

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00799 vom 17. Juni 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00799](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00799)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00799 du 17 juin 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00799 del 17 giugno 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1971 geborene X.\_\_\_\_, zuletzt vollzeitlich als Wachmann bei der Z.\_\_\_\_ AG in Zürich tätig, meldete sich am 12. Januar 2011 unter Hinweis auf eine starke körperliche und geistige Überforderung, Herz-Kreislaufprobleme, eine psychische Überforderung sowie eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Am 12. Juli 2011 (Urk. 7/36) verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen einen Leistungsanspruch des Versicherten.

Am 8. November 2018 meldete sich der Versicherte

– damals mit einem 80 %-Pensum als Betreuer in einer Notunterkunft tätig - mit Verweis auf eine Depression, eine Erschöpfung, ein durch eine chronische Infektionskrankheit geschwächtes Immunsystem sowie ein ADHS erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/40). In der Folge nahm die IV-Stelle wiederum erwerbliche und medizinische Abklärungen vor. Mit Vorbescheid vom 9. Mai 2019 (Urk. 7/65) stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen der Versicherte am 23. Mai 2019 Einwand (Urk. 7/68, Urk. 7/80) erhob. Die IV-Stelle veranlasste daraufhin bei der Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Infektiologie, Psychiatrie und Neuropsychologie; Expertise vom 5. März 2020 [Urk. 7/114]). Mit Vorbescheid vom 25. Mai 2020 (Urk. 7/124) stellte die IV-Stelle abermals die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen der Versicherte am 17. Juni 2020 Einwand (Urk. 7/126) erhob und am 26. August 2020 (Urk. 7/13

### **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**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 54).

### **E. 1.3**

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. 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. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 16. November 2020 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die Verfügung vom 15.

Oktober 2020 aufzuheben und es sei sein Rentenanspruch neu zu prüfen und ihm eine Invalidenrente zuzusprechen (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 4. Januar 2021 (Urk. 6) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer hielt unter Auflage des Berichts der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik am Spital C.\_\_\_\_ vom 16. Dezember 2019 (Urk. 10 S. 6-9) in der Replik vom 8. Februar 2021 (Urk. 10 S. 1-3) an seinen ursprünglichen Anträgen fest. Die Beschwerdegegnerin erstattete am 15. März 2021 ihre Duplik (Urk. 13), worin sie ebenfalls an ihrem Antrag festhielt. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 16. März 2021 zur Kenntnis gebracht (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführer gestützt auf das eingeholte Gutachten in seiner bisherigen Tätigkeit zwar nicht mehr arbeitsfähig sei, er indes in einer seiner Gesundheit angepassten Arbeit theoretisch einem 85 %-Pensum nachgehen und damit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne. Dabei sei eine gut strukturierte Tätigkeit an einem Arbeitsplatz erforderlich, wo er in ein Team integriert sei und seine Arbeitsabläufe besprochen werden könnten. In dem am 27. August 2020 eingereichten Bericht des Ambulatoriums B.\_\_\_\_

werde lediglich eine neue Verdachtsdiagnose ausgewiesen, welche durch die Invalidenversicherung jedoch nicht zu berücksichtigen sei. Die weiter erwähnten Diagnosen seien bereits bekannt und im Gutachten ebenfalls gestellt worden. Eine psychopathologische Anamnese respektive ein klinischer Psychostatus sei nicht vorgelegt worden.

Aufgrund des Einkommensvergleichs resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 31 % (S. 1 f.).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) präzisierte die Beschwerdegegnerin, dass eine sich beim Beschwerdeführer auf die Leistungsfähigkeit auswirkende bipolare Störung nicht nachvollziehbar

und betreffend die HIV-Infektion keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ersichtlich sei. Im Weiteren sei im Begutachtungszeitpunkt lediglich eine leichtgradige depressive Episode festgestellt worden, wobei der Serumspiegel des verordneten Antidepressivums im nicht nachweisbaren Bereich gelegen habe und gemäss dem Gutachten nicht die Depression, sondern die Strukturproblematik des ADHS im Vordergrund stehe. Eine wie vom Beschwerdeführer vorgebrachte Kopfverletzung sei in den Unterlagen der behandelnden Ärzte sodann nicht erwähnt worden

(S. 1 f.). In der Duplik (Urk. 13) hielt die Beschwerdegegnerin schliesslich fest, dass gestützt auf den Spital C.\_\_\_\_-Bericht vom 16. Dezember 2019 aus neurologischer Sicht kein akuter Handlungsbedarf bestehe und lediglich ein MRI zum Ausschluss eines symptomatischen Kopfschmerzes empfohlen worden sei.

