

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00299 vom 22. Dezember 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-12-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00299](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00299)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00299 du 22 décembre 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00299 del 22 dicembre 2021

## Erwägungen

### E. 1

Der 1962 geborene X.\_\_\_\_, in Serbien ausgebildeter dipl. Pflegefachmann und Vater dreier 1985, 1991 und 2000 geborener Kinder, reiste 1990 in die Schweiz ein und arbeitete zuletzt vom 15. Dezember 2016 bis am 30.

November 2019 im 90%-Pensum als dipl. Pflegefachmann im Nachtdienst bei der Y.\_\_\_\_ AG, Z.\_\_\_\_. Am 16. Oktober 2019 meldete er sich unter Hinweis auf psychische Störungen und intensive Rückenschmerzen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/7). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, lud den Versicherten zu einem persönlichen Beratungsgespräch ein (Urk. 8/12) und tätigte medizinische Abklärungen. Insbesondere zog

sie die Akten der Krankentaggeldversicherung sowie beruflichen Vorsorgestiftung bei (Urk. 8/14/1-20,

Urk. 8/22/1-8, Urk. 8/26/1-37); darunter das vertrauensärztliche psychiatrische Gutachten von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Januar 2020 (Urk. 8/22/1-8) und die (nicht gezeichnete) Expertise von Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierte medizinische Gutachterin,

vom 4. Februar 2020 (Erstellungsdatum, Urk. 8/26/16 ff.). Mit Vorbescheid vom 2. April 2020 stellte die IV-Stelle dem Versicherten

die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/31). Auf dessen Einwand hin (Urk. 8/36) tätigte die IV-Stelle weitere Abklärungen. Insbesondere holte sie die Berichte der behandelnden Ärzte ein und zog die Verlaufsakten der Krankentaggeldversicherung, darunter das rheumatologische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, D.\_\_\_\_ AG, vom 1. September 2020

bei (Urk. 8/51/1-47, Urk. 8/55/1-24, Urk. 8/60/1-23). Mit Verfügungen vom 19. März 2021 sprach sie dem Versicherten eine abgestufte und befristete Rente zu, das heisst ab

1. Mai 2020 eine ganze Rente gestützt auf einen nach der gemischten Methode bemessenen Gesamtinvaliditätsgrad von 78 %, ab 1. September 2020

eine Dreiviertelsrente

gestützt auf einen Gesamtinvaliditätsgrad von 60 %

und schliesslich vom 1. Dezember 2020

bis 31. Januar 2021 eine Viertelrente bei einem Gesamtinvaliditätsgrad von 49 %, zzgl. einer akzessorischen Kinderrente. Darüber hinaus verneinte sie einen Rentenanspruch

(Urk. 2/1-2).

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

### **E. 1.4**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektiver Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2 ; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3 ). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

### **E. 1.5**

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. 1.6**

Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Verminderung der Hilflosigkeit, des Invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anzuwenden (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_626/2017 vom 9. Mai 2018 E. 3.2). Das Bundesgericht wendet in solchen Fällen in der Regel den zweiten Satz dieser Bestimmung an und gewährt oder bestätigt eine höhere Rente drei Monate über die Veränderung des Gesundheitszustandes hinaus (Urteil des Bundesgerichts 8C\_670/2011 vom 10. Februar 2012 E. 5.1 mit Hinweisen; vgl. statt vieler auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_626/2017 vom 9. Mai 2018 E. 4).

### **E. 1.7**

) als genügend zu betrachtende Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ erstellt, dass der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht seit Mai 2019 in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 80 % und hinsichtlich einer – näher umschriebenen – Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 4.3

In psychiatrischer Hinsicht erweist sich die medizinische Aktenlage als aus gesprochen diskrepant, worüber auch unter den Parteien Einigkeit besteht ( vgl. Urk. 1, Urk. 8/73/11, Urk. 8/75/4) . Insbesondere liegen mit den Beurteilungen von Dres . A.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_ , welche den Beschwerdeführer in einem zeitlichen Abstand von weniger als zwei Monate untersuchten, zwei einander diametral entgegenstehende vertrauensärztliche Beurteilungen vor. Demgegenüber kann es in umstrittenen Fällen nicht Sache der behandelnden Ärzte sein, abschliessend zur Sache, insbesondere zur Arbeitsunfähigkeit Stellung zu nehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Mai 2011, 9C\_152/2011; vgl. auch BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Vorliegend werden insbesondere die mit Blick auf die gestellten Diagnosen niedrige Behandlungskadenz und – seitens der

behandelnden Psychiatr

nicht weiter begründete - Inakzeptanz von Psychopharmaka Fragen auf. Unklar ist ferner , inwieweit sich letztere bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf die subjektiven Aussagen und Wünsche des Beschwerdeführers abstützen (vgl. Urk. 8/35/2). Davon abgesehen liessen sowohl die Behandler als auch

Dr. B.\_\_\_\_

eine einlässliche Auseinandersetzung mit den im Regelfall anzuwendenden Indikatoren nach Massgabe von BGE 141 V 281 vermissen (vgl. vorstehend E. 1.4) ; da Dr. A.\_\_\_\_

einen

weitestgehend unauffälligen Psycho status feststellte , sah er sinnigerweise auch von einer Indikatorenprüfung ab (E. 3.3) . Demgegenüber erschöpft sich die

von einer Sachbearbeiterin der IV-Stelle durch geführte «Ressourcenprüfung» vom 19. Januar 2021 im Wesentlichen in einer Auflistung der psychiatrischen Aktenlage (vgl. Urk. 8/75) , ergänzt durch die isolierte Feststellung einer – nicht näher bezeichnete - «Fachexpertin» , wonach der Beschwerdeführer ungeachtet seiner Persönlichkeitsstörung bis anhin nicht in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt gewesen

sei ( vgl. Eintrag im Fest stell ungsblatt vom 15. Januar 2021, Urk. 8/73/14 ). Dass letzteres den Anforderungen von BGE 141 V 281 nicht zu genügen vermag, versteht sich von selbst.

