

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00224 vom 4. März 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00224](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00224)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00224 du 4 mars 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00224 del 4 marzo 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1959, meldete sich am 24. August 2013 wegen eines Herzinfarkts, Bluthochdruck und Prostatakrebs bei der Invalidenversicherung an (Urk. 6/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und liess den Versicherten polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 14. April 2015; Urk. 6/37/1-32). Dieser veranlasste zudem eine eigene psychiatrische Begutachtung (Gutachten vom 21. Juni 2016; Urk. 6/71). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/158-160; Urk. 6/163) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 4. März 2021 ab Dezember 2014 eine Viertelsrente, ab März 2015 eine ganze Rente und ab Juni 2015 eine halbe Rente zu (Urk. 6/168 und Urk. 6/167 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

### **E. 1.3**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits

deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C\_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/

Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131

V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C\_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C\_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C\_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

#### **E. 1.4**

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl.

BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

#### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines 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**

Am

9. April 2021 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 4. März 2021 ( Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung und die Zusprache einer ganzen Rente spätestens ab Februar 2014, eventualiter die Veranlassung eines polydisziplinären Gutachtens ( Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 10. Mai 2021 ( Urk. 5) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 24. Mai 2021 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid ( Urk. 2) wie folgt: Eine Arbeitsunfähigkeit sei seit dem 28. März 2013 ausgewiesen und das Wartejahr könne mit einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit eröffnet werden. Vom 29. Dezember 2013 bis 28. Dezember 2014 liege zum ersten Mal eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % während des Wartejahres vor, welches somit ab dem 29. Dezember 2013 beginne. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit, die einer angepassten Tätigkeit entspreche, ab Ablauf Wartejahr infolge des Prostatakarzinoms zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Drei Monate nach der Operation sei noch von einer 20%igen Minderung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Im Jahr 2014 sei es zu einem Tumorzidiv gekommen, welches zunächst eine volle und dann eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bewirkt habe. Ab Februar 2015 habe sich der Gesundheitszustand wieder deutlich verbessert, so dass ab Juni 2015 Anspruch auf eine halbe Rente bestanden habe. Es bestehe aus somatischen Gründen ein Rentenanspruch. Aus psychiatrischer Sicht seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ( Urk. 2 Verfügungsteil 2 S. 1). Aufgrund der Durchschnittsberechnung der Arbeitsunfähigkeit erhalte er die ersten drei Monate eine Viertelsrente ( Urk. 2 Verfügungsteil 2 S. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte geltend ( Urk. 1), aus näher dargelegten Gründen sei die angestammte Tätigkeit nicht mit einer angepassten gleichzusetzen. Weiter sei die IV-Anmeldung am 24. August 2013 und damit verspätet erfolgt, weshalb der Anspruch seit spätestens 1. Februar 2014 bestehe (S. 18 unten f.). Weiter sei er aus psychischen Gründen zu 100 % erwerbsunfähig, weshalb er Anspruch auf eine ganze Rente habe (S. 20). Das Valideneinkommen sei auf Fr. 134'249.55 festzusetzen und das Invalideneinkommen auf Fr. 73'382.80, weshalb sich - bei Annahme einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % - ein IV-Grad von 73 % ergebe (S.

21). Weiter sei seine Restarbeitsfähigkeit aufgrund seines fortgeschrittenen Alters und des massiven Gesundheitsschadens nicht mehr verwertbar (S. 22).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3. 3.1

Die Ärzte der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie am Universitätsspital Y.\_\_\_\_ diagnostizierten mit Bericht vom 4. Dezember

1997 ( Urk. 6/9/11) einen Hörsturz rechts mit Ertaubung (S.1). Der Patient sei nach fünf Tagen Inhalationstherapie mit leider fehlender Hörverbesserung nach Hause entlassen worden (S. 2).

3.2

Im Bericht des Spitals Z.\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2011 ( Urk. 6/9/10) wurde festgehalten, gut zwei Monate nach kaum dislozierter Humeruskopffraktur links nehme der Beschwerdeführer keine Schmerzmittel mehr. Der Arm könne im täglichen Leben für viele Tätigkeiten eingesetzt werden. In Anbetracht der Tatsache, dass zwischenzeitlich noch ein Myokardinfarkt aufgetreten sei, sei die aktuelle Situation durchaus zeitgerecht nach dieser Verletzung und die Physiotherapie sei weiterzuführen. 3.3

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Operative Urologie, diagnostizierte mit Bericht vom 29. Oktober 2013 ( Urk. 6/7) einen Status nach radikaler Prostektomie

bei Adenokarzinom der Prostata am 28. März 2013. Postoperativ bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis 7. Juni 2013. Dr. A.\_\_\_\_ wies auf eine schwerste Depression hin ( Ziff. 1.1). Aus urologischer Sicht sei der Beschwerdeführer seit Juli 2013 arbeitsfähig ( Ziff. 1.6). 3.4

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte mit Bericht vom 18. November 2013 ( Urk. 6/9/1-5) folgende Diagnosen ( Ziff. 1.1): - depressive Entwicklung - koronare und hypertensive Herzkrankheit, Nicht-ST-Strecken-Elevations myokardinfarkt ( NSTEMI ) am 11. November 2011 - Status nach radikaler Prostektomie am 28. März 2013 - Status nach Humeruskopffraktur - Hörsturz 1997

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer sei seit Jahren arbeitslos ( Ziff. 1.6). Rein sitzende Tätigkeiten seien zumutbar ( Urk. 6/9/4). 3.5

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und lic. phil. D.\_\_\_\_ stellten mit Bericht vom 8. Februar 2014 ( Urk. 6/10) folgende Diagnosen (S. 1): - schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1) - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) - damit verbundene rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1) - Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z.73.0) - Herauslösung aus dem Elternhaus in der Kindheit (ICD-10 Z61.1) - Heimerziehung (ICD-10 Z62.2) Seit April 2013 bestehe eine schwere Depression. Die Symptomatik habe zu Beginn der Therapie eine latente Suizidalität umfasst. Bis heute bestehe eine Antriebslosigkeit, ein Verlust sämtlicher Motivation und Zuversicht, ein emotionaler und sozialer Rückzug und die Aufgabe sämtlicher Hobbies und Betätigungen. Die männliche Identität des Beschwerdeführers sei gebrochen, er fühle sich als Lebenspartner nutzlos und unbrauchbar, habe aus kleinstem Anlass emotionale Ausbrüche und leide an Schlafproblemen und dem Verlust jeder Hoffnung, je wieder arbeiten zu können (S. 2). 3.6