## **E. 2.2**

Der

Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1),

dass sich sein Gesundheitszustand nach Durchführung der Begutachtung verschlechtert habe und er sich vom 16. Dezember 2019 bis 31. Januar 2020 in stationäre psychiatrische Behandlung habe begeben müssen. Nach Klinikaustritt habe sich sein Zustand nicht verbessert und die behandelnden Ärzte hätten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 3 Ziff. 5). Im Weiteren sei das psychiatrische Teilgutachten unvollständig, beruhe auf ungenügenden Abklärungen und sei betreffend Einschätzung der Arbeitsfähigkeit widersprüchlich, da an einer Stelle von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % und eine Seite später von einer solchen von 80 bis 90 % die Rede sei. Im neuropsychologischen Teilgutachten sei auf erhebliche neuropsychologische Defizite und die Notwendigkeit von neurologischen und neuroradiologischen Untersuchungen am Kopf hingewiesen worden, wobei jedoch auf eine entsprechende gründliche Untersuchung

verzichtet worden und der Gutachter zur nicht nachvollziehbaren Hypothese gekommen sei, dass die schlechten Testergebnisse durch Aggravation zustande gekommen seien. Dies stehe in krassem Gegensatz zu den Feststellungen der behandelnden Ergotherapeutin, wonach die Defizite nicht auf seine fehlende Motivation, sondern auf seine fehlende Belastbarkeit zurückzuführen seien. Um seine aktuelle Arbeitsfähigkeit zu bestimmen, sei eine neurologische und neuropsychologische Abklärung erforderlich (S. 6 Ziff. 2, vgl. auch Urk.

### **E. 2.3**

Es steht fest und ist unbestritten, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sich im massgebenden Zeitraum, mithin in der Zeit zwischen der erstmaligen Leistungsablehnung vom

### **E. 7**

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

### **E. 10**

S.

1 Ziff. 1). Im Weiteren seien die mögliche Diagnose einer bipolaren Störung und die Auswirkungen eines Sturzes mit Kopfverletzung im Dezember 2019 nicht vertieft abgeklärt worden (S. 6 f. Ziff. 3 ff.). In der Replik (Urk. 10) führte der Beschwerdeführer

insbesondere aus, dass die Beschwerdegegnerin allein aufgrund des Umstands, dass er nach der Gutachtenstelle A.\_\_\_\_-Begutachtung wieder stationär habe behandelt werden müssen und die Beurteilung der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ vom Januar 2020 im Widerspruch zu den Ergebnissen der Begutachtung vom Dezember 2019 gestanden hätten, eine gründliche Abklärung des aktuellen Gesundheitszustands hätte veranlassen müssen (S. 2 Ziff. 2). Die Beurteilung durch die Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ habe sich auf einen Gesundheitszustand bezogen, welcher vor weiteren,

seine

gesundheitliche Situation beeinträchtigenden Ereignissen stattgefunden habe und folglich überholt gewesen sei (S. 3).

### **E. 12**

. Juli 2011 und der angefochtenen Verfügung vom 15. Oktober 2020 wesentlich verändert hat und damit ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt, weshalb die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht frei und ohne Bindung an frühere Entscheide neu geprüft hat (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit weiteren Hinweisen).

Die Parteien

gehen

ferner zu Recht übereinstimmend davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Betreuer in einer Notunterkunft nicht mehr arbeitsfähig ist. Strittig ist indes, in welchem Ausmass die Ausübung einer angepassten Tätigkeit zumutbar ist. Während die Beschwerdegegnerin diesbezüglich gestützt auf die Gutachtenstelle A.\_\_\_\_-Gutachten von einer 85%igen Arbeitsfähigkeit ausgeht (Urk. 2 S. 1), kann gemäss Auffassung des Beschwerdeführers nicht auf die genannte Expertise abgestellt werden und

hat sich sein Gesundheitszustand nach der Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ -Begutachtung zudem verschlechtert , weshalb ergänzende Abklärungen notwendig seien (Urk. 1 S. 5 ff. Ziff. 1 ff., Urk. 10 S. 2 Ziff. 2 ). 3. 3.1

In dem vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren vorgelegten Bericht des Spitals C.\_\_\_\_

vom 16. Dezember 2019 (Urk. 10 S. 6-9)

fürten Oberarzt i.V. Dr. med. E.\_\_\_\_ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Assistenzarzt

F.\_\_\_\_

aus, dass neben einer relevanten depressiven Symptomatik im Sinne einer mittel gradigen depressiven Episode die somatisierende Komponente mit neurologisch imponierenden Symptomen wie Kopfschmerz im Vordergrund stehe . Als relevanter Belastungsfaktor scheine aktuell ebenfalls ein Beziehungskonflikt zu bestehen . Unter dem Titel Prozedere wurde der freiwillige Eintritt in die Psychiatrische Klinik D.\_\_\_\_ zur stationären psychiatrischen Behandlung aufgeführt , in deren Rahmen eine Evaluation der allfälligen Indikation für eine psychopharmakologische Therapie durchzuführen sei. Aus neurologischer Hinsicht bestehe aufgrund der schon seit Monaten vorherrschenden stark fluktuierenden neurologischen Symptomatik und der starken psychischen Überlagerung kein akuter Handlungsbedarf. Zum Ausschluss eines symptomatischen Kopfschmerzes wurde im Verlauf ein MRI empfohlen (S. 1).