Insbesondere lässt sich gestützt auf die Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_ nicht a

priori ausschliessen, dass sich die psychischen Bewältigungsstrategien (Coping- Strategien) resp. Ressourcen des Beschwerdeführers – ungeachtet einer möglicherweise genuinen Persönlichkeitsstörung – zwischenzeitlich in arbeitsrelevanter Weise vermindert haben (Urk. 8/26/27).

Freilich vermögen auch die von pract . med. T.\_\_\_\_

am 21. Oktober 2021 – ausserhalb seines Fachkompetenzbereichs -

getätigten Ausführungen zur (unzulänglichen) psychiatrischen Aktenlage (vgl. Urk. 8/73/12) eine hinreichende Sachverhaltsabklärung mit Ressourcenprüfung nicht zu

ersetzen.

Mithin lag der angefochtenen Verfügung in psychiatrischer Hinsicht

kein hinreichend abgeklärter medizinischer Sachverhalt zugrunde, welcher eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt hätte. Demzufolge lässt sich weder der Rentenanspruch noch ein allfälliger Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen abschliessend beurteilen. 4.4

In Anbetracht dieser Erwägungen ist eine psychiatrische Abklärung unter Einchluss der Frage, inwiefern sich ein allenfalls beim Beschwerdeführer vorliegender psychischer Gesundheitsschaden auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkt, angezeigt. Dabei wird der beurteilende Facharzt sowohl zu den Standardindikatoren als auch

zur Frage Stellung zu beziehen haben, ob und gegebenenfalls inwieweit IV-fremde Faktoren für das Leiden ursächlich sind resp. dessen Überwindung verhindern.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Entscheid aufzuheben.

#### 5. 5.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind vorliegend ermessensweise auf Fr. 8'000.-- festzusetzen und (aufgrund der rechtsprechungsgemäss ebenfalls als vollständiges Obsiegen geltenden Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung, vgl. BGE 137 V 57 E. 2.2) ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Nach § 34 Abs. 3 GSVGer hat der obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung (vgl. auch Art. 61 lit. g ATSG). Diese wird vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen. Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 9. März 2021 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese nach Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figli -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk.

## **E. 1.9**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 6. Mai 2021 (Eingangsdatum) Beschwerde und beantragte, es seien die Verfügungen vom 19. März 2019 betreffend Anspruch auf eine Dreiviertelrente vom 1. September 2020 bis 30. November 2020 sowie Viertelrente vom 1. Dezember 2020 bis am 31. Januar 2021 aufzuheben und dem Beschwerdeführer auch über den 31. August 2020 hinaus unbefristet eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei ein neutrales, umfassendes, polydisziplinäres Gutachten unter Berücksichtigung der Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 in Auftrag zu geben. Subeventualiter seien dem Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 23. August 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 24. August 2021 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

### **E. 2.1**

In den angefochtenen Verfügungen erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die getätigten Abklärungen sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Pflegefachmann seit dem 21. Mai 2019 arbeitsunfähig; die körperlich schweren Tätigkeiten und das Arbeiten in ungünstigen Körperpositionen verunmöglichten es ihm, weiterhin in der Pflege zu arbeiten. Hinsichtlich einer – näher umschriebenen - adaptierten Verweistätigkeit sei jedoch seit März 2020 von einer schrittweisen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Konkret sei der Beschwerdeführer ab 1. Mai 2020 zu 20%, ab 1. Juni 2020 zu 50%, ab 1. September 2020 zu 70% und schliesslich ab 1. November 2020 zu 100% arbeitsfähig. Vor Eintritt der gesundheitlichen Probleme sei der Beschwerdeführer in einem 90%-Pensum erwerbstätig gewesen; die restlichen 10% entfielen auf den Haushalt. Im Haushaltsbereich bestehe überwiegend wahrscheinlich keine relevante Einschränkung. Aus dem Einkommensvergleich gestützt auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) resultiere ein abgestufter und befristeter Rentenanspruch. Konkret habe der Beschwerdeführer

ab 1. Mai 2020 Anspruch auf eine ganze Rente aufgrund eines nach der gemischten Methode bemessenen Gesamtinvaliditätsgrads von 78%, ab 1. September 2020 auf eine Dreiviertelrente gestützt auf einen Gesamtinvaliditätsgrad von 60% und schliesslich vom 1. Dezember 2020 bis 31. Januar 2021 auf eine Viertelrente bei einem Gesamtinvaliditätsgrad von 49%; ab dem 1. Februar 2021 resultiere ein renten ausschliessender Gesamtinvaliditätsgrad von 31% (Urk. 2/1-2).

