessökonomischen Gründen kann rechtsprechungsgemäss von der Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Überweisung an die zuständige Behörde abgesehen werden, sofern die Unzuständigkeit nicht gerügt wird und aufgrund der gegebenen Aktenlage in der Sache entschieden werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_891/2010 vom 31. Dezember 2010 E. 2.2; U 152/02 vom 18. Februar 2003 E. 2.1).

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat weder im Verfahren vor der IV-Stelle noch im vorliegenden Verfahren die fehlende Zuständigkeit gerügt. Durch den Umstand, dass er

in der Beschwerdeschrift seine auch in der Anmeldung zum Leistungsbezug angeführte Adresse in der Schweiz verwendete, ohne das Gericht auf seinen Auslandswohnsitz hinzuweisen, verzichtete er überdies implizit darauf, dass sein Rentenanspruch von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland beurteilt wird (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts I 8/02 vom 16. Juli 2002 E. 2.4). Schliesslich kann aufgrund der gegebenen Aktenlage in der Sache entschieden werden, weshalb aus prozessökonomischen Gründen von der Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Überweisung an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland abzusehen ist.

## **E. 2**

.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art.

28 Abs.

1

IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

### **E. 2.1**

; 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2; 143 V 409 E. 4.2.1; 141 V 281 E. 3.7;

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG). 2.3 2.3.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG

sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1; 143 V 409 E. 4.5.2; 141 V 281 E).

### **E. 13**

9 V 547 E. 5.2; 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2 .3.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE

143

V 418; 143 V 409; 141

V

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 2 .3.3

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige 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 invaliditätsbegründend, 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). 2 .4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, und ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c). 3 . 3 .1

Die IV-Stelle erwog in der angefochtenen Verfügung zusammengefasst, basierend auf der medizinischen Gesamtbeurteilung lägen aus Rechtsanwendersicht keine Befunde vor, welche eine erhebliche und länger andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken würden. Als Hilfsarbeiter in einer vorrangig sitzenden Tätigkeit sei das Erzielen eines rentenausschliessenden Einkommens möglich und zumutbar, was auch unter Berücksichtigung der psychiatrischen Befunde gelte. Es liege zudem eine erhebliche soziale Belastungssituation vor, welche nicht berücksichtigt werden könne, was im Übrigen auch für den Ausländerstatus und für die schlechten Deutschkenntnisse gelte (Urk. 2) . 3 .2

Demgegenüber argumentierte der Beschwerdeführer im Wesentlichen, die IV-Stelle habe sowohl das rechtliche Gehör als auch den Untersuchungsgrundsatz verletzt, da sie sich weder mit seinen Vorbringen auseinandergesetzt noch weitere Abklärungen vorgenommen habe. An der Verwertbarkeit des Gutachtens der Z. \_\_\_ bestünden erhebliche Zweifel, was insbesondere für das psychiatrische Teilgutachten gelte, welches Unstimmigkeiten aufweise. Schliesslich überzeugten die Ausführungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) nicht, auch sei die Schlussfolgerung der IV-Stelle, wonach kein lang andauernder Gesundheitsschaden vorliege, willkürlich (Urk. 1). 4 .

Vorab zu prüfen ist die Rüge des Beschwerdeführers, wonach die IV-Stelle das rechtliche Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung; Art. 42 ATSG) des Beschwerdeführers verletzt haben soll (vgl. E. 3 .2).

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass sich die IV-Stelle in der Verfügung vom 18. September 2020 (Urk. 2) mit den vom Beschwerdeführer vorgebrachten Einwänden auseinandergesetzt hat. So wies sie darauf hin, dass mit dem Einwand vom 7. September 2020 keine neuen Tatsachen vorgebracht worden seien und dass es dem Beschwerdeführer, angesichts seiner bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiter, mit dem beschriebenen Belastungsprofil zumutbar sei, eine Tätigkeit auszuüben, ohne dass eine Erwerbseinbusse bestehe .

Sie legte dar, dass sich deshalb die Durchführung eines Einkommensvergleiches erübrige und weshalb sie von der Gewährung eines Leidensabzuges absehe. Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, inwiefern sich die IV-Stelle bloss ungenügend mit den vorgebrachten Einwänden auseinandergesetzt und demzufolge das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt haben sollte, zumal sie seine Vorbringen offensichtlich gehört, geprüft und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt hat (vgl. dazu BGE 136 I 229 E. 5.2; 134 I 83 E. 4.1). 5 . 5 .1

Die IV-Stelle stützte ihre Verfügung vom 18. September 2020 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2020 (Urk. 9/59) ab. Die Gutachter, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie,

stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

### **E. 18**

): - Zustand nach diskreter Läsion des Nervus

tibialis rechts in der Kniekehle im April 2017, sehr wahrscheinlich iatrogen

im Rahmen des Venenstrippings/der operativen Lagerung bei Vena saphena

parva und Seitenastextherese (April 2017) mit im Anschluss aufgetretener Muskelnerven thrombose Wade rechts (Mai 2017), vollständig regredient unter vorübergehender oraler Antikoagulation, am ehesten im Sinne einer Symptomausweitung/funktionellen respektive Netzwerkstörung - MR-radiologisch (14. August 2017) bestätigte minimale Signalanhebung Nervus

tibialis

popliteal ohne pathologisches Kontrastmittelenhancement, Differentialdiagnose leichtgradige iatrogene Schädigung - aktuelles ENG: Unauffällige motorische und sensible Nervus

tibialis - wie auch Nervus

peroneus -/ peroneus

superficialis - und suralis - Neurographie rechts, seitenvergleichend mit offenbar nicht neurologisch bedingter schmerzgehemmter motorischer Innervation, betont im Bereich der distalen rechten unteren Extremität - Rezidivierende depressive Störung mit mittelgradigen und anamnestisch schweren Episoden ohne psychotische Symptome mit Übergang in eine anhaltende affektive Störung (Dysthymie; ICD-10: F33.1, F33.2, F34.1) - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, kränklichen und passiv-aggressiven Persönlichkeitszügen (ICD-10: F61.0) 5.2