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Medizinische Onkologie, diagnostizierte mit Bericht vom 16. Dezember 2014 ( Urk. 6/18/1-5) im Wesentlichen eine Tumorstreuung nach Prostatakarzinom bei radikaler Prostektomie ( Ziff. 1.1) und hielt fest, es erfolge eine Bestrahlung mit zusätzlicher Hormontherapie ab Oktober 2014 ( Ziff. 1.5). Als Projektleiter sei der Beschwerdeführer ab Oktober 2014 zu 100 % arbeitsunfähig ( Ziff. 1.6). Es bestehe eine reaktive Depression, die sich auf die Arbeit auswirke ( Ziff. 1.7). Rein sitzende Tätigkeiten seien zumutbar ( Urk. 6/18/5). 3.7

Die Ärzte der Medas -Abklärungsstelle F.\_\_\_\_ stellten in ihrem am 14. April 2015 ( Urk. 6/37/1-32) nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, psychiatrischen, orthopädischen, urologischen, kardiologischen, onkologischen und otorhinolaryngologischen Untersuchung folgende,

hier etwas verkürzt wiedergegebene Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 28

Ziff. 5.1 ): - regional fortgeschrittenes Prostatakarzinom - Zustand nach radikaler Prostataresektion am 28. März 2013 - Oktober 2014 PSA-Anstieg und Nachweise einer Lymphknoten metastase links - ab Oktober 2014 Androgen- Depletionstherapie - Dezember 2014 Bestrahlung - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - koronare 1-Gefäss-Erkrankung und hypertensive Kardiopathie - Status nach NSTEMI und nach Notfall-PTCA Stent im Dezember 2011 auf Mauritius - linksventrale Hypertrophie, gute systolische LV-Pumpfunktion - eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit in der Fahrrad-Ergometrie - kardiovaskuläre Risikofaktoren - pantonale Schwerhörigkeit rechts - Tinnitus rechts - mittelgradig kompensiert Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 28 Ziff. 5.2): - metabolisches Syndrom - arterielle Hypertonie - Adipositas - Dyslipidämie - Hyperurikämie - Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom (Differentialdiagnose: Adipositas-Hypoventilationssyndrom) - akzentuierte Persönlichkeitszüge - chronisch intermittierende Schulterbeschwerden der dominanten linken Seite - Status nach konservativ behandelte proximale Humerusfraktur 2011 - kein höhergradiges funktionelles Defizit - chronisches radikuläres Reizsyndrom C6 links - chronische Hüftschmerzen links - radiologisch beginnende Coxarthrose

- anamnestisch Status nach konservativ behandelten Frakturen an Fersen bein und Knöchel links sowie Wadenbein rechts vor dreissig Jahren - leichte normochrome

normozytäre Anämie - leichte Hepatopathie unklarer Ätiologie (differentialdiagnostisch im Rahmen einer nicht alkoholischen Steatohepatopathie ) In der Konsensbeurteilung führten die Gutachter zur Frage der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten aus, die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers liege im kaufmännischen Bereich, wo er zuletzt als Projektleiter und Wirtschaftsinformatiker tätig gewesen sei. Aus internistischer, kardiologischer und orthopädischer Sicht könne in dieser Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Aus psychiatrischer Sicht könne aktuell eine leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer konsekutiven Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % diagnostiziert werden. Im Vordergrund stehe aber die Diagnose eines regional fortgeschrittenen Prostatakarzinoms. Zur Zeit führe der Beschwerdeführer eine Hormonbehandlung durch, welche zu einer drastischen Reduktion des Androgenspiegels führe und mit grosser Wahrscheinlichkeit für seine vermehrte Müdigkeit und für die Stimmungsschwankungen zusätzlich zur psychiatrischen Diagnose verantwortlich sei. Aus onkologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % bis zum Abschluss der Hormontherapie im April 2015, wobei anschliessend eine über Wochen bis Monate dauernde Zeitperiode folgen werde, in welcher der Hormonspiegel wieder ansteige und auch mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (S. 29 unten f.). Aus kardiologischer Sicht bestehe bei koronarer 1-Ast-Erkrankung lediglich eine Einschränkung in dem Sinne, dass dem Exploranden körperlich schwere Tätigkeiten nicht zumutbar seien. Aus otorhinolaryngologischer Sicht seien dem Beschwerdeführer aufgrund der pantonalen Schwerhörigkeit rechts und des mittelgradig kompensierten Tinnitus rechts keine Tätigkeiten zumutbar, welche unter erhöhtem Störlärm ausgeübt werden müssten oder ein intaktes Richtungshören voraussetzten. Zudem bestehe für sämtliche Tätigkeiten aus otorhinolaryngologischer Sicht eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 % . Insgesamt bestehe in der angestammten Tätigkeit derzeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % . Die leichten Leistungseinbussen aus ORL-ärztlicher und psychiatrischer Sicht wirkten sich

derzeit beim hohen vorgegebenen Pausenbedarf aus onkologischer Sicht nicht zusätzlich aus. Körperlich schwere Tätigkeiten, solche mit höheren Anforderungen an das Gehör oder mit erhöhtem Umgebungslärm seien nicht zumutbar (S. 30). Zum Verlauf wurde festgehalten, es sei davon auszugehen, dass vom Zeitpunkt der radikalen Prostatektomie am 28. März bis zum 7. Juni 2013 aus urologischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bestanden habe. Seither habe wohl durchgehend eine zumindest 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestanden. Von Oktober 2014 bis Februar 2015 sei der Beschwerdeführer aus onkologischer Sicht voll arbeitsunfähig gewesen. Ab Gutachtenszeitpunkt bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % . Prospektiv sei nach Absetzen der Antihormontherapie im April 2015 ab Juli 2015 von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % , ab Oktober 2015 von 30 % und ab Januar 2016 von 20 % auszugehen. Dies unter der Voraussetzung, dass die Komorbiditäten unverändert blieben und die Grunderkrankung nicht fortgeschritten sei (S. 30). Der psychiatrische Teilgutachter hielt fest, gemäss den Angaben des Beschwerdeführers nehme er etwa 3-4 Tabletten Temesta monatlich ein . Sonstige Psychopharmaka, insbesondere Antidepressiva, würden nicht eingesetzt (S. 10 unten). Es seien verschiedene Ressourcen festzustellen. So sei der Beschwerdeführer in der Lage, ein Auto zu lenken, und sei somit konzentrationsfähig und verkehrstauglich. Er lese regelmässig Bücher, unterhalte seinen Haushalt und treffe sich zum Jassen und im Sommer zum Tennis spielen. Jährlich verreise er nach Mauritius (S. 13 unten). Die heute festgestellte Arbeitsunfähigkeit dürfte im April 2013 mit dem Beginn der Behandlung bei lic . phil. D. \_\_\_ eingesetzt haben. Was die von diesem genannte schizoide Persönlichkeitsstörung angehe, sei eher von akzentuierten Persönlichkeitszügen zu sprechen. Der Beschwerdeführer habe zwar in seiner Jugend Merkmale einer auffälligen Persönlichkeitsvariante mit sozial unangepasstem Verhalten gezeigt, jedoch könne später die Dauerhaftigkeit des devianten Verhaltens nicht mehr nachgewiesen werden. Insbesondere habe sich der Beschwerdeführer während 30 Jahren sehr gut integrieren können (S. 14).