### **E. 2.2**

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, die psychiatrische Situation sei seitens der beurteilenden Fachärzte völlig unterschiedlich interpretiert worden, weshalb die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen hätte tätigen müssen. Sodann sei die D.\_\_\_\_ AG ominös. Dies deshalb, weil sie

gestützt auf das «Urteil des Kantons Luzern vom 16. November 2016, 3. Abteilung, Prozessnummer 5V 16 298/5V 16 314» nicht über eigene, festangestellte Fachärzte verfüge. Vielmehr würden solche fallweise herangezogen. Dr. C.\_\_\_\_ praktiziere gemäss Medizinalberuferegister an der Strasse E.\_\_\_\_ in F.\_\_\_\_ c/o Dr. med. G.\_\_\_\_. Auf der Homepage der Praxis «H.\_\_\_\_» an der Strasse E.\_\_\_\_ in F.\_\_\_\_

suche man einen Dr. C.\_\_\_\_ indes vergeblich. Sichte man den Briefkasten an der Strasse I.\_\_\_\_ in J.\_\_\_\_, so werde dort der Name Dr. C.\_\_\_\_ – nebst 14 weiteren Ärzten – aufgeführt. Dabei handle es sich allesamt

um ausländische Ärzte. Dass an der besagten Örtlichkeit sage und schreibe 15 ausländische Ärzte praktizierten, sei aufgrund der kleinen Lokalität unmöglich. Mithin handle es sich dabei um eine Briefkastenpraxis und bei Dr. C.\_\_\_\_ um einen deutschen Arzt, der in K.\_\_\_\_/Deutschland praktiziere und mit den hiesigen Gepflogenheiten nicht vertraut sei. Daher sei sein Gutachten nicht verwertbar. Gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte sei die Beschwerdegegnerin zu Unrecht davon ausgegangen, dass eine Verbesserung in der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers eingetreten sei. Vielmehr hätten die bisherigen Therapien keine Erfolge gezeitigt und sich die somatischen und seelischen Leiden chronifiziert. Zudem habe die Beschwerdegegnerin

den Invaliditätsgrad zu Unrecht gestützt auf die gemischte Methode ermittelt. So habe der Beschwerdeführer sein initiales 100%-Pensum aus gesundheitlichen Gründen auf 90 % reduziert; bei guter Gesundheit wäre er heute im Vollzeitpensum erwerbstätig. Zudem sei die Beschwerdegegnerin willkürlich davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer im Haushalt nicht eingeschränkt sei. Dies obwohl der behandelnde Rheumatologe funktionelle Einschränkungen im Haushalt festgehalten habe. Da beim Beschwerdeführer nachweislich keine Verbesserung eingetreten sei, habe er über den 31. August 2020 hinaus Anspruch auf eine unbefristete ganze Rente. Andernfalls müsse zwingend ein neutrales polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben werden, da die Beschwerdegegnerin vorliegend ihre Untersuchungspflicht verletzt habe. Schliesslich

seien dem bereits über 58 Jahre alten Beschwerdeführer zu Unrecht Eingliederungsmassnahmen verweigert worden; die Beschwerdegegnerin hätte dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» folgend von Amtes wegen Eingliederungsmassnahmen prüfen müssen (Urk. 1). 3.

### **E. 3**

Mit Beschluss vom 25. November 2021 wurde dem Beschwerdeführer die vorläufige Einschätzung der Rechtslage mitgeteilt, unter dem Hinweis, dass ihm - sollte das Gericht an der vorläufigen Einschätzung festhalten und die Sache zur ergänzen den medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückweisen – eine Schlechterstellung drohe. Diese bestehe darin, dass die zu tätigen Abklärungen zu einem Resultat führen könnten, welche einen Anspruch auf Ausrichtung der gesprochenen Rente in Frage stellen könnte. Entsprechend wurde dem Beschwerdeführer Frist zur Stellungnahme und zur Erklärung darüber angesetzt, ob er an der Beschwerde festhalte oder ob er diese zurückziehe (Urk. 10). Innerhalb angesetzter Frist teilte der Beschwerdeführer dem Gericht mit, dass er an der Beschwerde festhalte (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Die angefochtene n Verfügung en vom 19. März 2021

sind unter Hinweis auf das unter E. 1.5 Gesagte auf die gesamte Rentendauer ab dem 1. Mai 2020 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung einer gerichtlichen Überprüfung zu unterziehen.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt: 3.2

Bei Verdacht auf ein Burnout wurde der Beschwerdeführer von

Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, vom 21. Mai 2019 bis 4. Juni 2019 zu 100 % krankgeschrieben und der M.\_\_\_\_ überwiesen (vgl. Überweisungsschreiben vom 20. Mai 2020, Urk. 8/14/6). Der dort behandelnde Psychiater hielt nach zweimaliger Konsultation

eine mittelgradig depressive Episode (FICD-10: F32.1) fest und attestierte dem Beschwerdeführer weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Bericht vom 9. Juli 2019,

Urk. 8/14/7, Urk. 8/26/2 ff.).

### **E. 3.3**

Auf Anordnung der beruflichen Vorsorgestiftung

hin wurde der Beschwerdeführer am

6. Dezember 2019 von

Dr. A.\_\_\_\_

vertrauensärztlich untersucht. Im Bericht vom 12. Januar 2020 stellte dieser

keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit; ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt

Dr. A.\_\_\_\_ den Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion bei Status nach Arbeitskonflikt fest (ICD-10: F43.21, Urk. 8/22/5). Der Beschwerdeführer habe nach seiner Einreise in die Schweiz zunächst 20 Jahre vollzeitlich als dipl. Pflegefachmann in einem Pflegeheim in N.\_\_\_\_ gearbeitet. Alsdann habe er ins Pflegeheim O.\_\_\_\_ gewechselt, wo er weitere 6 ½ Jahre im 90%-Pensum gearbeitet habe. Dort sei der Beschwerdeführer mit immer mehr Arbeit konfrontiert worden, woraufhin er gekündigt habe. Anschliessend sei der Beschwerdeführer zum aktuellen Arbeitgeber gekommen, wo er auch ein 90%-Pensum ausgeübt habe. Die letzten 17 Jahre habe er im Nachtdienst gearbeitet. Anlässlich eines Arbeitskonfliktes sei der Beschwerdeführer erstmals 2010 psychologisch betreut worden. Ab Oktober 2018 sei nach vielen Wechseln eine neue Teamleiterin gekommen. Diese habe versucht, ihm zusätzliche Aufgaben zuzuweisen. Daraufhin habe sich der Beschwerdeführer zwei Wochen lang krank schreiben lassen. Nach seiner Rückkehr sei wiederum eine neue Teamleiterin da gewesen. Es sei im selben Stil weitergegangen. Im Mai 2019 habe er dies anlässlich einer Sitzung thematisiert. Die Pflegedienstleiterin habe lediglich weitere Sparmassnahmen in Aussicht gestellt. In der Folge sei er ab dem 21. Mai 2019 durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden; initial durch den Hausarzt und später durch die M.\_\_\_\_ AG, wo er ambulant behandelt worden sei. Schliesslich sei ihm die Stelle mit Ende der Sperrfrist per 30. November 2019 gekündigt worden. Inzwischen sei er 57 Jahre alt und leide an Zukunftsängsten. Er sei dünnhäutig geworden, raste schnell aus und ertrage den Stress nicht mehr. Zudem könne er sich schlecht konzentrieren. Er fühle sich leer und habe weder Kraft

noch Motivation. Auch habe er Angst zu versagen und könne sich nicht vorstellen, wieder im Pflegebereich zu arbeiten. Dort werde es in Folge Sparmassnahmen und Personalmangel «immer schlimmer». Der Pflegeberuf sei mittlerweile einfach zu stressig. Als Medikation nehme er aktuell Redormin, Relaxane und Duloxetin ein (Urk. 8/22/3 f.). In objektiver Hinsicht notierte Dr. A.\_\_\_\_ eine verhaltene Mimik und Gestik. Die Auffassungs-, Konzentrations- und Gedächtnisfähigkeit des Beschwerdeführers wirkten cursorisch geprüft unauffällig. Sodann sei er im formalen Denken kohärent, wenn auch inhaltlich eingengt auf seine beruflichen Probleme. Im Affekt wirke der Beschwerdeführer etwas herabgesetzt und streckenweise dysphorisch, aber gut spürbar und schwingungsfähig. Seine Aussagen und Anspruchshaltung wiesen auf ein Rentenbegehren hin. Dem gegenüber bestehe ein weitestgehend unauffälliger Psychostatus. Weder aktuell noch aufgrund der Vorakten ergäben sich klare Hinweise auf einen relevanten psychiatrischen Gesundheitsschaden, der eine langfristige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigte. Mithin habe aus rein psychiatrischer Sicht zu keinem Zeitpunkt ein psychischer Gesundheitsschaden oder eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Daran ändere auch der Umstand nichts, dass sich der Beschwerdeführer eine weitere Tätigkeit in der Pflege nicht mehr vorstellen könne (Urk. 8/22/5 f.).

#### **E. 3.4**

Auftrags der Krankentaggeldversicherung wurde der Beschwerdeführer

am 31. Januar 2020 zur Plausibilisierung der Arbeitsunfähigkeit von

Dr. B.\_\_\_\_

untersucht

(Urk. 8/26/16 ff.). Diese diagnostizierte eine posttraumatische Verbitterungsstörung mit affektiver, mitbegleitender depressiver Symptomatik (ICD-10: F43.8) sowie kombinierte Persönlichkeitsstörung; zwanghaft, passiv-aggressiv und narzisstisch (ICD-10:

F 61.0, Urk. 8/26/25). Der Beschwerdeführer habe von unmöglichen Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf, insbesondere hoher Arbeitslast, Personalmangel und einer unter diesen Bedingungen seinem hohen Anspruch nicht genügenden Arbeitsleistung berichtet. Seit 2003 habe er aus schliesslich im Nachtdienst gearbeitet. Davor sei er für ein Jahr stellvertretender Teamleiter gewesen. Aufgrund der Überforderung tagsüber, besonders wegen der Hektik im Vormittagsdienst, dem durchgehenden Kontakt zu Dritten in Ärzte- und Angehörigengesprächen, Sitzungen, Begleitungen von Schülern etc. habe er sich für den Nachtdienst entschieden. Seit Oktober 2018 habe er nach dem Nachtdienst tagsüber nicht mehr schlafen können und sei es zu Schlafstörungen gekommen. Dadurch sei er durchgehend erschöpft, mehr gereizt und unruhig geworden. Aufgrund seiner Reizbarkeit habe er nur noch schwer mit den demandingsten und fordernden Patienten umgehen können. Dies habe er im Mai 2019 anlässlich einer Teamsitzung thematisiert und sich eine Veränderung der Arbeitsbedingungen gewünscht. Für ihn sei es unmöglich gewesen, so weiterzumachen und die Verantwortung für Mitmenschen/Pflegeheimbewohner in einem derartigen Arbeitsumfeld zu tragen. Mit seiner pflegerischen Ethik sei dies nicht mehr zu verantworten gewesen. Ihm sei indessen eröffnet worden, dass sich die Arbeitsbedingungen aufgrund des Personalmangels nicht ändern würden. Dies habe ihn nach 30-jähriger Tätigkeit in der Pflege enttäuscht und aus der Bahn geworfen. Er leide an fast täglicher Weinerlichkeit, Nervosität, innerer Anspannung und durchgehender Gereiztheit. Häufig sei er traurig und mutlos bezüglich seiner Zukunft. Deshalb sei er auch unfähig, sich