Aus orthopädischer Sicht könnten die gemäss Beschwerdeführer seit zirka einem Jahr bestehenden (S. 5) Schmerzen in der rechten Hüfte und die abnormen Untersuchungsbefunde derselben bei unauffälligem radiologischem Befund nicht sicher eingeordnet werden. Auch könnten die Schmerzen in der rechten Wade bei fehlenden eindeutigen abnormen Untersuchungsbefunden der selben nicht objektiviert werden; es sei nicht nachvollziehbar, weshalb gut zwei einhalb Jahre nach einer Muskelvenenthrombose noch Beschwerden vorhanden seien. Die Schmerzen im rechten Fuss und die pathologischen objektiven Befunde desselben könnten im Rahmen einer Metatarsalgie II bis IV bei Senk-/Spreizfuss und die Schmerzen lateral durch eine Fehlbelastung des Fusses erklärt werden. Dies könne mittels Schuheinlagen beseitigt werden, weshalb daraus keine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit resultiere. Aus orthopädischer Sicht lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 9/59 S. 8 f.).

Von allgemeinmedizinischer Seite wurde ausgeführt, die im Mai 2017 nach gewiesene Wadenvenenthrombose rechts sei folgenlos abgeheilt, im Juli 2017 sei bloss noch eine kleine, asymptomatische Rest-Muskelvenenthrombose im Bereich der rechten Wade nachgewiesen worden. Klinisch bestehe kein Hinweis auf ein postthrombotisches Syndrom. Es liege eine 100%ige Arbeitsfähigkeit seit jeher sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Portier als auch in jeder angepassten Tätigkeit vor (Urk. 9/59 S. 32 f.).

Neurologisch bestünden anamnestisch aufgrund der nach einer Varizenstripping-Operation aufgetretenen Muskelvenenthrombose im Bereich der rechten Wade anhaltende Schmerzen, im Verlauf eine neuropathische dys - wie hypästhetische lokale Schmerzausweitung. Die diskrete Läsion des Nervus

tibialis in der Poplitea sei aktuell nicht mehr nachweisbar bei zu beobachtender wie gleichsam dokumentierter Symptomausweitung bezüglich der zunehmenden, teils schmerzbedingten Einschränkung der Motorik des rechten Fusses im Bereich des OSG, der Grosszehe, jedoch auch nach proximal bis in den Oberschenkel reichend, ohne entsprechendes elektrophysiologisch-morphologisches Korrelat. Der bisherige Krankheitsverlauf sei bloss partiell nachvollziehbar, die dargebotene Klinik gehe weit über die ursprünglich vorhandene fokale Läsion hinaus, was die unauffälligen Neurographiefunde bestätigen (Urk. 9/59 S. 50, 53, 55).

In psychiatrischer Hinsicht seien die ersten psychischen Probleme besonders nach der Kündigung im Mai 2017 aufgetreten, davor hätten keine wesentlichen psychischen Beschwerden bestanden. Dass der Beschwerdeführer als Fotograf den tödlichen Unfall seines Vaters habe fotografieren müssen, habe ihn sehr belastet; nach dem Tod seines Vaters sei er eineinhalb Jahre traurig gewesen, jedoch seien keine bildhaften Erinnerungen oder Flashbacks aufgetreten. Trotz dieses traumatisierenden Erlebnisses liessen sich keine Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) erheben. Nachdem er im Anschluss an die Varizenoperation nicht wie erwartet wieder zur Arbeit habe zurückkehren können, hätten die Probleme mit dem Arbeitgeber begonnen. Er habe Anzeige erstattet, wodurch sich das psychische Zustandsbild verschlechtert habe. Er habe sich ungerecht behandelt gefühlt und mit Enttäuschung, Wut und Zorn reagiert. Dies habe offen sichtlich zu tief verwurzelten und anhaltenden Verhaltensmustern geführt, welche mit gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher gingen. Somit könne eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, kränklichen und passiv-aggressiven Persönlichkeitszügen erhoben werden. Zusammen mit den körperlichen Beschwerden und Komplikationen und der sozialen Problematik mit dem Arbeitgeber sei besonders von September bis Dezember 2017 eine schwere depressive Verstimmung aufgetreten mit nieder geschlagener Stimmung, Lust- und Freudlosigkeit. Der ehemalige Vorgesetzte habe Anzeige erstattet, wo durch der Beschwerdeführer in eine existenzielle Krise geraten sei und bis zur Gerichtsverhandlung im Mai 2018 den Tiefpunkt seines Lebens erlebt habe. Nach der Verhandlung habe er sich psychisch etwas besser, jedoch ohnmächtig, manipulativ behandelt und nicht verstanden gefühlt. Er könne das Ergebnis bis heute nicht akzeptieren, sei ohne Konfrontation mit dem ehemaligen Vorgesetzten jedoch zur Ruhe gekommen. Nach Auseinandersetzungen mit der Krankentaggeldversicherung und nach Streichung des Arbeitslosengeldes lebe er seit mehreren Monaten bei seiner Familie in Portugal, welche ihn unterstütze. Seit Sommer 2019 könne eine anhaltende leichte affektive Störung, entsprechend einer Dysthymie, erhoben werden. Für eine mittelgradige oder schwere depressive Störung fänden sich zum Explorationszeitpunkt keine ausreichenden

Symptome ( Urk. 9/59 S. 15-17) . 5 .3

Zur Gesamtarbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, aufgrund der aus psychiatrischer Sicht gestellten Diagnosen und der Beeinträchtigung der funktionellen Leistungsfähigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Portier seit Mai 2017 50 %, ab August 2019 70 %. Aktuell bestehe in der bisherigen Tätigkeit mit der Notwendigkeit zu beidseitigen Gewichtsbelastungen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit infolge der sogenannten funktionellen, neurologisch erfassten Störung im Sinne einer sogenannten Netzwerkstörung .