Der onkologische Teilgutachter hielt fest, der Beschwerdeführer sei ab Januar 2013 bis zirka drei Monate nach der Operation, also bis etwa Mitte Juli 2013, zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Danach habe ab Oktober 2014 bis zirka Februar 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, danach eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 24 Ziff. 4.5.6). 3.8

Dr. med. G. \_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), erachtete die Schlussfolgerungen des Gutachtens in ihrer Stellungnahme vom 28. April 2015 ( Urk. 6/45/4 unten f.) als plausibel und hielt fest, vom 28. März bis zum 7. Juni 2013 werde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in sämtlichen Tätigkeiten ausgewiesen, danach eine solche von 20 % . Ab Oktober 2014 bis Februar 2015 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Ab Ende April 2015 respektive Mai 2015 werde wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgewiesen. 3.9

Dr. med. H. \_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 21. Juni 2016 im Auftrag der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers ein psychiatrisches Gutachten ( Urk. 6/71 ) , und stellte folgende Diagnosen (S.

21 f. ): - mittelgradige bis schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33, F33.1 und F.33.2) - Status nach unklarer Belastungsstörung (ICD-10 F43.0) im Rahmen aussergewöhnlicher körperlicher und psychischer Belastungen aufgrund schwerwiegender Erkrankungen (Myokardinfarkt,

metastasierendes Prostatakarzinom, Impotenz, Gynäkomastie) - Verdacht auf schizoide Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 F60.1), differentialdiagnostisch komplexe posttraumatische Belastungsstörung – gleich bedeutend mit einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung - nach körperlicher Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter - Verdacht auf iatrogene Benzodiazepinabhängigkeit im Rahmen einer Dauerbehandlung mit Triazolam - Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol

Depressive Episoden seien in aller Regel durch pharmakologische und psychotherapeutische Interventionen gut behandelbar, hätten somit eine gute Prognose und begründeten isoliert betrachtet keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 22 unten). Der Verdacht auf eine iatrogene Benzodiazepinabhängigkeit im Rahmen einer Dauerbehandlung mit Triazolam sowie ein Status nach oder möglicherweise ein reaktivierter schädlicher Gebrauch von Alkohol wirkten sich insofern (indirekt) auf die Arbeitsfähigkeit aus, als dass sie den Heilverlauf des depressiven Syndroms verzögerten oder verunmöglichten. Der Verdacht auf eine schizoide Persönlichkeitsstruktur sowie eine differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehende komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach körperlicher Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter wirkten sich bei erhaltenen Kompensationsmechanismen nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Träten indessen wie vorliegend bedeutsame Lebensereignisse (schwerwiegende Erkrankung) dazu, erschöpften sich diese Kompensationsmechanismen rasch, wodurch es in der Regel vorübergehend oder dauerhaft zum Verlust der Arbeitsfähigkeit komme (S. 23).

Der Beginn der depressiven Symptomatik könne aufgrund der Angaben des Exploranden sowie aufgrund der Aktenlage der Zeit nach dem Myokardinfarkt zugeordnet werden. Das gehäufte Auftreten depressiver Symptome nach durch gemachtem Myokardinfarkt sei bestens bekannt, ebenso die gehäuften depressiven Auslenkungen nach Diagnosen bösartiger Erkrankungen. Potenzprobleme oder eine Gynäkomastie, welche sich wie im vorliegenden Fall aufgrund von operativen Eingriffen oder Hormonbehandlungen schwer oder gar nicht befriedigend behandeln liessen, führten bei Männern häufig zu depressiven Symptomen. Aufgrund dieser Konstellation müsse auch bei konsequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung mit einem protrahierten Verlauf der depressiven Episode gerechnet werden. Beim Exploranden sei derzeit keine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als projektleitender Wirtschaftsinformatiker gegeben. Die Schwere des aktuellen depressiven Geschehens lasse zudem auch keine andere Verweistätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu (S. 23). Bezüglich der Aktivitäts- und Partizipationsvermögen des Exploranden sei derzeit auch keine Tätigkeit in beschützendem Rahmen möglich. Die derzeit empfohlene Aktivität müsse vorerst auf therapeutische Zwecke begrenzt bleiben, zum Beispiel in einer Tagesklinik (S. 24 oben).

Die im F.\_\_\_\_-Gutachten gestellte Verdachtsdiagnose einer leichtgradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden Störung könne nicht bestätigt werden. Der Schweregrad stelle sich derzeit deutlich anders dar. Zudem lasse sich die anamnestiche Aufarbeitung der Persönlichkeitsstruktur des Exploranden nicht mit einer Persönlichkeitsakzentuierung erklären. Aufgrund aller vorhandenen Informationen inklusive Fremdauskünften müsse tatsächlich mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer (schizoiden) Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden (S. 24).