zu entspannen und befürchte von Zeit zu Zeit das Schlimmste. Dadurch falle es in letzter Zeit immer schwerer, etwas zu genießen und neue Entscheidungen zu treffen. Er habe Angst vor Kontrollverlust sowie Ein- und Durchschlafstörungen. Dadurch sei er durchgehend müde und lustlos; auch verspüre er keine Libido mehr. Zudem komme es zu Gefühlsausbrüchen, gegenüber welchen er machtlos sei, begleitet von emotionaler Verletzlichkeit. Körperlich würden ihn häufig und ziemlich starke Kribbelanfälle sowie Taubheitsgefühle im ganzen Körper plagen. Er habe wiederholt das Gefühl, dass andere ihn beobachteten und über ihn redeten. Er sei nicht mehr sich selbst. Seine Stimmung ändere sich von 0 auf 100 und umgekehrt. Diese Stimmungsschwankungen seien mit seinem Leistungsanspruch nicht kompatibel (Urk. 8/26/19 ff.). In klinischer Hinsicht sei der Beschwerdeführer weinerlich, dysphorisch, gereizt, affektlabil bis affektinkontinent, im Antrieb gemindert, psychomotorisch zeitweise unruhig und gedanklich eingengt auf sein Kranksein und seine beruflichen Zukunftsängste. Sein psychisches Leiden sei glaubhaft. Zudem habe der Beschwerdeführer im BDI V Test insgesamt 78 Punkte erreicht, was für eine mittel- bis schwergradige Depressivität spreche. In der «Ich»-Persönlichkeit bestehe ausser dem eine zwanghafte, passiv aggressive, narzisstische Akzentuierung. Aus der Arbeitsbiographie ergebe sich, dass der Beschwerdeführer an allen drei Arbeitsstellen ähnliche Probleme gehabt habe bezüglich seines Leistungsanspruchs; seine Arbeitshaltung sei geprägt von Perfektionismus, übertriebener Gewissenhaftigkeit, ständigen Kontrollen und Halsstarrigkeit bezüglich der Umstände in Pflegedienstinstitutionen. Er habe deswegen beklagt, von anderen im Team missverstanden und missachtet zu werden. Aufgrund seiner narzisstischen Akzentuierung und seines Anspruchsdenkens erweise sich der Beschwerdeführer in zwischenmenschlichen Beziehungen als komplex und wenig team- und gruppenfähig. Der jahrzehntelange Nachtdienst und erwünschte, niedrige Kontakt zu anderen Arbeitskollegen seien Beweis dafür. Die als aussergewöhnlich belastend beschriebenen Arbeitsverhältnisse und das Niederschmettern seiner Hoffnung auf Besserung hätten sein 30-jähriges Berufsbild als dipl. Pflegefachmann verstört und beim Beschwerdeführer ein soziales Trauma hervorgerufen, gefolgt von Depressivität als affektive, mitbegleitende Symptomatik bei Verbitterung. Mithin seien die psychiatrischen Störungen direkte Folge des kontinuierlichen Traumas im Arbeitsleben, gepaart mit der zwanghaften, passiv aggressiven narzisstischen Persönlichkeitsstruktur. Die mangelnde Anpassungsfähigkeit am Arbeitsplatz, die hohen Ansprüche an das Team, gepaart mit fehlender Gruppenfähigkeit hätten infolge alters- und lebensbedingter Ausschöpfung der Lebens- und Persönlichkeitsressourcen zur Dekompensation geführt.

Beim aktuell bestehenden Krankheitsbild, insbesondere aktuellen Ausprägung der psychopathologischen Befunde, Verbitterung und kombinierten Persönlichkeitsstörung sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig. Die anhaltende und langwierige Verbitterungsstörung sei schwer behandelbar in Kombination mit der vorliegenden Persönlichkeitsstörung und begründe auch das Versagen der bisherigen Psychopharmakotherapie

(vgl. Urk. 8/26/27; vgl. demgegenüber Urk. 8/26/28,

wonach die klassische Psychopharmakotherapie

mit Sequase und Dulextin

bei m Beschwerdeführer starke Nebenwirkungen gezeitigt hätten , namentlich hochgradige hypertensive Entgleisungen ) ; Phytotherapeutika mit Redormin , Relaxane und Lasea würden

dem Beschwerdeführer zur Beruhigung und bei seiner Durchschlafstörung helfen . Die Wahrscheinlichkeit einer relativ raschen psychoemotionalen Stabilisierung bestehe derzeit nicht . Im Mini-ICF hätten sich – genau bezeichnete – schwer - , mittel - und leichtgradige Einschränkungen ergeben. Bei alle dem sei ab 1. März 2020 von einer 80%igen, ab 1. Juni 2020 von einer 50%igen und ab 1. September von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit in derselben Tätigkeit auszugehen; ab 1. November 2020 sei der Beschwerdeführer wieder zu 100 % arbeitsfähig in seiner angestammten Tätigkeit . Eine Differenzierung zwischen der angestammten und einer angepassten Tätigkeit sei nicht notwendig, da die psychopathologischen Symptome die Leistungsfähigkeit höchstwahrscheinlich im gleichen Ausmass beeinflussen würden. Eine arbeitsplatzbezogene Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht , da sich seine zwanghafte, passiv aggressive, narzisstische Haltung jahrelang in der Lebensgestaltung gezeigt habe ( Urk. 8/26 /28) . Ander n orts wies Dr. B.\_\_\_\_ darauf hin, es sei für die Zukunft eine selbständige Tätigkeit im Pflegebereich empfehlenswert, da der Beschwerdeführer kaum wieder in eine Teamarbeit einsteigen könne; ein Arbeitnehmerverhältnis sei beim vorliegenden Krankheitsbild auch «eher unwahrscheinlich» ( Urk. 8/26 /30).