Dieser müsse zukünftig im Rahmen des Alltagsbehandlungsregimes des Exploranden unbedingt multidisziplinär, führend psychiatrisch und psychotherapeutisch, entgegen gewirkt werden. Diese Netzwerkstörung stelle eine arbeitsrelevante Diagnose dar, zumal Netzwerkstörungen als defizitär zu betrachten und nicht Ausdruck einer Simulation seien. Unter Durchführung einer multimodalen Therapiekonzepts könne es gelingen, dieses Störungsmuster zu durchbrechen und das Beschwerdebild wieder auf eine residuelle Kernsymptomatik zu reduzieren, was zu einem Wiedergewinn

der Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich führen könne , wenn sehr wahrscheinlich auch nicht zu einer vollumfänglichen. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, vorrangig sitzend, eher im Sinne einer intellektuellen Tätigkeit bei vorhandenem schulischem Ausbildungsniveau, sei hingegen per se postoperativ respektive postthrombotisch, unter Beachtung einer Rekonvaleszenzzeit von vier bis sechs Wochen ab August 2017 zu 100 % gegeben. Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte, speziell ohne Kontakt mit dem letzten Arbeitgeber und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung seien von Mai 2017 bis Juli 2019 zu 60 %, ab August 2019 zu 80 % zumutbar ( Urk. 9/59 S. 18-20) . 6 . 6 .1

Das Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2020 (Urk. 9/59) beruht auf sorgfältigen und umfassenden Abklärungen und erging in Kenntnis der Vorakten . Die Gutachter berücksichtigen die geklagten Beschwerden und legen die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, begründeten ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten und beantworten die gestellten Fragen umfassend. Damit erfüllt das Gutachten die formalen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. E. 2 .4). 6 .2 6 .2.1

So ist zunächst nachvollziehbar, dass Dr. B.\_\_\_\_ aus orthopädischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte. Dabei wies er einerseits zu Recht darauf hin , dass der Beschwerdeführer trotz angeblich unverändert stechender Schmerzen lateral in der rechten Hüfte sowie trotz persistierender konstanter dumpfer Wadenschmerzen rechts mit Ausstrahlung in den Oberschenkel sowie lateral in den Fuss und trotz des Umstandes, dass die Schmerzen am rechten Fuss zugenommen hätten, bloss gelegentlich Analgetika einnehme. Auch führte er aus, hinsichtlich der Hüftbeschwerden sei bislang weder eine Behandlung mit Spritzen noch eine Physiotherapie erfolgt; einzig aufgrund der Wadenschmerzen befinde sich der Beschwerdeführer in Physiotherapie und lege Bandagen an, wobei die Physiotherapie, im Gegensatz zu den Bandagen, nicht helfe (Urk. 9/59 S. 5). Andererseits erläuterte Dr. B.\_\_\_\_ , dass die Schmerzen an der rechten Hüfte sowie die abnormen Untersuchungsbefunde der selben bei unauffälligem radiologischem Befund nicht sicher eingeordnet werden könnten, auch könnten die Schmerzen an der rechten Wade bei

fehlenden ein deutigen abnormen Untersuchungsbefunden aus orthopädischer Sicht nicht objektiviert werden. Es sei nicht nachvollziehbar, dass gut zweieinhalb Jahre nach der Muskelvenenthrombose noch Beschwerden vorhanden sein sollten (Urk. 9/59 S. 8 f.). Bestätigt wird diese Einschätzung Dr. B.\_\_\_\_s durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Chirurgie, Spital G.\_\_\_\_, welcher bereits in seinem Überweisungsschreiben vom 16. Juni 2017 an den Neurologen Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Neurologie, I.\_\_\_\_, über eine Verbesserung der Thrombosensituation berichtete und überdies festhielt, dass die Schmerzen für ihn unerklärlich seien (Urk. 9/2 S. 8 und Urk. 9/12 S. 116). Auch Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt Angiologie und Allgemeine Innere Medizin, Zentrum K.\_\_\_\_, bestätigte im Arztbericht vom 13. Juli 2017 (Urk. 9/12 S. 109), dass sich das beim Beschwerdeführer vorliegende Beschwerdebild definitiv nicht durch den minimalen Restthrombus erklären lasse.

Die Schmerzen im rechten Fuss, welche bislang ebenfalls nicht behandelt wurden (vgl. Urk. 9/59 S. 10), erklärte Dr. B.\_\_\_\_

sodann im Rahmen einer Metatarsalgie II bis IV bei Senk-/Spreizfuss, die lateralen Schmerzen durch eine Fehlbelastung des Fusses. Dr. B.\_\_\_\_ führte diesbezüglich nachvollziehbar aus, diese Beschwerden liessen sich mittels Einlagen beseitigen, weshalb hieraus keine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit resultiere (Urk. 9/59 S. 9). Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, die IV-Stelle wäre angesichts seiner Hüftbeschwerden zu weiteren Abklärungen verpflichtet gewesen (Urk. 1 S. 10), kann ihm nicht gefolgt werden. Der Beschwerdeführer berichtete im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung erstmalig über Hüftbeschwerden, was dazu führte, dass die IV-Stelle den Auftrag zur Begutachtung um die Disziplin Orthopädie erweiterte (vgl. Urk. 9/59 S. 22; ferner Urk. 9/51). Anlässlich der orthopädischen Exploration konnten indes die Hüftbeschwerden nicht objektiviert werden, auch stand der Beschwerdeführer diesbezüglich in keiner medizinischen Behandlung, führte keine Physiotherapie durch und nahm bloss gelegentlich Analgetika ein. Die Röntgenbefunde fielen im Bereich der rechten Hüfte gänzlich unauffällig aus (Urk. 9/59 S. 8). Sodann geht der Beschwerdeführer gemäss Sozialanamnese im neurologischen Gutachten täglich zehn bis fünfzehn Kilometer mit seinem Sohn spazieren (Urk. 9/59 S. 43; vgl. auch: Urk. 9/59 S. 75), was der im orthopädischen Gutachtensteil anamnestisch angegebenen Limitation auf 45 Minuten Laufen infolge der Hüftbeschwerden (Urk. 9/59 S. 5) deutlich widerspricht und der Annahme einer relevanten Auswirkung der Hüftbeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit entgegensteht.

Folglich ist nicht ersichtlich, inwiefern die IV-Stelle zu weiteren Abklärungen verpflichtet gewesen wäre.