Im Weiteren hielten die Spital D.\_\_\_\_ -Ärzte fest, dass es zu einer notfallmässigen Vorstellung durch den Rettungsdienst bei psychischer Dekompensation und Präsynkope mit Sturz und anschliessendem Taubheitsgefühl im gesamten rechten Arm gekommen sei . Es bestünden seit mehreren Monaten Parästhesien in allen distalen Extremitäten sowie im Hinterkopf. In der neurologischen Untersuchung der Hirnnerven zeige sich eine leichte Hypästhesie der linken Gesichtshälfte, im Übrigen liege ein unauffälliger Hirnnervenstatus vor. Es

bestehe ferner eine taktile Hypästhesie im rechten Unterarm und in der rechten Hand, ansonsten sei die Sensibilität seitengleich gut. In der groben Kraftprüfung sei keine ausgeprägte Schwäche nachweisbar. Es zeige sich ein leicht unsicherer Finger-Nase-Versuch, ansonsten eine unauffällige Koordination. Das Gangbild sei verlangsamt und unsicher und es habe sich ein Romberg-Versuch mit Fallneigung nach hinten gezeigt (S. 4 ). 3.2 3.2 .1

Die Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ -Gutachter Prof. Dr. med. G.\_\_\_\_ , FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H.\_\_\_\_ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. I.\_\_\_\_ , FMH Infektiologie , und lic . phil. J.\_\_\_\_ , Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, stellten im Rahmen ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 5. März 2020 (Urk. 7/114/4-11) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 ) : - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - ADHS, einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) - HIV-Infektion, CDC Stadium A2 , bekannt seit 09/2018, ICD-10 B24)

Die Experten führten aus , dass aus infektiologischer Sicht eine maximale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % auf einer eventuell leicht eingeschränkten Leistungsfähigkeit mit leicht vermehrtem Erholungsbedarf attestiert werden könne.

Betreffend Arbeitsfähigkeit stehe klar die psychiatrische Symptomatik und ein ADHS-Syndrom im Vordergrund. Der Beschwerdeführer zeige sich in allem rasch überfordert, könne sein Leben und den Tagesablauf ohne Hilfe von aussen schlecht strukturieren. Die Grundkriterien für ein ADHS mit fehlender Fokussierung, Ausdauer, Mangel sich zu organisieren, Überforderungsängsten und impulsiven Handlungen seien gegeben. Sein diesbezügliches Ungenügen und seine Fehlleistungen seien ihm bewusst, so dass stets mehr oder weniger eine depressive Stimmungslage bis hin zu vereinzelt Suizidgedanken mitschwingt, wobei aktuell lediglich eine leichte Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert werden könne. Die neuropsychologische Abklärung habe keine validen Ergebnisse ergeben und es sei von einer nicht quantifizierbaren neuropsychologischen Störung aufgrund einer wahrscheinlichen Aggravation auszugehen. Aus allgemeininternistischer Sicht könne unter Ausklammerung der HIV-Symptomatik keine weitere Diagnose gestellt werden (S. 8).

Die bisherige Tätigkeit als Betreuer und mit Nachtschicht mit alleiniger Verantwortung sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Eine Tätigkeit als Betreuer wäre im Rahmen eines gut strukturierten Teamworks indes noch möglich.

Als Betreuer in alleiniger Verantwortung und mit Nachtschicht liege

seit September 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 0 % vor. In einer Tätigkeit als Betreuer in einem Team bestehe demgegenüber eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 60 % (S. 9).

Optimal angepasst wäre eine gut strukturierte Tätigkeit an

einem Arbeitsplatz, wo er in ein Team eingebettet und eng integriert sei und die Arbeitsabläufe besprochen werden könnten.

In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine maximale Präsenz von 7 bis 8 Stunden pro Tag, wobei insbesondere aufgrund der psychischen Erkrankungen eine leichte Leistungseinschränkung vorliege. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seit September 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 85 %. Bis August 2018 sei von einer Arbeitsfähigkeit von 90-100 % auszugehen (S. 10 f.). 3. 2. 2

Prof. Dr. G.\_\_\_\_

verwies bezüglich der HIV-Infektion auf das infektiologische Teilgutachten und führte im Übrigen aus, dass aus allgemein-internistischer Sicht keine weiteren Diagnosen gestellt werden könnten. In bisheriger und angepasster Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, wobei letztere in der Vergangenheit nie länger dauernd eingeschränkt gewesen sei (Urk. 7/114 S. 22 f.). 3. 2. 3

In psychiatrischer Hinsicht hielt Dr. H.\_\_\_\_ fest, dass ein ADHS-Syndrom im Vordergrund stehe. Der Beschwerdeführer zeige sich in allem rasch überfordert und könne sein Leben und den Tagesablauf schlecht strukturieren, wenn keine Hilfe von aussen komme. Somit sei auch davon auszugehen, dass er seine berufliche Tätigkeit, sofern diese das Treffen selbständiger Entscheidungen verlange, ebenfalls schlecht strukturieren könne. Gelegentlich gerate er in eine Überforderung und wirke insgesamt unbestimmt und verloren in der Planung (S. 29). Aktuell könne eine leichtgradige depressive Episode festgestellt werden. Die Stimmung sei nur leicht bedrückt-verhalten, eine psychomotorische Hemmung fehle, Aktivitäten seien auf tiefem Niveau vorhanden und es stellten sich keine Suizidgedanken als Ausweg. Die Überforderungsängste seien dem ADHS zuzuordnen und die entscheidende Einschränkung ergebe sich durch das strukturell

in die Persönlichkeit eingreifende ADHS . Es sei immer wieder klar geworden , dass sich der Beschwerdeführer schnell überfordert fühle, mit dieser Überforderung nicht umgehen und sie nicht strukturieren könne und daher Ängste entwickle und sich beruflich nicht durchsetzen könne. Er berufe sich dabei auf seine körperliche Schwäche, wobei jedoch die Strukturproblematik des ADHS im Vordergrund stehe und dieses deshalb nochmals behandelt werden sollte (S. 31).