### **E. 3.5**

Im einwandweise eingereichten Bericht vom 4. Juni 2020 hielten die behandelnden Ärzte der M.\_\_\_\_ AG , Psychiatriezentrum P.\_\_\_\_ , folgende Diagnosen fest ( Urk. 8/35/1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) , akutenanamnestisch

- Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (ICD-10: 43.2) auf dem Boden einer : - kombinierten Persönlichkeitsstörung mit überwiegend impulsiven, paranoiden, depressiven und zwanghaften Anteilen sowie hintergründigen selbstunsicheren, negativistischen , schizoiden und antisozialen Persönlichkeitsanteilen (ICD-10: F61)

Aus subjektiver Sicht beständen innere Unruhe, Wut und Trauer aufgrund von Dünnhäutigkeit , eine Antriebsstörung, Dysphorie, ein Aufmerksamkeitsdefizit, Überforderung bei Multitasking und in hektischen Situationen, Hilflosigkeit und Kontrollverlust, Insuffizienzgefühle, Existenzängste, Frustration infolge fehlender Wertschätzung von Kollegen am Arbeitsplatz, fehlende Zukunftsperspektive und damit verbunden Hoffnungslosigkeit. Der Beschwerdeführer werde im monatlichen Rhythmus psychotherapeutisch behandelt. Er wünsche keine Psycho phar maka und akzeptiere nur Phytotherapeutika sowie den Nachweis der Arbeits un fähigkeit bei subjektiv nicht mehr gegebener Arbeitsfähigkeit ( Urk. 8/35/1 f.). In objektiver Hinsicht beständen keine Aufmerksamkeits- und Auffassungs störungen. Der Beschwerdeführer sei im formalen Denken umständlich und weitschweifig , jedoch beständen keine inhaltlichen Denkstörungen. Auch fehlten Ich-Störungen. Im Affekt sei er unruhig, angespannt und teilweise inkontinent (Wut und Trauer) und die Grundstimmung sei gedämpft. Der Appetit sei leicht reduziert. Reduziert sei auch die emotionale Schwingungsfähigkeit. Demgegenüber sei der Antrieb (im Gespräch) gesteigert. Der Nachtschlaf habe sich mit Phytotherapie gebessert. Bei alle dem sowie gestützt auf den Persönlichkeitstest (SKID II) bestehe eine kombinierte Persönlichkeitsstörung. Von der seitens Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierten posttraumatischen Verbitterungsstörung werde Abstand genommen; die

psychopathologischen und anamnetischen Kriterien hierfür seien nicht erfüllt. Aufgrund der fehlenden Teamfähigkeit, des fehlenden Reaktions- und Umstellungsvermögens sowie der raschen Überforderungsreaktion bis hin zu Handgreiflichkeiten bei Konflikten am Arbeitsplatz bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. In einer angepassten Verweistätigkeit sei ein Arbeitsversuch im Pensum von 20 % empfehlenswert. Eine künftige Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei momentan nicht beurteilbar und vom Verlauf des Arbeitsversuchs abhängig (Urk. 8/35/3, vgl. auch den inhaltlich praktisch identischen Bericht vom 21. Juli 2020, Urk. 8/46).

### **E. 3.6**

Im Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 21. Juli 2021 hielt der seit dem 30. Juni 2020 behandelnde Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, physikalische Medizin und Rehabilitation, als Hauptdiagnosen (1) ein exacerbierendes

chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits, linksbetont mit möglicher radikulärer Komponente, (2) eine

Periarthritis humeroscapularis (PHS) links, Impingement, kapsuläre Komponente, (3) einen Status nach prolongiertem Reizknie links (vgl. dazu auch den Bericht vom 4. Januar 2019, worin aufgrund einer am 12. November 2018 erlittenen Kniegelenkdorsion ein komplexer

Meniskushinterhornriss

links diagnostiziert wurde, Urk. 8/16/1) und (4) den Verdacht auf eine prolongierte agitierte Depression fest (Urk. 8/47/4). Der Beschwerdeführer habe nach wie vor

lumbogluteale Schmerzen mit Ausstrahlung entlang der Beine bis zu den Fusssohlen, aktuell linksbetont, insbesondere beim Bücken und Wiederaufrichten berichtet (vgl. dazu auch den Bericht des damals behandelnden Dr.

med. R.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, vom 12. September 2012, wonach der Beschwerdeführer am 23. April 2019 bei der Arbeit ein Verletzungstrauma

erlitten habe, Urk. 8/15/1). Ausserdem bestehe eine stark eingeschränkte

Belastungstoleranz im Alltag. In klinischer Hinsicht sei die HWS und BWS gut beweglich, das Gangbild flüssig, der Einbeinstand haltbar und der Fingern-Bodenabstand vorne bis zur Mitte des Unterschenkels möglich, wenn auch mit Durchgangsschmerzen bei Flexion. Der Hauptschmerz bestehe bei der Wiederaufrichtung, wobei sich der Beschwerdeführer hierfür auf die Oberschenkel abstütze. Zudem bestünden starke Hyperextensionschmerzen im lumbosakralen Übergang. Im Spine-Test zeige sich eine beidseitige Hypomobilität. Die Kniegelenke seien gut beweglich und bandstabil, allenfalls mit minimster Reizung im rechten Kniegelenksbeutel, ohne Schmerzangaben. Bei der Hüftrotationsprüfung habe der Beschwerdeführer lumbosakrale Schmerzen angegeben. Als Analgesie nehme der Beschwerdeführer Brufen 400mg (1-1-1) und Dafalgan 500 mg (1-0-1) ein. Aus somatischen (Minderbelastbarkeit des Rückens) und psychischen Gründen bestehe seit dem 30. Mai 2019 bis aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit

für sämtliche Tätigkeiten. Es bestünden auch Einschränkungen im Haushaltsbereich; eine genaue Einschätzung diesbezüglich vermöge er (Dr. Q.\_\_\_\_) jedoch nicht abzugeben