Angesichts dieser Ausführungen ist die von Dr. B.\_\_\_\_ aus orthopädischer Sicht attestierte volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers «seit jeher» (Urk. 9/59 S. 10) nachvollziehbar und schlüssig. 6.2.2

Dasselbe gilt auch für die von Dr. D.\_\_\_\_ attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus allgemeinmedizinischer Sicht (Urk. 9/59 S. 33), zumal Dr. D.\_\_\_\_ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte (Urk. 9/59 S. 32), sondern einzig solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/59 S. 33). 6.2.3

Auch die neurologische Gutachterin, Dr. E.\_\_\_\_, begründete ihre Einschätzungen in nachvollziehbarer Weise und in ausführlicher Auseinandersetzung mit den Vorakten. So

fürte sie aus, der Beschwerdeführer gebe Schmerzen respektive messerstichartige Schmerzphänomene an der rechten unteren Extremität an, sein Fuss schlafe ein, er habe Schwierigkeiten beim Treppen steigen und in die Knie gehen und nehme bei starken Schmerzen Spedifen ein , d ennoch gehe er täglich gut zehn bis fünfzehn Kilometer mit seinem Sohn spazieren (Urk. 9/59 S. 41 und S. 43) . Unbeobachtet präsentiere sich ein nahezu unauffälliges Gangbild, im Rahmen der klinisch-neurologischen Exploration demonstriere der Beschwerde führer demgegenüber eine fast vollständige Parese der Fusshebung/Grosszehen hebung und -senkung, Pro- und Supination wie auch der Knie- und Hüftflex ion und -extension rechts. Auch wenn der Hoover-Test positiv ausgefallen sei, sei dem Beschwerdeführer im Rahmen der Diagnostik die Dorsalflexion des rechten Fusses unter Angabe von Schmerzen fast vollständig respektive uneingeschränkt ge lungen (Urk. 9/59 S. 45).

Die diskrete Läsion des Nervus

tibialis rechts in der Kniekehle nach der Muskel venenthrombose infolge des Varizenstrippings war bei der aktuellen gutachter lichen Exploration nicht mehr nachweisbar, was den gut achterlichen Schluss auf eine zu beobachtende wie auch doku mentierte Symptomausweitung ohne entsprechendes elektrophysiologisch-mor pho lo gisches Korrelat (Urk. 9/59 S. 50) nachvollziehbar macht.

Ihre Beurteilung überzeugt auch insoweit, als der bisherige Krankheitsverlauf bloss partiell nachvollziehbar sei , zumal bereits im Untersuchungszeitpunkt durch PD Dr. med. L.\_\_\_\_ , Fach arzt Neurologie, I.\_\_\_\_ , keine weitere neuro pathische Veränderung der untersuchten Nerven habe erfasst wer den können ( Urk. 9/59 S. 53; vgl. auch die Arztberichte vom 19. Juli 2017, Urk. 9/2 S. 13-15 , sowie vom 4. Juni 2018, Urk. 9/26 S. 13 f.). Damit über einstimmend berichtete auch Dr. F.\_\_\_\_

von einer Verbesserung der Thrombosen situation sowie darüber, dass die Schmerzen für ihn unerklärlich seien (Urk. 9/2 S. 8 und Urk. 9/12 S. 116), was Dr. J.\_\_\_\_

am 13. Juli 2017 bestätigte, indem er darlegte, das Beschwerdebild lasse sich definitiv nicht durch den minimalen Rest thrombus erklären (Urk. 9/12 S. 109) . Die Beurteilung der neurologischen Gutachterin, wonach die dargebotene Klinik weit über die ursprünglich vorhandene fo kale Läsion hinaus gehe , was sich im Rahmen der aktuell unauffälligen Neurographie befunde eindeutig bestätige ,

überzeugt sowohl im Lichte der im Wesentlichen unauffälligen Befunde als auch des gestützt auf die übrige medizinische Aktenlage eruierten Verlaufs. Ob es sich rechtfertigt, die von Dr. E.\_\_\_\_ festgestellte funktionelle Symptomausweitung im Sinne einer Netzwerkstörung, wie von ihr postuliert (vgl. Urk. 9/59 S. 56; E.

5.3), trotz fehlender neurologischer/neurographischer Befunde als strukturell-path o gnomische und damit auch als somatische Beschwerde zu betrachten, kann im Ergebnis offenbleiben, attestierte Dr. E.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Portier zwar eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % , be scheinigte ihm indes in einer angepassten, vorrangig sitzenden Tätigkeit post operativ res pektive postthrombotisch, unter Beachtung einer Rekonvaleszenzzeit von vier bis sechs Wochen ab August 2017, eine vollständige Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/59 S. 56 f.). Damit übereinstimmend bescheinigte auch der damalige Hausarzt des Beschwerde führers, Dr. med. M.\_\_\_\_ , Facharzt Allgemeine Innere Medi zin, bereits in seinem Bericht vom 3. Juli 2017 (Urk. 9/12 S. 117)

eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer sitzenden Tätigkeit, was von PD Dr. L.\_\_\_\_ im Juni 2018 bestätigt wurde (vgl. Arztbericht vom 3. Januar 2019, Urk. 9/26 S. 5). Entsprechend hielt letzterer den Beschwerdeführer im Juni 2018 dazu an, weiterhin sportlichen Aktivitäten wie Schwimmen, Radfahren oder leichter Trainingsarbeit im Fitnessstudio nachzugehen, um die bestehende Dekonditionierung weiter zu überwinden (Urk. 9/26 S. 14).