Die bisherige Tätigkeit als Betreuer in Nachtschicht mit alleiniger Verantwortung sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar . Eine Tätigkeit als Betreuer sei höchstens noch im Rahmen eines gut strukturierten Team-Works möglich. Als Betreuer in alleiniger Verantwortung und Nachtschicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % , als Betreuer im Team-Work eine solche von mindestens 60 % , wobei sich diese Beurteilung ab September 2018 abzeichne (S. 31). Optimal angepasst wäre eine gut strukturierte Tätigkeit an einem Arbeitsplatz, wo er in ein Team eingebettet und eng integriert sei und die Arbeitsabläufe besprochen werden könnten. Die konkrete Tätigkeit müsse mit ihm noch ermittelt werden, wobei davon auszugehen sei, dass eine relativ breite Palette in Frage komme, wenn die genannten Bedingungen erfüllt seien. Unter adäquater medikamentöser Therapie könne er 7 bis 8 Stunden anwesend sein, wobei eine leichte Einschränkung der Leistung anzunehmen sei. Entsprechend sei seit September 2018 ein 80-90 %iges Arbeitspensum möglich (S. 32).

Dr. H.\_\_\_\_ führte weiter aus, dass der Serumspiegel für das Medikament

Escitalopram praktisch unter der Nachweisgrenze liege und jedenfalls keine therapeutische Wirksamkeit bestehe. Daraus sei zu schliessen, dass diesbezüglich keine regelmässige Einnahme stattfinde. Durch eine Anhebung des Serumspiegels in den therapeutischen Bereich könnte die leichte depressive Episode erfolgreich behandelt werden, was auch die Arbeitsfähigkeit verbessern würde. Vorzuschlagen sei sodann die erneute Behandlung mit Ritalin (S. 32). 3. 2 .4

Der infektiologische Gutachter Dr. I.\_\_\_\_ führte aus, dass die Behandlung der HIV-Infektion prompt nach Diagnosestellung bei mittelschwer eingeschränkter zellulärer Immunität erfolgt sei . Sie sei einfach einzunehmen und hoch wirksam , was sich am Anstieg der CD4-Zellzahl und am supprimierten Viral load bemessen lasse . Die psychischen Symptome seien durch die HIV-Infektion eventuell im Sinne einer erschwerten Krankheitsverarbeitung akzentuiert, ansonsten trage die Infektion nicht wesentlich zum Verlauf der Symptome bei (Urk. 7/114 S. 36 f.).

Aus infektiologischer Sicht könne der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit 8 Stunden anwesend sein, wobei eventuell eine gering eingeschränkte Leistungsfähigkeit und ein leicht vermehrter Erholungsbedarf (weniger als 10 %) bestehe.

Seit 2017 liege eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 90 % vor . In infektiologischer Hinsicht sei keine spezielle Anpassung der Tätigkeit erforderlich. Die Behandlung der HIV-Infektion müsse fortgesetzt werden, was indes die aktuelle Leistungsfähigkeit höchstwahrscheinlich nicht mehr weiter verändern werde. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit und der ausserberuflichen Aktivitäten sei nicht durch die Infektionskrankheit bedingt, sondern durch die psychische Erkrankung (S. 37 f.). 3. 2 .5

Der neuropsychologische Gutachter lic . phil. J.\_\_\_\_ führte aus, dass die im psychiatrischen und infektiologischen Gutachten erwähnten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven

Störung - gegenwärtig leichte Episode -, eines ADHS und einer HIV-Infektion grundsätzlich Einfluss auf das kognitive Leistungsvermögen haben könnten. Diese Diagnosen seien indes weder einzeln noch als Gesamtsymptomatik geeignet, die testpsychologisch festgestellten deutlichen kognitiven Defizite hinreichend zu begründen. Aufgrund der Verhaltensbeobachtungen ergäben sich im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung keine Hinweise auf emotionale oder psychopathologische Auffälligkeiten, die mit den Testbefunden interferierten. Um einen Zusammenhang der kognitiven Defizite und der HIV-Infektion zu begründen, wären neurologische und neuroradiologische Untersuchungen des Kopfes notwendig (Urk. 7/114 S. 50).