Es sei von einem mehrjährigen Verlauf auszugehen; das depressive Syndrom habe sich bereits 2013 entwickelt. Dabei sei es allenfalls zu einer vorübergehenden und partiellen Remission (nach der stationären Behandlung) gekommen, eine längerfristige Remission sei nie erreicht worden. Allerdings müsse korrekterweise angefügt werden, dass seit 2013 nicht sämtliche verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft worden seien (S. 25). Der soziale Rückzug sei aktuell als mittel-

bis schwergradig einzustufen und liege teilweise in der schizoiden Persönlichkeit des Beschwerdeführers begründet. Es lasse sich zwar aufgrund der körperlichen Beeinträchtigungen ein deutlicher und über den Habitualzustand des Exploranden hinausgehender sozialer Rückzug erkennen, dieser zeige sich jedoch nicht in allen Belangen des Lebens. Weiter seien die therapeutischen Massnahmen nicht ausgeschöpft. Insbesondere sei er psychopharmakologisch derzeit unbehandelt, was beim vorliegenden Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik dringend empfohlen sei (S. 26). In der Mehrzahl gleichgearteter Fälle könne innert drei bis vier Monaten konsequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Bemühungen mit einer Besserung des depressiven Syndroms gerechnet werden (S. 28). 3.10

Zu diesem Gutachten hielt Dr. G.\_\_\_\_, RAD, am 29. Juli 2016 (Urk. 6/74/4-5) fest, es könne aus Sicht des RAD als nachvollziehbar beurteilt und nicht ausser Acht gelassen werden. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass eine Tätigkeit mit höheren Ansprüchen an die Belastbarkeit und mit Multitasking nicht mehr den Möglichkeiten des Beschwerdeführers entspreche und er auf eine angepasste Tätigkeit angewiesen sein werde. Es seien eine Abstinenz, ein Entzug und eine fachärztliche psychologische Behandlung zu verlangen, womit bei gutem Verlauf eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und eventuell mehr erwartet werden könne. 3.11

Lic. phil. D.\_\_\_\_ und Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führten am 3. Juli 2017 (Urk. 6/88) aus, die engmaschige ambulante Betreuung diene unter anderem dazu, stationäre Aufenthalte abzuwenden. Antidepressive Medikamente hätten aufgrund von nicht tolerierbaren Nebenwirkungen abgesetzt werden müssen, Remeron wegen einer massiven Gewichtszunahme. Zudem habe der Beschwerdeführer zahlreiche somatische Medikamente und eine Hormontherapie, was erschwerend dazukomme. Die therapeutischen Optionen seien ausgeschöpft (S. 1). 3.12

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, RAD, hielt am 13. März 2017 (Urk. 6/95/2-4) fest, in der bisherigen Tätigkeit als Projektleiter sei der Beschwerdeführer von März bis Juni 2013 zu 100 %, von Juli 2013 bis September 2014 zu 20 %, von Oktober 2014 bis Februar 2015 zu 100 %, von März 2015 bis Mai 2016 zu 50 % und ab Juni 2016 zu 100 % arbeitsunfähig (gewesen). In angepasster Tätigkeit bestehe derzeit keine Arbeitsfähigkeit, da therapeutische Massnahmen im Vordergrund stünden. Der Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung durch das F.\_\_\_\_ im März 2015 verschlechtert (Urk. 6/95/3).

3.13

Dr. I.\_\_\_\_ hielt mit Schreiben vom 7. Februar 2018 (Urk. 6/101) fest, aus näher dargelegten Gründen bestehe sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit (S. 2). 3.14

Lic. phil. D.\_\_\_\_

erachtete den Beschwerdeführer in seinem undatierten Bericht vom Sommer 2018 ( Urk. 6/117; vgl. Urk. 6/116) in jeder Tätigkeit als zu 100 % arbeitsunfähig ( Ziff. 2.1). Die Behandlung finde alle zwei Wochen statt ( Ziff. 3.1). Die grösste Einschränkung und Belastung stelle der seit 5 Jahren dauernde Verfahrensprozess um die Invalidität dar ( Ziff. 3.3). Eventuell bestehe eine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung , wenn die Rentenfrage entschieden sei ( Ziff. 4.2). 3.15

Auf entsprechende Anfrage durch die Beschwerdegegnerin hielt Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, am 28. Februar 2018 ( Urk. 6/129) fest, die beidseitige Mastektomie sei am 11. Januar 2018 erfolgt. Die Operation sei erfolgreich gewesen, der Beschwerdeführer habe keine Schmerzen mehr. Eine optimal angepasste Tätigkeit sei seit 2018 möglich. 3.16

Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Medizinische Onkologie, Allergologie und Klinische Immunologie sowie für Allgemeine Innere Medizin, hielt am 24. Oktober 2019 ( Urk. 6/141) fest, die Behandlung der schmerzhaften Gynäkomastie stehe in keinem Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit des Patienten. Eine Hormontherapie finde im Augenblick nicht statt. 3.17

Dr. med. M.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte am 11. September 2020 ( Urk. 6/156/10-11) aus, im Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ sei es paradoxal, gleichzeitig eine mittelgradige bis schwere Episode zu diagnostizieren, denn die ICD-10 Kriterien grenzten die Schweregrade eindeutig ab. Weiter sei anhand der dort genannten psychopathologischen Befunde objektiv ein leichter Schweregrad zu diagnostizieren. Die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung werde nicht hergeleitet und sei wenig plausibel, zumal der Beschwerdeführer sozialen Aktivitäten nachgehe. Weiter erscheine die Diagnose einer Persönlichkeitsakzentuierung aus näher genannten Gründen als plausibler. Ein Laborstatus zum Nachweis des Verdachtes auf eine Benzodiazepinabhängigkeit und eines Status nach schädlichem Gebrauch von Alkohol sei nicht erhoben worden; Entzugssymptome seien während der etwa 2.5 - stündigen Untersuchung im psychopathologischen Befund nicht festgestellt worden. Aufgrund fehlender Herleitung könne diese Diagnose nicht nachvollzogen werden. In der Gesamtschau sei das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ nicht verwertbar. Dennoch sei es vom RAD als nachvollziehbar beurteilt worden. Eine objektive Beurteilung, ob - wie von den Behandlern postuliert - die antidepressive Behandlung aufgrund von Nebenwirkungen ausgeschöpft sei, sei nicht möglich, zumal unbekannt sei, welche Medikamente eingeführt worden seien, wie lange die Medikation gedauert habe und welche Nebenwirkungen genau aufgetreten seien. Eine spezifische Interaktionsanalyse der Medikamente sei unabdingbar, werde aber von lic. phil. D.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ nicht dargelegt. Es werde empfohlen, auf das F.\_\_\_\_ -Gutachten abzustellen, womit aus psychiatrischer Sicht aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, leichte Episode, überwiegend wahrscheinlich seit März 2013 und auf Dauer eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. 3.18