(Urk. 8/47/3). Im Konsiliarbericht vom 10. Juli 2020 wies Dr. Q.\_\_\_\_ zudem darauf hin, dass der Beschwerdeführer in zweiter Serie zur Physiotherapie gehe. Diese habe bisher keine Besserung gezeitigt. Zur Abklärung einer möglichen Prognose der

lumbospondylogenen bis gar radikulären Symptomatik oder zusätzlich zunehmender Mikro-Makroinstabilität am lumbosakralen Übergang sei

ein Szintigramm mit SPECT - CT durchzuführen ( Urk. 8/50/4) . Die am 21. Juli 2020 im Kantonsspital S. \_\_\_ durchgeführte 2-Phasen-Skelettszintigraphie ergab eine erosive

Osteochondrose der Bodenplatte L5 links und den Abschluss eines vermehrten Knochenstoffwechsels im Bereich der Facettengelenke/

Spondylyse ; das CT der LWS erbrachte keine Hinweise auf signifikante ossäre Neuroforamen -Einengungen ( Urk. 8/50/6).

Daraufhin hielt Dr. Q. \_\_\_ fest, die lumbosakrale erosive

Osteochondrose könne durchaus alle lumbalen Beschwerden erklären . Es sei aber auch sicherlich so, dass der Beschwerdeführer schwerwiegend durch psychische Alterationen limitiert sei; eine Rückkehr zur schwerbelastenden Arbeit als Krankenpfleger sei unrealistisch. Bei dem vorliegenden Beschwerdebild habe er mit dem Beschwerdeführer die konservativen und operativen Möglichkeiten besprochen. Dieser habe sich

sowohl gegen ein operatives Vorgehen

als auch gegen eine gezielte Infiltration und Physiotherapie ausgesprochen ; ob eine Heilgymnastik für ihn in Frage komme, werde

sich der Beschwerdeführer überlegen ( vgl. Konsiliarbericht vom 21. Juli 2020 , Urk. 8/50/10).

### **E. 3.7**

Im von der Krankentaggeldversicherung veranlassten rheumatologischen Gutachten vom 1. September 2020 ( Urk. 8/60/3-23) hielt

Dr. C. \_\_\_ gestützt auf die Untersuchung vom 15. August 2020 keine Erkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er (1) einen Status nach Knie-Distorsion links mit komplexem Riss des medialen Hinterhorns , (2) Senkspitzfüsse beidseits und (3) Adipositas Grad I ( Urk.

8/60/14). Der Beschwerdeführer habe eine im Vordergrund stehende psychische Beeinträchtigung genannt. Darüber hinaus bestünden Rückenschmerzen im mittleren und unteren Teil der Wirbelsäule mit gelegentlicher Ausstrahlung rückwärtig in das linke Bein von der Wade bis zu

den Fusssohlen. Die Rückenschmerzen stünden subjektiv nicht im Fokus; nach eigenen Angaben fühle sich der Beschwerdeführer durch seine psychische Verfassung mit Unkonzentriertheit, Gereiztheit und Anfälligkeit auf Stress limitiert . Klinisch zeige sich kein erhebliches lokales, lumbales Vertebrales Syndrom . Die Wirbelsäulenbeweglichkeit sei zwar in der HWS-Rotation und lumbalen Bewegungsüberprüfung als schmerzhaft reklamiert worden; die passive Bewegungsprüfung sei jedoch bei enggradiger Schmerzangabe von einer willentlichen Gegenspannung geprägt gewesen. Beim Wiederaufrichten habe sich der Beschwerdeführer auf beide Oberschenkeln

abgestützt . Bei der Überprüfung des Langsitzes habe sich ein identischer Finger-Zehen-Abstand gezeigt, ohne wesentliche Schmerzangaben. Eine radikuläre

Schmerzprojektion habe sich nicht herausarbeiten lassen, auch keine Paresen. Die Muskulatur der oberen und unteren Extremitäten sei kräftig und seitengleich ausgebildet. Der Drei-Stufen-Test sei in der zweiten und dritten Stufe als schmerzhaft angegeben worden mit Ausstrahlung in den linken Oberschenkel. Somit lasse sich kein eindeutiger Schmerzsprung zuordnen. Zudem habe der Beschwerdeführer im Vierer-Zeichen rechts Schmerzen in der Leiste und auf den Aussenseiten beider Hüften angegeben; eine eindeutige Zuordnung sei auch hier nicht möglich. Für die angegebene Schmerzintensität, insbesondere bei Bewegung und unter Belastung (NRS 6/10 und 9/10), habe sich im klinischen Eindruck kein Korrelat ergeben, namentlich kein schmerzgeplagter Eindruck. Die aktenkundigen spinalen Bildbefunde zeigten zwar degenerative Veränderungen. Diese seien jedoch alters typisch, ohne eigenständigen Krankheitswert und in der Normalpopulation hoch prävalent. Zudem sei eine Spinalkanalstenose nicht nachgewiesen, weshalb die reklamierten Beschwerden weder mit dem klinischen Befund noch mit der Bildgebung im Einklang stünden. Ferner

ergebe sich aufgrund der aktuellen Befunde – entgegen Dr. Q.\_\_\_\_ –

kein Anhalt für eine Nervenwurzelläsion. Auch ergebe sich

weder aufgrund der Anamnese und Vorakten noch aufgrund der aktuellen Untersuchung ein Anhalt für eine Spondylarthropathie. Die Rheumaserologie sei ebenfalls negativ ausgefallen. Bei den vorliegenden Befunden bestehe – entgegen Dr. Q.\_\_\_\_ – auch keine Operationsindikation. Vielmehr seien die konservativen Massnahmen auszuschöpfen. Zudem sei eine Gewichtsreduktion zur Entlastung des Achsenorgans und der grossen Gelenke angezeigt (Urk. 8/60/14 ff.).