Das Antwortverhalten im durchgeführten angewandten Beschwerdevalidierungstest (DMT) sei unauffällig, jenes in den expliziten Beschwerdevalidierungstests (TBFN, TOMM) sei dagegen auffällig. Aufgrund der Verhaltensbeobachtungen sei auch die Leistungsbereitschaft als auffällig zu werten. Bei einer eingeschränkten und schwankenden Leistungsbereitschaft habe der Beschwerdeführer zwar kooperativ und bemüht mitgearbeitet, in der Testung sei die Ausdauer jedoch vermindert und er habe sich nicht zu einer aktiveren Mitarbeit motivieren lassen. Die Testbefunde seien zudem nicht konsistent mit der eigenanamnestisch beschriebenen Alltags- und Berufsfunktionalität. Bei vorliegendem Schweregrad der kognitiven Testbefunde wäre nicht zu erwarten, dass er sich seinen Alltag organisieren, selbständig den öffentlichen Verkehr nutzen, seine Termine planen und diese auch selbständig wahrnehmen, für Teilbereiche der Haushaltsarbeiten aufkommen, ohne Betreuung alleine zu Hause sein, PC/Internet/Mobiltelefon nutzen und Administratives/Finanzielles selber regeln könnte. Ebenso wenig könnte er seinen Freizeitaktivitäten (Texte schreiben, lesen, spazieren) nachgehen und seine sozialen Kontakte aktiv pflegen. Es bestünden zwar psychiatrische Diagnosen, welche Einfluss auf das kognitive Leistungsvermögen und das Verhalten haben könnten, doch würden diese die genannten Inkonsistenzen nicht zu begründen vermögen (S. 51).

Die neuropsychologischen Befunde seien nicht hinreichend vereinbar mit den medizinisch-somatischen und den psychiatrischen Diagnosen, so dass deren Validität nicht gegeben und von einer Aggravation auszugehen sei (S. 51).

Bei nicht validen Befunden könne die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf sowie in jeglicher Verweistätigkeit aus neuropsychologischer Sicht nicht beurteilt werden (S. 52).

### 3.3

In ihrem Bericht vom 30. April 2020 (Urk. 7/120) führte die behandelnde Ergotherapeutin K.\_\_\_\_, BSc ZFH in Ergotherapie, aus, dass sich der Beschwerdeführer im Rahmen der Therapie authentisch und motiviert zeige und versuche, das Besprochene umzusetzen. Seit Beginn der Behandlung seien wiederholt Stimmungseinbrüche und Phasen der Energielosigkeit aufgetreten und es sei ihm öfters nicht möglich, seinen alltäglichen Verpflichtungen nachzukommen oder seine Partnerin zu unterstützen. Meistens müsse er sich schon nach der Vornahme von einzelnen Arbeitsschritten hinlegen und sei für den Rest des Tages nicht mehr leistungsfähig. Der Beschwerdeführer schildere glaubhaft seine Schwierigkeiten im Tagesablauf, wobei seine tiefe Belastbarkeit und deutlich reduzierte Leistungsfähigkeit nachvollziehbar und glaubhaft seien. In den Gesprächen zeige er deutliche Schwierigkeiten in der Merkfähigkeit, da er gleiche Inhalte oft wiederhole, sich an Gesprächsinhalte teilweise nicht mehr erinnern könne und sich alles aufschreiben müsse, um es nicht zu vergessen. Auch die mündliche Auffassung – wahrscheinlich im

Zusammenhang mit einer reduzierten Konzentrationsfähigkeit – sei teilweise eingeschränkt, so dass er oft an der Frage vorbei antwortete. Zusammengefasst zeige er ein verlangsamtes Arbeitstempo, Einschränkungen in der kognitiven Fähigkeit und eine deutlich verminderte Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit. Auch könnten mögliche Folgeschäden durch den Sturz mit Kopfverletzung im Dezember 2019 nicht ausgeschlossen werden (S. 1).

Im Zusammenhang mit dem Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ -Gutachten hielt die Ergotherapeutin fest, dass sie aufgrund ihrer Erfahrungen mit dem Beschwerdeführer überzeugt sei, dass er während den Abklärungen sein Bestes habe geben wollen und in den Tests einfach nicht besser habe mitwirken können. Dies habe nichts mit Motivation zu tun, sondern mit fehlender Belastbarkeit (S. 2). 3. 4

Im Bericht des Ambulatoriums B.\_\_\_\_ vom 20. August 2020 (Urk. 7/131) nannten Dr. med. univ. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil.

M.\_\_\_\_, Psychologin FSP, folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Verdacht auf einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung - Verdacht auf bipolare Störung - asymptomatische HIV-Infektion (ICD-Z21)

Die Fachpersonen führten aus, dass im Rahmen der angewandten Selbstbeurteilungsskalen und des

standardisierten Interviews die Kriterien einer ADHS des kombinierten Typs erfüllt seien respektive ein Verdacht auf eine ADHS Diagnose bestehe.

Es lägen zudem

Hinweise auf eine klinisch relevante Depression und Angst vor. Bei den computergestützten Testverfahren ergäben sich eine signifikante erhöhte Aktivität, mehr Auslassungen und Impulsfehler, welche die ADHS-Diagnose bestätigten. Im Rahmen der neuropsychologischen Testung zeigten sich unterdurchschnittliche Leistungen in den Bereichen geteilte Aufmerksamkeit, Daueraufmerksamkeit, nonverbales Arbeitsgedächtnis, visuelle Wahrnehmung, exekutive Funktionen und Verarbeitungstempo. Die anamnestischen Angaben und die Auswertung der Untersuchungsergebnisse hätten die Persistenz der ADHS-Symptome auch im Erwachsenenalter bestätigt. Zusätzlich bestehe der Verdacht auf eine bipolare Störung (S. 2 f.).