Aus somatischer Sicht hielt dipl.- med. N.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, RAD, am 11. September 2020 ( Urk. 6/156/12-13) fest, der Gesundheitszustand sei diesbezüglich stabil. Die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs des Prostatakarzinoms sei hoch. Bezüglich der angestammten Tätigkeit als IT-Projektleiter bestünden folgende Einschränkungen: keine schweren körperlichen Tätigkeiten infolge der koronaren Herzerkrankung , ständiger Harndrang,

Hitzewallungen, Antriebsminderung, Müdigkeit, Impotenz, Verlust der Libido. Keine Tätigkeiten, welche ein normales Hörvermögen voraussetzen. Es seien vermehrte Ruhepausen erforderlich bei Einschränkung des Hörvermögens und Tinnitus. Die bisherige Tätigkeit sei angepasst. In diesen Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 28. März bis 7. Juni 2013, von 20 % vom 8. Juni 2013 bis auf weiteres, von 100 % ab Oktober 2014 bis Februar 2015 und von 50 % ab März 2015 bis Februar 2017. Es liege ein Gesundheitsschaden vor, welcher sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirke. Die Einschränkungen seien durch das Prostatakarzinom begründet. Drei Monate nach der Operation sei noch von einer 20%igen Minderung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. 2014 sei es zu einem Tumorrezidiv gekommen, welches zunächst eine 100%ige, später eine 50%igen Arbeitsunfähigkeit bewirkt habe. Aus onkologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zumindest während der Hormontherapie um 50 % vermindert gewesen, diese sei im Februar 2017 beendet worden. Aufgrund des Hörsturzes bestehe eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit um 10 %. Aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht und aus orthopädischer sowie aus kardiologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Die halbe Rente könne aufgrund der somatischen Erkrankungen unbefristet ausgerichtet werden. 4. 4.1

Eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit war rechtzeitig erstmals nach der Prostatektomie Ende März 2013 ausgewiesen. Dr. A. \_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.3) hielt am 29. Oktober 2013 fest, der Beschwerdeführer sei vom 28. März bis 7. Juni 2013 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Ab Juli 2013 sei er aus urologischer Sicht wieder vollständig arbeitsfähig. Dr. B. \_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.4) nahm im November 2013 keine verbindliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor, sondern hielt lediglich fest, der Beschwerdeführer sei seit Jahren arbeitslos und es seien rein sitzende Tätigkeiten zumutbar. Dr. C. \_\_\_ und lic. phil. D. \_\_\_ gingen im Februar 2014 davon aus, dass seit April 2013 eine schwere Depression bestehe, wobei sie weder Angaben zur Arbeitsfähigkeit noch zur Art der Therapie machten und auffällt, dass die Diagnose einer schweren Depression - die mindestens eine medikamentöse, eher aber eine stationäre Behandlung vermuten liesse - in der Auflistung der Diagnosen nicht erscheint. Die stationäre Behandlung fand erst vom 27. November bis 21. Dezember 2013 statt (vgl. Bericht vom 10. Januar 2014, Urk. 6/37/33-34),

wo über eine sehr gute Stabilisierung unter Remeron berichtet wurde und der Beschwerdeführer in einem deutlich gebesserten körperlichen wie auch psychischen Allgemeinzustand hatte entlassen werden können. In somatischer Hinsicht kam es sodann zu einem Tumorrezidiv, dessen Behandlung ab Oktober 2014 zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit als Projektleiter führte (vgl. vorstehend E. 3.6). Angesichts dieser eher dürftigen

rechtzeitigen Aktenlage ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das Wartefahr ab Dezember 2013 eröffnete. 4.2

#### 4.2.1

Das F. \_\_\_ -Gutachten wurde unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung umfassender Abklärungen erstattet und vermag grundsätzlich den Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. vorstehend E. 1.5) zu genügen. Darin kamen die Gutachter zum Schluss, es stehe die Diagnose eines regional fortgeschrittenen Prostatakarzinoms im Vordergrund, dessen Behandlung sich

einschränkend auswirke. Aus onkologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % bis zum Abschluss der Hormontherapie im April 2015, anschliessend sei mit einem Anstieg der Hormonwerte und parallel dazu mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Die Gutachter gingen in Übereinstimmung mit Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.6) davon aus, dass ab Oktober 2014 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Diese habe bis Februar 2015 gedauert. Ab Absetzen der Hormontherapie beziehungsweise zum Gutachtenszeitpunkt im April 2015 sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Die Gutachter unterschieden dabei nicht zwischen der angestammten und einer angepassten Tätigkeit, sondern sahen lediglich eine kardiologische Einschränkung bezüglich schweren Tätigkeiten und aus otorhinolaryngologischer Sicht bezüglich solchen mit erhöhtem Störlärm oder bei intaktem Richtungshören. 4.2.2

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine leichte depressive Episode, welche eine Einschränkung von 20 % verursache, die sich jedoch aufgrund des hohen Pausenbedarfs aus onkologischer Sicht nicht zusätzlich auswirke. Dazu ist Folgendes festzuhalten: Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend 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, 13

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

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

130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

### **E. 6.2**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen ein kommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung an gepassten 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).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2);

Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a).

### **E. 6.3**

Von Dezember 2014 bis März 2015 bestand eine volle Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit und damit ein Invaliditätsgrad von 100 % (vgl. vorstehend E. 4.5).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3, 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2, 128 V 174).

Im Rahmen von Revisionsverfahren ist der Zeitpunkt der Anpassung des Rentenanspruchs massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_486/2019 vom 18. September 2019 E. 7.4).

### **E. 6.4**

Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen für das für die Rentenherabsetzung massgebliche Jahr 2015 gestützt auf die LSE, da der Beschwerdeführer vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung arbeitslos war, und errechnete ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 129'394.10 (vgl. Urk. 6/44; Lohn nach Abschluss der Fachhochschule), was vom Beschwerdeführer grundsätzlich nicht bestritten wurde (vgl. Urk. 1 S. 21 Ziff. 6.7.2).

### **E. 6.5**

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).

#### **E. 6.6**

Der Beschwerdeführer hat zwischenzeitlich keine Erwerbstätigkeit aufgenommen. Die Beschwerdegegnerin ermittelte gestützt auf die LSE für das Jahr 2015 ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 64'697.05, mithin 50 % des Validen Einkommens, da auch die angestammte Tätigkeit als zumutbar gilt (Urk. 6/44).