Nach dem Gesagten sind auch die Einschätzungen von Dr. E.\_\_\_\_ nachvollziehbar begründet und stehen im Einklang mit den Vorakten, weshalb sich vorliegend an ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit jedenfalls in angepasster Tätigkeit keine Zweifel rechtfertigen. 6.2.4

Zusammengefasst ist aus somatischer Sicht folglich eine Arbeitsunfähigkeit von zumindest 50 % in der bisherigen Tätigkeit als Portier sowie spätestens sechs Wochen ab August 2017 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszuweisen. Soweit der Beschwerdeführer diesbezüglich vorbringt, die IV-Stelle habe

willkürlich

das Vorliegen eines lang andauernden Gesundheitsschadens

verneint (vgl. E. 3.2), ist anzufügen, dass die beim Beschwerdeführer ausgewiesenen somatischen Beschwerden zu keinen Einschränkungen in einer angepassten Tätigkeit führen, was nicht nur von den Gutachtern der Z.\_\_\_\_ festgehalten, sondern auch von den behandelnden Ärzten bestätigt wurde (vgl. E. 6.2.3). 6.3.6.3.1

Was die psychiatrische Beurteilung im Gutachten der Z.\_\_\_\_ anbelangt, ist zu nächst festzuhalten, dass die Dauer der Untersuchung – entgegen dem Dafürhalten des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 11) – nicht ausschlaggebend ist, zumal es für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichtes praxismässig nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung ankommt, sondern vielmehr massgeblich ist, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab, wobei wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung bildet (Urteil des Bundesgerichts 9C\_190/2019 vom 14. Mai 2019 E. 3.1). Anhaltspunkte dafür, dass der psychiatrische Sachverständige die entsprechenden Vorgaben nicht beziehungsweise nur ungenügend beachtet hat, sind nicht erkennbar und wurden vom Beschwerdeführer auch nicht substantiiert vorgetragen.

Ebenso wenig vermögen die vom Beschwerdeführer vorgebrachten angeblichen Verständigungsprobleme (vgl. Urk. 1 S. 11) Zweifel am psychiatrischen Gutachten zu begründen. So war anlässlich der psychiatrischen Begutachtung eine portugiesisch sprechende Dolmetscherin anwesend, auch kann sich der Beschwerdeführer offenbar ohne Schwierigkeiten auf Englisch

verständigen (vgl. auch den psychiatrischen Plausibilisierungsauftrag von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Dezember 2017 zuhanden des Krankentaggeldversicherers, Urk. 9/12 S. 81-98, welchem eine Exploration in englischer Sprache zugrundelag). Schliesslich sind weder dem psychiatrischen Gutachten noch den Gutachten der weiteren Disziplinen Anhaltspunkte zu entnehmen, welche auf

Verständigungsprobleme schliessen liessen (vgl. Urk. 9/59 S. 7, S. 31 und S. 77 ). Vielmehr hielt Dr. E.\_\_\_\_ im neurologischen Gutachten sogar aus drücklich fest, der Beschwerdeführer falle bei den in deutscher Sprache gestellten Fragen immer wieder durch spontane Antworten in deutscher Sprache auf, unter Ausschluss der Übersetzerin ( vgl. Urk. 9/59 S. 45 ). 6 .3.2

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration schloss Dr. C.\_\_\_\_ zunächst das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung trotz körperlicher Beschwerden aus und hielt fest, dass im Zusammenhang mit der rezidivierenden depressiven Störung respektive der Dysthymie eine psychogene Überlagerung der körperlichen Beschwerden

angenommen werden könne . Angesichts der Ausführungen, dass d er Beschwerdeführer anlässlich der Exploration kurze Hinweise auf eine Verdeutlichung der körperlichen Beschwerden mit demonstrativen Hin wei sen auf die Beschwerden gezeigt und sich zudem aus psychiatrischer Sicht ge wisse Hinweise auf eine Aggravation und einen sekundären Krankheitsgewinn

gefunden hätten, erscheint der Ausschluss der eingangs genannten Diagnose nachvollziehbar (Urk. 9/59 S. 85).

Dies gilt auch für die aktenanamnestisch gestellte Diagnose einer posttrauma tischen Belastungsstörung, hinsichtlich welcher Dr. C.\_\_\_\_ anmerkte, dass sich im Rahmen der ausführlichen Exploration keine Hinweise auf eine solche ge fun den hätten, auch wenn der Tod des Vaters im Jahr 2010 ein traumatisierendes und einschneidendes Erlebnis dargestellt habe . Dennoch sei es dem Beschwerde führer über Jahre hinweg möglich gewesen, engagiert einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, auch seien weder bildhafte Erinnerungen vom Unfallgeschehen im Traum oder tagsüber aufgetreten , noch habe er Flashbacks entwickelt . Soweit der behandelnde Psychiater, Dr. med. O.\_\_\_\_ , Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnose einer PTBS gestellt habe, sei auffallend, dass dessen Arztberichte vor allem subjektive Angaben des Beschwerdeführers enthielten und der psychische Status bloss unvollständig objektiv beschrieben werde, weshalb dessen diagnostische Einschätzung auch bloss teilweise nachvollziehbar sei (Urk. 9/59 S. 83-85 und S. 88 ) . Auffallend ist in diesem Zusammenhang überdies, dass Dr. O.\_\_\_\_ in seinem ersten Arztbericht die Diagnose einer PTBS noch nicht stellte, sondern diese erst im Verlaufe der weiteren Arztberichte aufführte (vgl. Urk. 9/2 S. 10 f., Urk. 9/12 S. 106 f. sowie Urk. 9/2 S. 19-22) und im neu sten Arztbericht zuhanden der IV-Stelle vom 7. Februar 2019 wiederum nicht unter den Diagnosen aufführte ( Urk. 9/27 S.

9) .

Schliesslich schloss auch Dr. N.\_\_\_\_ im Plau sibilisierungsauftrag vom 14. Dezember 2017 die Diagnose einer PTBS mangels der gemäss ICD-10 verlangten Nachhallerinnerungen aus (Urk. 9/12 S. 89 ) , was die diesbezügliche Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_

bestätigt . 6 .3. 3

Ebenfalls führte Dr. C.\_\_\_\_ nachvollziehbar und mit den erhobenen Befunden begründet aus, dass beim Beschwerdeführer im Explorationszeitpunkt keine aus reichenden Symptome für eine mittelgradige oder gar schwergradige depressive Störung vorgelegen seien , vielmehr entsprächen die Befunde nur einer Dysthymie (Urk. 9/59 S. 81) , weshalb die Diagnose denn auch auf eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradigen und aktenanamnestisch schweren Episoden mit Übergang in eine anhaltende affektive Störung (