Die Fachpersonen empfahlen unter Hinweis auf den hohen Leidensdruck die Aufgleisung der multimodalen Therapie der ADHS. Neben der medikamentösen Behandlung der Depression sei namentlich eine Behandlung mit Ritalin zu installieren (S. 3). 4. 4.1

Das Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 5. März 2020 (vgl. E. 3. 2) entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Frage nach dem Gesundheitszustand und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es beruht sodann auf den notwendigen internistischen, psychiatrischen, infektiologischen und neuropsychologischen Untersuchungen. Die Gutachter berücksichtigten detailliert die geklagten Beschwerden und setzten sich damit auseinander (Urk. 7/1

S. 19 f., S. 25 f., S. 34 f., S. 41 f.). Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, wobei sich die Gutachter zur Krankheitsentwicklung äusserten und Bezug auf die medizinischen Vorakten nahmen (S. 7 f., S. 13 f f., S. 30 f., S. 37, S. 49 f.). Schliesslich leuchtet die Expertise in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen im Gutachten sind begründet.

In diesem Sinne ging Prof. Dr. G.\_\_\_\_ – unter Ausklammerung der HIV Infektion – mit Hinweis auf fehlende allgemein- internistische Diagnosen nachvollziehbar von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus (S. 22 f.). Unter psychiatrischen Gesichtspunkten diagnostizierte Dr. H.\_\_\_\_ in schlüssiger Weise eine rezidivierende depressive Störung - gegenwärtig leichte Episode - sowie eine ADHS respektive eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, welche in einer leichten Einschränkung der Leistungsfähigkeit resultieren, weshalb er in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 80 bis 90 % ausging (S. 29, S. 32). Dr. I.\_\_\_\_ legte aus infektiologischer Sicht einleuchtend dar, dass die HIV-Infektion zu einer gering eingeschränkten Leistungsfähigkeit und einem leicht erhöhten Erholungsbedarf führt, so dass eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 90 % vorliegt (S. 36 f.). Der neuro- psychologische Gutachter lic. phil. J.\_\_\_\_

verneinte nachvollziehbar die Vereinbarkeit der testpsychologisch festgestellten kognitiven Defizite mit den medizinisch-somatischen und psychiatrischen Diagnosen und der Alltags- und Berufsfunktionalität des Beschwerdeführers (S. 51). Die Expertise erfüllt demnach die praxismässigen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung grundsätzlich darauf abzustellen ist. 4.2

#### 4.2.1

An dieser Beurteilung vermag der vom Beschwerdeführer vorgebrachte Einwand, das psychiatrische Gutachten sei widersprüchlich, weil an einer Stelle von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % und ein anderes Mal von einer solchen von 80 bis 90 % die Rede sei (Urk. 1 S. 5 Ziff. 1), nichts zu ändern. Dr. H.\_\_\_\_ ging für die Tätigkeit als Betreuer in alleiniger Verantwortung und mit Nachtschicht von einer Arbeitsfähigkeit von 0 % respektive als Betreuer

in einem Team

ohne Alleinverantwortung von einer solchen von mindestens 60 % aus.

In einer optimal angepassten Tätigkeit (also nicht in der Betreuung) attestierte er eine Arbeitsfähigkeit von 80 bis 90 %

(Urk. 7/114 S. 31 f.).

Eine Widersprüchlichkeit liegt damit nicht vor, äusserte sich doch der Gutachter zur Arbeitsfähigkeit in verschiedenen Tätigkeiten.

Was der Beschwerdeführer

aus dem pauschalen Hinweis, er habe sich vom psychiatrischen Gutachter nicht ernst genommen gefühlt, und der Behauptung, dieser habe ihn nicht

ausreden lassen und dauernd mit den Händen herum gefuchelt (S. 5 Ziff. 1),

zu seinen Gunsten ableiten will, legt er nicht weiter dar und ist auch nicht ohne Weiteres ersichtlich. Diese Beanstandung wurde zudem

nicht unmittelbar im Anschluss an die (psychiatrische) Begutachtung oder in der Stellungnahme vom 30. April 2020 zum Gutachtenstelle A.\_\_\_\_-Gutachten (Urk. 7/121) erhoben, sondern erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens. Eine allenfalls sinngemäss geltend gemachte Voreingenommenheit des Gutachters lässt sich damit jedenfalls nicht begründen.

Was den Hinweis angeht, die Diagnosen des psychiatrischen Experten deckten sich nicht mit jenen der behandelnden Ärzte (Urk. 1 S. 6 Ziff. 1), ist Folgendes

festzuhalten: Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Erhebungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen respektive Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangt sind. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler Urteil 9C\_646/2016 vom 16. März 2017 4.2.1 am Ende mit Hinweis). Derartige Aspekte sind im konkreten Fall nicht ersichtlich und werden auch nicht substantiiert aufgezeigt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_547/2020 E. 4.2.3).