#### **E. 6.7**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invaliden einkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137

V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

#### **E. 6.8**

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon

zu unterscheiden ist die Gegenstand des Abzugs vom Tabellenlohn bildende Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohnnebenbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_297/2018 vom 6. Juli 2018 E. 3.5). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_725/2020 vom 22. Dezember 2020 E. 4.4.1 mit Hinweis).

Ob das Merkmal «Alter» einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist jeweils unter Berücksichtigung aller konkreter Umstände des Einzelfalls zu prüfen. Dies gilt insbesondere im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG), wo sich ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss. Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (BGE 146 V 16 E. 7.2.1 mit Hinweisen).

Der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, fällt als invaliditätsfremder Faktor ausser Betracht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_296/2020 vom 25. November 2020 E. 6.3.2 mit Hinweisen).

Nach der neueren Praxis des Bundesgerichts ist ein Abzug bei Männern wegen Teilzeitbeschäftigung nicht mehr automatisch vorzunehmen. Ob sich eine entsprechende Reduktion rechtfertigt, ist stets mit Blick auf den konkreten Beschäftigungsgrad und die jeweils aktuellen Werte zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_561/2018 vom 4. März 2019 E. 4.3.1).

## **E. 6.9**

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Kriterien ist aufgrund des Alters des Beschwerdeführers, der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und der Teilzeitbeschäftigung, die im kaufmännischen Bereich, den die Beschwerdegegnerin mit dem Prozentvergleich als massgebend erachtete, möglicherweise bei Männern seltener zu finden sein könnte, ein Abzug von 10 % zu gewähren. Damit resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen in Höhe von rund Fr. 58'227.-- und ein Invaliditätsgrad von gerundet 55 %, womit die Reduktion auf eine halbe Rente nicht zu beanstanden ist.

## **E. 6.10**

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer von Dezember 2014 bis Juni 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % Anspruch auf eine ganze und ab Juli 2015 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat.

Dies führt zur Änderung des angefochtenen Entscheides und zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. 7. 7.1

Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- anzusetzen. Da der Beschwerdeführer lediglich in geringem Umfang (ganze Rente statt Viertelsrente von Dezember 2014 bis Juni 2015) obsiegt und im Wesentlichen unterliegt, sind sie ausgangsgemäss ihm aufzuerlegen. 7.2

Das geringe Obsiegen rechtfertigt keine Prozessentschädigung. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 4. März 2021 unter Hinweis auf die Erwägungen dahingehend geändert, dass der Beschwerdeführer auch von Dezember 2014 bis Juni 2015 Anspruch auf eine ganze Rente hat.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Dem Beschwerdeführer wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

## **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).

## **E. 9**

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

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April

2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamtthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E.

4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell 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).

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).

4.2.3

Zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist zum Komplex «Gesundheitsschädigung» festzuhalten, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten psychiatrischen Befunde anlässlich der Begutachtung eher gering war (vgl. S. 12 Ziff. 4.1.2 des Gutachtens). So bestand zwar eine deutliche Zurückhaltung im Affekt, jedoch war eine Modulation der Affekte möglich. Es bestand ein lediglich leicht bedrückter Affekt ohne Hinweise für eine vitale Traurigkeit oder eine erhebliche Antriebsstörung. Zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder einer entsprechenden Resistenz ist festzuhalten, dass keine konsequente Behandlung

erfolgte. Eine Eingliederung stand aufgrund des volatilen somatischen Gesundheitszustandes nicht im Vordergrund. Eine Behandlung der psychischen Beeinträchtigung fand soweit ersichtlich mittels Gesprächstherapie statt, jedoch erfolgte keine medikamentöse antidepressive Behandlung, einzig die Einnahme von Temesta bei

Bedarf, wobei auch dieser mit 3-4 Tabletten monatlich sehr gering erscheint (vgl.

S.

#### **E. 10**

Ziff. 4.1.1.2 des Gutachtens). Als Komorbidität ist insbesondere die Krebserkrankung zu nennen.

Zum Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) ist festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar darlegte, weshalb keine Persönlichkeitsstörung, sondern eher eine Persönlichkeitsakzentuierung vorliegt (vgl. vorstehend E. 3.7). Eine schizoide Persönlichkeitsstörung lässt sich tatsächlich nur schwer mit der erfolgreichen Berufskarriere des Beschwerdeführers vereinbaren. Zudem wurde diese Diagnose von Dr. C.\_\_\_\_ und lic. phil. D.\_\_\_\_ in keiner Weise begründet. Als Ressourcen wurden Lesen, Jassen, Tennis, jährliche Reisen nach Mauritius, Verkehrstauglichkeit, Konzentrationsfähigkeit und die selbständige Haushaltsführung genannt (vgl. vorstehend E.

3.7). Zum Komplex «Sozialer Kontext» sind Kontakte zur WG-Partnerin, zu einer Jassgruppe und einem Tennispartner zu nennen (vgl. S. 11 oben des Gutachtens).

Der beweisrechtlich entscheidende verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz zeigt, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen besteht, ansonsten der Beschwerdeführer nicht fähig wäre, einen Langstreckenflug zu bewältigen, sich beim Tennis sportlich zu betätigen und einen regelmässigen Tagesablauf mit Haushalten, Kochen, Lesen und Spazieren einzuhalten (vgl. S. 12 oben des Gutachtens). Am stärksten fällt der Umstand, dass abgesehen von einer wöchentlichen Gesprächstherapie - welche nicht durch einen Facharzt für Psychiatrie durchgeführt wird - keine antidepressive medikamentöse oder (teil-) stationäre Behandlung stattfindet, ins Gewicht. Gegenüber Dr. H.\_\_\_\_ hielt der Beschwerdeführer fest, er habe die von seinem Hausarzt verschriebenen Antidepressiva nach zwei Tagen wegen unerwünschten Nebenwirkungen (Übelkeit, Schwindel) wieder abgesetzt (vgl. Urk. 6/71 S. 9 oben). Dass er jedoch von einer konsequenten Therapie deutlich profitieren könnte, zeigte sich an der stationären und medikamentösen Behandlung im Jahr 2013 (vgl. Urk. 6/37/33-34) und wurde auch von Dr. H.\_\_\_\_ bestätigt (vgl. vorstehend E. 3.9). Ein behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck muss damit verneint werden.