Dysthymie ) laute (Urk. 9/59 S. 80). Darüber hinaus hielt er fest, dass sich aufgrund der körperlichen Beschwerden und der vielschichtigen psychosozialen Probleme tief verwurzelte und anhaltende Verhaltensmuster entwickelt hätten, welche mit einer gestörten sozialen Funktions- und Leistungsfähigkeit einhergingen, womit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, kränklichen und passiv-aggressiven Persönlichkeitszügen erhoben werden könne

(Urk. 9/59 S. 81 f.). Letztere Diagnose erläuterte er ausführlich in Beantwortung der Zusatzfrage (Urk. 9/59 S. 92). Soweit der RAD-Arzt Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, diese Diagnose im Lichte der anamnestisch problemlosen Kindheit und langjährigen Berufsanamnese in Frage stellt (Urk. 9/62/7

f.), lässt er ausser Acht, dass spezifische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 Ziff. F60) gemäss den einschlägigen Leitlinien wohl in der Kindheit oder Jugend beginnen, sich aber durchaus erst im Erwachsenenalter manifestieren können (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], 10. Auflage 2015, Ziff. F60-62 S.

274 ff.; ferner Urteil des Bundesgerichts 9C\_721/2018 vom 12. März 2019 E.

5.1.2). Zwar fehlen dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ Hinweise auf bis in die Kindheit zurückreichende Entwicklungsstände, welche als Grundstein der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung zu werten wären, doch sind den Akten zumindest Hinweise auf eine Verklärung der Lebensumstände in der portugiesischen Heimat durch den Beschwerdeführer und möglicherweise auch seiner familiären Umstände zu entnehmen. So schilderte er gegenüber Dr. N.\_\_\_\_ im Rahmen der Begutachtung im Juli 2018, er habe eine perfekte Kindheit gehabt, sei wohlbehütet aufgewachsen, sein Vater habe dafür gesorgt, dass er sich «den Realitäten des Lebens» zu stellen habe. Trotz zwölf Jahren Highschool mit guten Noten verzichtete er dann aber auf das geplante Architekturstudium, weil er nach der Schule angeblich eine gute Tätigkeit gefunden habe. Die von ihm geschilderte Erwerbsbiographie mit Tätigkeiten im Securitybereich, im Hotelgewerbe, als Barkeeper und Fotograf, allesamt ungelernt (Urk. 9/20 S. 8), lassen denn auch auf einen zumindest unruhigen Werdegang schliessen, welcher durchaus in der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers begründet sein könnte. Ob sich aber letztlich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigt oder lediglich diejenige akzentuierter Persönlichkeitszüge im Rahmen einer sogenannten Z-Diagnose, kann offenbleiben, ist doch im Ergebnis nicht die Diagnose, sondern einzig und allein entscheidend, ob die Beschwerden zu einer ausgewiesenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_501/2008 vom 15. Juli 2008 E. 2.2.1), was – wie nachfolgend erläutert (E. 6.4) – vorliegend nicht der Fall ist.

Mit Blick auf die depressive Störung

gilt es

anzumerken, dass sowohl Dr. C.\_\_\_\_ wie auch der behandelnde Psychiater, Dr. O.\_\_\_\_, und Dr. N.\_\_\_\_ auf die zahlreichen psychosozialen und soziokulturellen

Faktoren hinwiesen, welche beim Beschwerdeführer vorliegen. So führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, dass die Probleme am Arbeitsplatz mit der ausgesprochenen Kündigung, die Auseinandersetzung mit dem Krankentaggeldversicherer, die Arbeitslosigkeit mit entsprechend fehlendem Einkommen sowie die sozialen Anpassungsstörungen mit

fehlendem Beherrschen der deutschen Sprache negative funktionelle Folgen gezeigt und sich ungünstig auf die rezidivierende depressive Störung mit Übergang in eine Dysphymie ausgewirkt hätten, auch wenn diese nicht als alleinige Ursache in Betracht kämen (Urk. 9/59 S. 86). Dr. O.\_\_\_\_, welcher in seinen Arztberichten eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradigen und schweren Episoden diagnostizierte (vgl. die Arztberichte vom 12. Juli 2017, Urk. 9/2 S. 10 f., vom 24. September 2017, Urk. 9/12 S. 106 f., vom 10. Dezember 2017, Urk. 9/2 S. 19-

## **E. 22**

, sowie vom 7. Februar 2019, Urk. 9/27 S. 9), wobei Dr. C.\_\_\_\_

die schwergradige Episode angesichts des nicht ausführlich beschriebenen psychischen Status als nicht nachvollziehbar erachtete (Urk. 9/59 S. 83; auf diesen Umstand wies auch RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_ hin, vgl. Urk. 9/62 S. 4), erläuterte, dass die depressive Episode durch die Erfahrung einer Fehlbehandlung im Spital G.\_\_\_\_, durch die Kündigung des Arbeitgebers und die gegen den Beschwerdeführer gerichteten Erfahrungen hervorgerufen worden seien und dass der Eingliederung die deutliche Schweiz-Phobie des Beschwerdeführers entgegenstehe, weshalb er seinen Lebensmittelpunkt verstärkt in Portugal habe (Urk. 9/27 S. 9). Durch die Anzeige wegen Persönlichkeitsverletzung und der zu bezahlenden Busse fühle sich der Beschwerdeführer betrogen und behindert, was er nicht ertragen könne. Er habe viele Schulden und Beteiligungen, was seinem psychischen Zustand sehr zusetze, er fühle sich als «Gefangener» dieser Akteure. Dem Beschwerdeführer gehe es besser, wenn er sich in Portugal aufhalte, er habe eine regelrechte Schweiz-Phobie. Auch machte Dr. O.\_\_\_\_ seine Prognose abhängig davon, ob der Beschwerdeführer seine Erholungszeit in Portugal verbringen könne, was deutlich schneller und nachhaltiger sei, als wenn er sie in der Schweiz als «Gefangener» verbringen müsse. Dr. C.\_\_\_\_ hielt in diesem Zusammenhang ebenfalls fest, dass sich das psychische Zustandsbild des Beschwerdeführers in Folge einer Rückkehr nach Portugal gebessert habe (Urk. 9/59 S. 84).