Im Weiteren machte der Beschwerdeführer geltend, der psychiatrische Gutachter hätte das Vorliegen einer bipolaren Störung näher untersuchen müssen, da er gewusst habe, dass er – der Beschwerdeführer – zu Ausbrüchen neige, bei denen er Gegenstände zerstöre. Ferner hätten die zahlreichen Mailwechsel zwischen den Parteien als Hinweise auf eine bipolare Störung gedeutet werden müssen (Urk. 1 S. 7 Ziff. 4). Auch dieser Einwand ist nicht stichhaltig.

Eine klinische Phase mit manischer Symptomatologie wurde in den aktenkundigen Berichten der behandelnden Ärzte nicht dokumentiert (vgl. auch Urk. 7/133 S. 3). Am 20. August 2020 wurde vom Ambulatorium B.\_\_\_\_ erstmals der Verdacht auf eine bipolare Störung erwähnt (Urk. 7/131 S. 1), wobei es im genannten Bericht an einer Begründung für die entsprechende Diagnose fehlt (S. 3). Im Übrigen war der Umstand, dass der Beschwerdeführer mit der Beschwerdegegnerin unter Gebrauch von teilweise drohenden Äusserungen

korrespondierte (vgl. Urk. 7/23-24), dem psychiatrischen Gutachter bekannt (Urk. 7/114 S. 16), wobei sich der Austausch solcher Korrespondenz auf einen Zeitraum von wenigen Tagen im Mai 2011 – und somit auf Ereignisse, welche über acht Jahre vor der Begutachtung stattfanden – beschränkte. 4.2.2

Im Zusammenhang mit dem Hinweis des Beschwerdeführers, die Schlussfolgerung des neuropsychologischen Gutachters, wonach die schlechten Testergebnisse durch Aggravationszustände gekommen seien, stehe im Widerspruch zu den Beobachtungen der behandelnden Ergotherapeutin (Urk. 1 S. 6 Ziff. 5), ist Folgendes zu bemerken: Bei der Ergotherapeutin K.\_\_\_\_ handelt es sich zunächst um keine in Neuropsychologie ausgebildete Fachperson. Im Weiteren begründete die Ergotherapeutin ihre Einschätzung, dass das Fehlen valider Testresultate im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung auf die

fehlende Belastbarkeit des Beschwerdeführers zurückzuführen sei, damit, dass sie aufgrund ihrer Erfahrungen mit ihm üb erzeugt sei, dass er während den Abklärungen sein Bestes habe geben wollen und einfach nicht besser habe mitzumachen vermögen (Urk. 7/120 S. 2). Sie verwies dabei im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, wonach er oft nicht in der Lage sei, seinen alltäglichen Verpflichtungen nachzukommen und

sich bereits nach der Vornahme einzelner Arbeitsschritte hinlegen müsse und für den restlichen Tag nicht mehr leistungsfähig sei (S. 1). Damit vermag sie aber keine Zweifel an der Einschätzung des neuropsychologischen Gutachters zu wecken, zumal dieser nicht lediglich seine subjektiven Eindrücke schilderte, sondern sich auf Validierungstests stützte (Urk. 7/114/51). 4.2.3

Der Beschwerdeführer machte schliesslich geltend, die Beschwerdegegnerin habe es versäumt, neurologische und neuroradiologische Untersuchungen am Kopf anzuordnen, so wie es vom neuropsychologischen Gutachter vorgeschlagen worden sei (Urk. 10 S. 1 Ziff. 1). Entgegen dieser Auffassung hat lic. phil. J. \_\_\_ im konkreten Fall keine neurologischen respektive neuroradiologischen Untersuchungen des Kopfes empfohlen. Er hat lediglich darauf hingewiesen, dass zwecks Begründung eines Zusammenhangs zwischen den kognitiven Defiziten und der HIV-Infektion entsprechende Untersuchungen notwendig wären. Gleichzeitig hielt er fest, dass die von den übrigen Gutachtern gestellten Diagnosen der depressiven Störung, ADHS und HIV-Infektion weder einzeln noch als Gesamtsymptomatik geeignet seien, die kognitiven Defizite hinreichend zu begründen (Urk. 7/114 S. 50). 4.3 4.3.1

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamtthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell belastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des

Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143

V

409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1). 4.3.2

Wie nachfolgend aufgezeigt wird (vgl. E. 6), hat die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit von 85 % in angepasster Tätigkeit keinen rentenbe gründenden Invaliditätsgrad zur Folge. Da mit einer Indikatorenprüfung eine im Rahmen einer psychischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit validiert wird, kann daraus auch keine grössere Arbeitsunfähigkeit resultieren als die gutachterlich attestierte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_241/2018 vom 25. September 2018 E. 7.5.2) Dementsprechend kann von der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens abgesehen werden (vgl. E. 4.3.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_675/2017 vom 26. April 2018 E. 3.2). 4.3.3

Nach dem Gesagten steht fest, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit seit September 2018 höchstens zu 85 % arbeitsfähig ist. 5.