In Würdigung all dieser Kriterien ist demnach der Einschätzung einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, welche sich nicht additiv zu der Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen auswirkt, zu folgen. 4.3

Das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vermag dieses Resultat nicht in Zweifel zu ziehen. Diesbezüglich kann auf die zutreffende Kritik durch Dr. M.\_\_\_\_ verwiesen werden (vgl. vorstehend E.

3.17). Es kann zudem nicht ausser Acht gelassen werden, dass das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ zeitlich nach Erlass des Vorbescheids vom 22. September 2015 (Urk. 6/47) und zudem im Auftrag der Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers erging. Insbesondere aber ist im Lichte der vorgenannten Beweiskriterien bei psychischen Beeinträchtigungen zu betonen, dass Dr. H.\_\_\_\_ mehrfach auf die gute Bearbeitbarkeit von Depressionen hinwies und festhielt, dass depressive Episoden isoliert betrachtet keine dauerhafte Einschränkung

der Arbeitsfähigkeit begründeten. Zwar legte Dr. H.\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass die Struktur der Persönlichkeit sich bei erhaltenen Kompensationsmechanismen nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, bei Hinzutreten von bedeutsamen Lebensereignissen sich diese jedoch erschöpfen und zum Verlust der Arbeitsfähigkeit führen könnten. Auch dass nach einem Herzinfarkt und einer Diagnose bösartiger Erkrankungen depressive Symptome auftreten können, ist nachvollziehbar. Solche würden aber eine - vorliegend zumutbare - intensive umfassende psychiatrische Behandlung vermuten lassen, die gerade nicht stattfindet, was sich wie dargelegt beweisrechtlich entscheidend auswirkt. Dies stellte im Ergebnis auch Dr. H.\_\_\_\_ fest, wenn er darlegte, dass seit 2013 nicht sämtliche verfügbaren therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft wurden und in der Mehrzahl gleichartiger Fälle innert drei bis vier Monaten mit einer Besserung gerechnet werden könne (vgl. vorstehend E. 3.9). Verlauf und Ausgang von Therapien stellen wichtige Schweregradindikatoren dar. Es ist Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz (leichter bis) mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/20 17 vom 15. Februar 2018 E. 5.1), was Dr. H.\_\_\_\_ nicht gelang. 4.4

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäußert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E.

5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen.

Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang an dauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt

(BGE 144 V 50 E. 4.3 ).

Bezugnehmend auf diese Rechtsprechung kann der Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.10) , welche fachfremd das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ als nachvollziehbar erachtet e , nicht gefolgt werden, zumal sie ihre Beurteilung nicht weiter begründete. 4.5

Als Zwischenresultat ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer ab Ende des Wartejahrs im Dezember 2014 bis März 2015 in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war. Ab April 2015 war von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen, was ab Juli 2015 zu berücksichtigen ist

( Art. 88a Abs. 1 IVV ). 4.6

Die seither ergangenen Berichte von Dr. I.\_\_\_\_ und lic . phil. D.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.11, 3.13 und 3.14) können zur Frage der Arbeitsfähigkeit des Be schwerdeführers aus psychiatrischer Sicht nichts Entscheidwesentliches beitra gen, da sie den Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichtes (vgl. vor stehend E.

1.5) nicht zu genügen vermögen. Zudem hat das Gericht der Erfah rungstat sache Rechnung zu tragen, dass nicht nur allgemeinpraktizierende Haus ärzte, sondern auch behandelnde Spezialärzte im Hinblick auf ihre auftragsrecht liche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aus sagen (vgl. BGE 125 V 353 E . 3b/cc mit Hinweisen). Dies zeigt sich exemplarisch an der Aussage von Dr. I.\_\_\_\_ , wonach die therapeutischen Optionen ausgeschöpft seien und die engmaschige ambulante Betreuung dazu diene, stationäre Aufent halte abzuwenden (vgl. vorstehend E. 3.11). Es fragt sich, ob hier der thera peu tische Auftrag überhaupt noch wahrgenommen oder vor allem der Patient in seiner Krankheit bestärkt wird , zumal Dr. H.\_\_\_\_ dringend den Einbezug ergän zender therapeutischer Interventionen im Sinne einer Pharmakotherapie und einer teilstationären Behandlung im Rahmen eines tagesklinischen Angebots empfahl ( Urk. 6/71 S. 26 unten) . Dass lic . phil. D.\_\_\_\_ zudem die psychische Belastung auf den Rentenprozess zurückführte und eine Belastbarkeit für eine Wiedereingliederung erst als möglich erachtete, wenn die Rentenfrage entschie den sei (vgl. vorstehend E. 3.14) , lässt sich mit einer fachgerechten Beurteilung, welche auch den Fokus auf eine Genesung nicht aus den Augen lässt , nicht ver einbaren. 4.7

Die Hormontherapie wurde im Februar 2017 beendet (vgl. Urk. 6/119 S. 2). Mit de r Beschwerdegegnerin und der F.\_\_\_\_ -Einschätzung folgend bestand somit min destens bis zu diesem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % . Die zwischen zeitlich durchgeführte Mastektomie führte nicht zu einer dauerhaften Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.15-3.16). Gemäss Beurteilung durch dipl . -med.

N.\_\_\_\_ besteht trotz Abschluss der Hormontherapie aufgrund der somatischen Erkrankung weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % . Hierzu ist festzuhalten, dass nach Lage der Akten aktuell weder onkologisch, noch ortho pädisch, noch kardiologisch, urologisch oder otorhinolaryngologisch eine Arbeit s un fähigkeit ausgewiesen ist. Weshalb dipl.-med.

N.\_\_\_\_ von ständigem Harn drang, Hitzewallungen und Müdigkeit ausging, obwohl die Hormontherapie seit Februar 2017 beendet war, wurde nicht erklärt. Ebenso ist nicht ersichtlich, in wiefern Impotenz und Libidoverlust Auswirkungen auf das Belastungsprofil des Beschwerdeführers haben (vgl. vorstehend E. 3.18). In Gesamtwürdigung der medizinischen Umstände ist jedoch nicht zu beanstanden, dass die Beschwer de gegnerin dennoch von einer andauernden Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausging. 4.8

Somit ergibt sich folgender Verlauf: Volle Arbeitsunfähigkeit von Dezember 2014 bis März 2015 und 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab April beziehungsweise Juli 2015, jeweils in der angestammten und jeder anderen angepassten Tätigkeit. Damit ist im April 2015 eine anspruchrelevante Verbesserung eingetreten. 5. 5.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, seine Restarbeitsfähigkeit aufgrund seines fortgeschrittenen Alters nicht mehr verwerten zu können (vgl. vorstehend E. 2.2).