Dessen ungeachtet führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, dass nach den anamnestischen Angaben zumindest mittelgradige depressive Episoden vorgelegen haben dürften, zumal solche auch im psychiatrischen Plausibilisierungsauftrag von Dr. N.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2017 (Urk. 9/12 S. 81-98) und vom 3. Juli 2018 (Urk. 9/20 S. 4-20) diagnostiziert und mit Symptomen untermauert worden seien (Urk. 9/59 S. 83). Auch diesbezüglich fällt indes auf, dass Dr. N.\_\_\_\_ über eine schwerstgradige psychosoziale Belastungssituation sowie über ausgeprägte psychosoziale Belastungsfaktoren im aktuellen Umfeld des Beschwerdeführers berichtete (Urk. 9/12 S. 83 und S. 85). Er führte aus, auch im März 2018 sei die finanzielle Situation schwierig, der Beschwerdeführer habe keinerlei Sicherheit, die unregelmässige Zahlung der Krankentaggelder belaste ihn subjektiv, er könne weder Rechnungen bezahlen noch habe er sich angesichts des Gerichtsverfahrens einen Anwalt nehmen können, weshalb er vor Gericht ganz alleine gewesen sei. Aufgrund der dortigen Konfrontation mit dem ehemaligen Vorgesetzten respektive der damaligen Situation sei es ihm täglich schlechter gegangen (Urk. 9/20 S. 9 und S. 13).

Angesichts der von Dr. C.\_\_\_\_

zumindest als mitursächlich für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Ausgestaltung der depressiven Störung erachteten psychosozialen und soziokulturellen Faktoren drängen sich mit Blick auf die diagnostizierte rezidivierende depressive Störung mit Übergang in eine

anhaltende affektive Störung (Dysthymie) zumindest Zweifel am Vorliegen eines selbstständigen Gesundheitsschadens auf (vgl. E. 2.3.2).

Dies gilt umso mehr, als auch Dr. O.\_\_\_\_

und Dr. N.\_\_\_\_

mehrfach auf die psychosozialen Faktoren hin wiesen (und auch Dr. N.\_\_\_\_ die psychosozialen Belastungsfaktoren als mögliche Auslösefaktoren bezeichnete, vgl. Urk. 9/20 S. 16)

so wie RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_

den psychosozialen Faktoren ebenfalls eine nicht unerhebliche Rolle zuerkannte (vgl. Urk. 9/62 S. 6). Schliesslich spricht die zeitliche Konnexität zwischen

der Kündigung per Ende Mai 2017 (vgl. Urk. 9/12 S. 62) und dem Beginn der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im Juni 2017 (vgl. Urk. 9/59 S. 86) für sich, zumal auch der Beschwerdeführer im Rahmen der psychiatrischen Exploration selbst bestätigte, dass die ersten psychischen Probleme besonders nach Erhalt der Kündigung per Ende Mai 2017 aufgetreten seien (Urk. 9/59 S. 71). 6.3.4

Entsprechend ist aus psychiatrischer Sicht gestützt auf das insgesamt überzeugende psychiatrische Gutachten des Z.\_\_\_\_ erstellt, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung mit zumindest mittelgradigen Episoden ohne psychotische Symptome mit Übergang in eine anhaltende affektive Störung (Dysthymie) sowie einer Persönlichkeitsproblematik leidet, deren Selbstständigkeit angesichts der grossen Relevanz der psychosozialen Faktoren indes als fraglich erscheint. 6.4.6.4.1

Zu prüfen bleibt, ob die im Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht einer rechtlichen Überprüfung im Lichte der massgeblichen Standardindikatoren standhält (vgl. E. 2.3.2), wobei

gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden kann, ohne dass eine beweiskräftige Expertise dadurch ihren Beweiswert verliere (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 3.2). 6.4.2

Die erste Kategorie «funktioneller Schweregrad» umfasst die Komplexe «Gesundheitsschädigung», «Persönlichkeit» sowie «sozialer Kontext» (vgl. E. 2.3.2).

Hinsichtlich der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde bezeichnete Dr. C.\_\_\_\_ Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit als intakt und verneinte Hinweise auf Gedächtnisstörungen, Wahrnehmungsstörungen, inhaltliche Denkstörungen im Sinne von Wahnideen oder Halluzinationen, Zwänge oder Ich-Störungen. Der Beschwerdeführer wirke bloss leicht bedrückt, nicht angespannt, reiz- oder erregbar, sei im Antrieb eher vermindert (Urk. 9/59 S. 77 f.).

In Bezug auf Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer stehe seit Juni 2017 einmal monatlich in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, seit

seinem Aufenthalt in Portugal per Videokonferenz, wodurch eine Besserung des psychischen Zustandes erreicht werden könne, was gegen eine Behandlungsresistenz spricht.

Die therapeutischen Optionen seien bisher nicht ausgeschöpft worden, eine Fortsetzung der Therapie sei zu empfehlen (Urk. 9/59 S. 86 f.). Angesichts der bei den Befunden im affektiven Bereich ist insgesamt auf eine geringe Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zu schliessen, was umso mehr gilt, als die psychosozialen Faktoren, wie oben ausgeführt (vgl. E. 6.4.3 f.), offenkundig eine massgebliche Rolle zumindest als direkte Mitursache für die Leistungseinschränkung spielten. Soweit aber soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. E. 2.3.3).

Dr. C.\_\_\_\_ führte zum Komplex «Persönlichkeit»

aus, in dem Mini-ICF-APP hätten sich leichte bis mittelgradige Einschränkungen gezeigt, vor allem in den Bereichen Flexibilität, Umstellungsfähigkeit, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit und Gruppenfähigkeit. Ressourcenhemmend würden sich die körperlichen Beschwerden, insbesondere aber die psychosozialen Faktoren auswirken (Urk. 9/59 S. 78-80 und S. 89 f.). Die sich aus der Persönlichkeitsstruktur ergebenden Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit lägen überwiegend im lediglich leichten bis mittelgradigen Bereich (Urk. 9/59 S. 92). Selbst unter Berücksichtigung der diagnostizierten, jedenfalls nicht als schwer zu qualifizierenden Persönlichkeitsstörung (vgl. zum Zusammentreffen einer Dysthymie mit einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung: Urteil des Bundesgerichts 9C\_146/2015 vom 19. Januar 2016 E.