5.1

Was die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Gutachtenstelle A.\_\_\_\_-Begutachtung aufgrund einer am 16. Dezember 2019 erlittenen Kopfverletzung angeht (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 5, Urk. 10 S. 2 Ziff. 2), ist Folgendes zu bemerken:

Die Spital C.\_\_\_\_-Ärzte berichteten am 16. Dezember 2019

### **E. 019**

von einer psychischen Dekompensation und Präsynkope des Beschwerdeführers im Nachgang zu einem Streit mit seiner Partnerin, wobei er gestürzt und es anschliessend zu einem Taubheitsgefühl im rechten Arm gekommen sei. Im Rahmen der durchgeführten neurologischen Untersuchung zeigte sich im Wesentlichen - mit Ausnahme einer leichten Hypästhesie der linken Gesichtshälfte - ein unauffälliger Hirnnervenstatus sowie eine taktile Hypästhesie im rechten Unterarm und in der rechten Hand. Eine Kopfverletzung wurde im Bericht nicht erwähnt, es wurde aber auf seit mehreren Monaten bestehende Parästhesien in allen distalen Extremitäten und im Hinterkopf respektive auf eine seit Monaten bestehende stark fluktuierende neurologische Symptomatik mit starker psychischer Überlagerung hingewiesen (Urk. 10 S. 8). Es erfolgte der Eintritt in die Psychiatrische

Klinik D.\_\_\_\_ zur stationären psychiatrischen Behandlung, in deren Rahmen insbesondere die Indikation für eine psychopharmakologische Therapie evaluiert werden sollte (S. 6) . In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Serumspiegel für das Antidepressivum Escitalopram gemäss Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ -Gutachten unter der Nachweisgrenze lag (Urk. 7/114 S. 32) und der Beschwerdeführer am 16. Dezember 2019 zudem angab, die Psychopharmakotherapie abgebrochen zu haben (Urk.

10 S. 8).

Eine Veränderung des Gesundheitszustands nach der Gutachtenstelle A.\_\_\_\_ -Begutachtung ist vor diesem Hintergrund bezüglich der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Kopfverletzung nicht in rechtsgenügender Weise ausgewiesen. Aus dem Umstand allein, dass nach den gutachterlichen Untersuchungen eine stationäre psychiatrische Behandlung stattfand und im Bericht der Psychiatrischen Klinik D.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2020 (Urk. 7/107) – welcher den Gutachtern vorlag (Urk. 7/114 S. 14) –

eine schwere depressive Episode erwähnt wurde, kann nicht automatisch auf eine versicherungsrelevante Veränderung der gesundheitlichen Situation geschlossen werden, zumal sich der erwähnte Psychiatrische Klinik D.\_\_\_\_ -Bericht auf die Angabe der Diagnosen, welche nicht näher begründet wurden, und

die Medikamentenliste beschränkte . 5.2

Nichts anderes ergibt sich aus der Anmerkung der Ergotherapeutin in der Stellungnahme vom 30. April 2020 (Urk. 7/121) , in welcher sie sich auf die Wiedergabe der vom Beschwerdeführer subjektiv geklagten Beschwerden nach dem Sturz vom 16. Dezember 2019 beschränkte (S. 3) . In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer bereits im Rahmen der allgemeinen - internistischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Begutachtungen

vom 26. November 2019 und 10. Dezember 2019 von einem Kopfdruck und Schwindel berichtete (Urk. 7/114 S. 19, S. 26, S. 41). 5 . 3

Schliesslich ergibt sich auch gestützt auf den Bericht des Ambulatorium B.\_\_\_\_

vom 20. August 2020 (Urk. 7/131) keine versicherungsrelevante Veränderung des Gesundheitszustands nach der Begutachtung . Die darin erwähnte schwergradige depressive Episode wird im Wesentlichen

auf das

Beck-Depressions-Inventar

(BDI ) und somit auf einen Selbstbeurteilungsbogen gestützt (S. 2) . Eine begründende psychopathologische Anamnese und ein klinischer Psychostatus liegen nicht vor (vgl. auch Urk. 7/133 S. 3). 6. 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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog.

Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 6.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 144

I

103 E. 5.3, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf das vom Beschwerdeführer vor dem erstmaligen Auftreten der depressiven Störung erzielte Durchschnittseinkommen der Jahre 2008 bis 2010 und ging gestützt auf den IK-Auszug vom 28. November 2018 (Urk. 7/44) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von einem Validenlohn von Fr. 83'665.50 aus (Urk. 2 S. 2, Urk. 7/133 S. 4). Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden und entspricht im Übrigen dem vom Beschwerdeführer geltend gemachten Berechnungsweise (Urk. 7/132 S. 5 Ziff. 9). 6.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/

Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn

55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf die LSE 2016, monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Total, Männer ab. Dies blieb zu Recht unbestritten. Für das massgebende Jahr 2019 betrug der Invalidenlohn damit unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung Fr. 57'581.55 für das dem Beschwerdeführer zumutbare Arbeitspensum von 85 % (vgl. Urk. 7/122 S. 1). Die gesundheitlichen Einschränkungen wurden bei der Reduktion des Arbeitspensums auf ein solches von 85 % bereits ausreichend berücksichtigt. Gründe, welche einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden, sind weder ersichtlich

noch wurden sie vom Beschwerdeführer (substantiiert) vorgebracht. 6.4

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 83' 666.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 57'582.-- ergibt einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 31 % (zum Runden vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2).

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Aids-Hilfe Schweiz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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