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 2.1 mit Hinweis).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischlicherweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (BGE

138 V 457 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht (BGE 138 V 457 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Gemäss BGE 138 V 457 richtet sich der Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, nach dem Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit (E. 3.3). Als ausgewiesen gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 143 V 431 E. 4.5. 1; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.4). 5.2

Vorliegend nahm die Beschwerdegegnerin jahrelange Abklärungen vor, weshalb die medizinischen Unterlagen erst im Oktober 2019 mit dem Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ betreffend die Folgen der Mastektomie und den Stand der Hormontherapie (vgl. vorstehend E. 3.16). vollständig waren und eine zuverlässige Sachverhaltsdarstellung erlaubten. Zu diesem Zeitpunkt war der im Oktober 1959 geborene Beschwerdeführer 60 Jahre alt. Würde man auf die Stellungnahme von dipl.-med.

N.\_\_\_\_ vom September 2020 (vgl. vorstehend E. 3.18) abstellen, wäre der Beschwerdeführer knapp 61 Jahre alt gewesen. 5.3

Das Bundesgericht hat in neuerer Zeit die Verwertbarkeit der noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit von über 60-jährigen Versicherten in folgenden Fällen bejaht:

- Urteil 9C\_797/2019 vom 6. Januar 2020 E. 5: 61 ½-jähriger Versicherter, der leidensangepasste Erwerbstätigkeiten (in körperlicher Hinsicht leicht, ohne über wiegendes Gehen) uneingeschränkt auszuüben vermag.

- Urteil 9C\_693/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4: 60-jähriger Versicherter, verfügt sowohl über eine abgeschlossene Ausbildung als auch über Erfahrung in leichte(re)n Arbeiten, die er in einer ihm zumutbaren leidensangepassten Tätigkeit nutzen kann. Aktivitätsdauer von vier Jahren und sieben Monaten. Diese Aktivitätsdauer reicht grundsätzlich - auch bei einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % - aus, um eine neue einfache Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und die Arbeit auszuüben.

- Urteil 9C\_574/2019 vom 16. Oktober 2019 E. 2.4: 60 3/4-jährige Beschwerdeführerin, ging nach ihrem Unfall vom 1. April 2013 invaliditätsbedingt keiner Erwerbstätigkeit mehr nach, war aber in leidensangepassten Verweisungstätigkeiten nicht mehr eingeschränkt und zeitlich voll disponibel. Zudem arbeitete sie schon in unterschiedlichsten Berufen. Auch wenn sie diesbezüglich für eine angepasste Tätigkeit keine spezifischen Fertigkeiten nutzbar machen kann, zeugt von den seinerzeitigen Berufserfahrungen dennoch von einer gewissen Umstellungsfähigkeit der Versicherten im Erwerbsleben.

- Urteil 8C\_892/2017 vom 23. August 2018 (= SVR 2019 IV Nr. 7): gut 62-jähriger Barpianist ohne formelle Ausbildung, verbleibende Aktivitätsdauer im Beurteilungszeitpunkt knapp 3 Jahre, Rest-Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit 80 %.

- Urteil 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 4.1: Restaktivitätsdauer im Zeitpunkt des Gutachtens noch mindestens 3 ¼ Jahre.

Verneint wurde die Verwertbarkeit vom Bundesgericht in neuerer Zeit in folgenden Fällen:

- Urteil 9C\_766/2019 vom 11. September 2020, E. 4.2 ff.: Versicherte ist - selbst unter Berücksichtigung von Nischenarbeitsplätzen - nicht in der Lage, die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit von 20 % - längerfristig - wirtschaftlich zu verwerten.

- Urteil 9C\_644/2019 vom 20. Januar 2020, E. 4.3: 59-jährige Versicherte mit ausgeprägter arbeitsmarktlicher Desintegration.

- Urteil 9C\_183/2017 vom 30. Oktober 2017, E. 5.2.3 und E. 6: Die Versicherte wäre bei einer Rückweisung zwecks Anordnung von Eingliederungsmassnahmen deutlich über 62-jährig gewesen, mit klar weniger als zwei Jahren bis zum Erreichen des AHV-Pensionsalters, weshalb die bisher ausgerichtete ganze Rente nicht herabgesetzt oder aufgehoben wurde.

- Urteil 9C\_416/2016 vom 14. Oktober 2016 E. 3.1 und E. 5: Alter 62.5 Jahre, Restaktivitätsdauer eineinhalb Jahre. Die Versicherte hatte keinen Beruf erlernt. Sie arbeitete seit 2005 als Montagemitarbeiterin am Fliessband, was ihr aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zugemutet werden konnte. Altersbedingt und aufgrund minimaler (Aus-) Bildung wurde von einer geringen Anpassungsfähigkeit an eine neue Tätigkeit ausgegangen.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass «die Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund fortgeschrittenen Alters in der Rechtsprechung in der Regel eine Ausnahme

bleibt» (Marco Weiss , Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund vorgerückten Alters - Rechtsprechungstendenzen, SZS 2018, S. 630 ff., S. 640). 5. 4

Der Beschwerdeführer war im mass gebenden Zeitpunkt 61 Jahre alt ; es verblieben ihm somit noch vier Jahre bis zum Eintritt ins AHV-Rentenalter . Bei Berücksichtigung der unverändert bestehenden Einschränkungen des Gehörs und der Unzumutbarkeit körperlich schwerer Tätigkeiten sowie der gemäss

dipl.-med.

N.\_\_\_\_ notwendigen vermehrten Ruhepausen (vgl. vorstehend E. 3.18) und einer Arbeitsfähigkeit von 50 % erscheint eine Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auch bei der langen (anfangs jedoch nicht krankheitsbedingten) Abwesenheit vom Arbeitsmarkt noch nicht als ausgeschlossen; diese reicht aus, um eine neue einfache Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und die Arbeit auszuüben. Hinzu kommt die kaufmännische Erfahrung des Beschwerdeführers. Auf davon zu unterscheidende lohnmindernde Faktoren ist nachfolgend einzugehen. 6.

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