3.2) sowie allfälliger Wechselwirkungen mit der neurologisch festgestellten Netzwerkstörung lässt die Prüfung der ersten Kategorie insgesamt nicht den Schluss auf einen erheblichen funktionellen Schweregrad der psychischen Störung zu. Dies gilt umso mehr, als Dr. C.\_\_\_\_

mit Blick auf den «sozialen Kontext»

nachvollziehbar festhielt, der Beschwerdeführer verfüge über vorhandene und mobilisierbare Ressourcen mit aufrechter Partnerbeziehung und Kind, ohne familiäre Probleme, er habe gute familiäre Kontakte und Kontakt mit immerhin wenigen Kollegen in Portugal. Er zeige verschiedene Aktivitäten im Tagesablauf, indem er sich vormittags mit dem Kind beschäftige, Mittagessen koche, nachmittags spazieren gehe (10 – 15 km) oder gemeinsame Aktivitäten mit der Partnerin und dem Kind unternehme (Urk. 9/59 S. 86). 6.4.3

Hinsichtlich der beweisrechtlich relevanten Kategorie der «Konsistenz»

(vgl. E. 2.3.2) verneinte Dr. C.\_\_\_\_ die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu Recht, da der Beschwerdeführer verschiedene Aktivitäten im Tagesablauf aufweise, vormittags das 2018 geborene Kind versorge, Mittagessen koche, nachmittags verschiedene Aktivitäten unternehme, Hobbies wie Spazieren, Lesen, Kino nachgehe (Urk. 9/59 S. 87). Entsprechend verfügt der Beschwerdeführer über einen durchaus strukturierten Tagesablauf (Urk. 9/59 S. 75). Anzumerken ist in diesem Zusammenhang zudem, dass Dr. C.\_\_\_\_ im Rahmen der Exploration Hinweise auf eine Aggravation und einen sekundären Krankheitsgewinn feststellte (Urk. 9/59 S. 85), auch wenn er die Untersuchungsergebnisse insgesamt als weitgehend valide bezeichnete (Urk. 9/59 S. 88).

Schliesslich ist dem Beschwerdeführer ein gewisser Leidensdruck angesichts der Medikation und der Therapie wohl nicht abzusprechen, Dr. C.\_\_\_\_ selbst bezeichnete diesen indes als eher leicht (Urk. 9/59 S. 88); ein hoher Leidensdruck ist aufgrund der Akten jedenfalls nicht ausgewiesen. 6 . 4 .4

Zusammenfassend ergibt sich aus der Prüfung der Standardindikatoren, dass der Beschwerdeführer bei Ausschöpfen der vorhandenen Ressourcen in der Lage ist, eine seinen somatischen gesundheitlichen Beschwerden angepasste Tätigkeit auszuüben. Dafür sprechen neben der geringen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde insbesondere die mobilisierenden Ressourcen sowie der bloss geringe Leidensdruck. Die von Dr. C.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % von Mai 2017 bis Juli 2019 sowie von 20 % ab Juli 2019 erscheint vor diesem Hintergrund als sehr grosszügig, weshalb die rechtliche Überprüfung im Lichte des strukturierten Beweisverfahrens, unter Berücksichtigung der grossen Relevanz der psychosozialen und soziokulturellen Faktoren sowie der Inkonsistenzen im Rahmen des Aktivitätsniveaus, ein Abweichen von dieser medizinisch-theoretischen Einschätzung gebietet (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Dies führt zum Schluss, dass eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus psychischen Gründen zumindest seit Dezember 2018 (frühestmöglicher Rentenbeginn, Art. 29 Abs. 1 IVG)

nicht erstellt ist. Die Folgen der Beweislosigkeit hat dabei der Beschwerdeführer zu tragen (vgl. BGE 141 V 281 E. 6). 6 . 5

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) durch die IV-Stelle rügt (vgl. E. 3 .2) , kann ihm nicht gefolgt werden, zumal die IV-Stelle auf die Abnahme weiterer Beweise dann verzichten kann, wenn sie nach den von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem Ergebnis nichts mehr ändern (antizipierte Beweiswürdigung). Darin liegt weder eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes noch eine Verletzung des rechtlichen Gehörs (Art. 29 Abs. 2 BV; vgl. BGE 124 V 90 E. 4b; 122 V 157 E. 1d). Davon, dass die von ihr getätigten Abklärungen eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers erlaubten, ging die IV-Stelle nach dem Gesagten denn auch zu Recht aus. 7 . 7 .1

Zu prüfen bleibt, wie sich die aus somatischen Gründen eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 7 . 2

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleiches gemäss Art.

28a Abs.

1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung ( vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C\_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2 ; 9C\_368/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.2 ). 7 . 3

Auf der Grundlage einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit er übrigt sich vorliegend ein ordentlicher Einkommensvergleich, zumal sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen des Beschwerdeführers – angesichts seiner fehlenden beruflichen Ausbildung (vgl. Urk. 9/ 14 , 9/18 ) sowie seiner seit 2017 ausgewiesenen Nichterwerbstätigkeit (vgl. Urk. 9 / 10 ) und der dadurch bedingten Qualifikation für eine Hilfstätigkeit – zu Gunsten des Beschwerdeführers (vgl. dem IK-Auszug zu entnehmende tiefe Einkommen bis Juni 2017, Urk. 9/10) nicht ausgehend von seinem zuletzt erzielten Lohn, sondern gestützt auf dieselbe Bemessungsgrundlage zu bestimmen ist. Der Invaliditätsgrad liegt dem nach bei rentenaus schliessenden 0 % (vgl. E. 2 .2) beziehungsweise wäre selbst bei einem höchst möglichen Leidensabzug von 25

% – für eine Gewährung in dieser Höhe sich aus den Akten indes keinerlei Anhaltspunkte ergeben – nicht renten begründend. 8 .

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 18. September 2020 (Urk. 2) im Ergebnis nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 9 .

Die Verfahrenskosten sind auf Fr. 600.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer unter Beilage einer Kopie von Urk. 11 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage einer Kopie von Urk. 11 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

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