Zusammenfassend ergebe sich aus rheumatologischer Sicht weder in der ange stammten noch in jedweder vergleichbaren Tätigkeit eine gravierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die spinalen Befunde in Form von degenerativen Veränderungen an der unteren LWS liessen allenfalls, im Sinne einer prophylaktischen Empfehlung, eine Einschränkung hinsichtlich häufig, schwerer körperlicher

Tätigkeiten

zu und von Arbeiten in ungünstigen Körperpositionen (beispielsweise Vorneige)

sei abzuraten. Da die Pflegetätigkeit derartige Anteile beinhalte, sei eine – wahrscheinlich dauerhafte - Reduktion des Rendements auf 80 %

bei einer ansonsten 100%igen Arbeitsfähigkeit sinnvoll. Hinsichtlich einer angepassten, wechselbelastenden oder überwiegend sitzend ausgeübten, körperlich überwiegend leicht bis mittelschweren Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit 100% igem Rendement (Urk. 8/60/16 ff.).

### **E. 3.8**

Am 21. Oktober 2020 nahm RAD-Arzt pract. med. T.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Arbeitsmedizin,

zur Sache Stellung. Darin kam er zum Schluss, gestützt auf das rheumatologische Gutachten sei die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers infolge körperlich schwerer Arbeit und ungünstiger Körperpositionen als Pflegefachmann eher ungeeignet. Zwar habe Dr. C.\_\_\_\_ diese Einschätzung als prophylaktische Empfehlung formuliert. Aus arbeitsmedizinischer Sicht wäre indes auch plausibel davon auszugehen, dass die Tätigkeit

als Pflegefachmann nicht mehr möglich sei; die Arbeitsbelastung übersteige mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das Belastungsprofil. In psychiatrischer Sicht lägen verschiedene Beurteilungen vor. Aufgrund der psychiatrischen Einschränkungen sei der bisherige Arbeitsplatz ebenfalls nicht mehr zumutbar

(Arbeitsplatzproblematik). Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit sei im Rahmen eventueller Eingliederungsmassnahmen eine – analog Dr. B.\_\_\_\_

- stufenweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit gegeben. Mithin sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit seit Mai 2019 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig sei. Hinsichtlich einer angepassten Verweistätigkeit gemäss Belastungsprofil [von Dr. C.\_\_\_\_] bestehe

– analog Dr. B.\_\_\_\_ – ab März 2020 eine von initial 20 % bis auf 100 % (ab 1. November 2020) aufsteigende Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/73/10 ff.). 4. 4.1

Im angefochtenen Entscheid (vgl. Urk. 2/2) stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die interne Stellungnahme von RAD-Arzt pract. med. T.\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2020 (vorstehend E. 3.8), womit ihr – wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird (E. 4.3) - nicht gefolgt werden kann.

#### 4.2

In somatischer Hinsicht erweisen sich die in Kenntnis und unter Würdigung der Vorakten sowie im Einklange mit den klinischen und bildgebenden Befunden getätigten Schlussfolgerungen von Dr. C.\_\_\_\_ als überzeugend. Zudem hat er zu den anderslautenden Beurteilungen von Dr. Q.\_\_\_\_ Stellung bezogen und einlässlich begründet, weshalb er davon abwich. Dabei hat Dr. C.\_\_\_\_

insbesondere

darauf hingewiesen, dass es sich bei den bildgebenden Wirbelsäulenbefunden um leichte, alterstypische Veränderungen, ohne eigenständigen Krankheitswert handelt. Insbesondere zeigten sich keine relevante n

Foramen- und Spinalkanalstenosen. Zudem habe sich weder ein eindeutiger Schmerzsprung noch

Anhalt für eine

Nervenwurzelläsion ergeben. Beim negativen Rheumacheck ergäben sich auch keine relevanten Hinweise auf eine

Spondylarthropathie

(vgl. damit konkordant Dr. R.\_\_\_\_ im

Konsiliarbericht vom 12. September 2019, Urk. 8/15/2). Hervorzuheben ist auch, dass Dr. Q.\_\_\_\_ eine Radikulopathie lediglich diskutierte, mithin eine «mögliche radikuläre Komponente» festhielt (vgl. etwa auch zuletzt im Schreiben vom 21. September 2020, Urk. 8/63/1; vgl. Urk. 8/15/2). Weiter – so Dr. C.\_\_\_\_ – sei die passive Überprüfung der Wirbelsäulenbeweglichkeit verschiedentlich von einer willentlichen Gegenspannung des Beschwerdeführers geprägt gewesen. Bei alledem stünden die reklamierten Schmerzen, insbesondere deren Intensität (VAS 6/10 bis 9/10), im Widerspruch zu den bildgebenden und klinischen Befunden (Urk. 8/60/15 f.). Dass Dr. C.\_\_\_\_ den Rückenbeschwerden

keinerlei Bedeutung zugemessen habe, so die Kritik von Dr. Q.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 8/63/2), kann nicht bestätigt werden. Im Gegenteil hat Dr. C.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer aufgrund der spinalen Bildbefunde in seiner bisherigen Tätigkeit als Pflegefachmann lediglich eine 80%ige Leistungsfähigkeit attestiert (Urk. 8/60/18). Zudem hat er den

lumbosakralen Befunden und Beschwerden im Rahmen des Belastungsprofils adäquat Rechnung getragen, indem er namentlich schwere körperliche Tätigkeiten und Arbeiten in ungünstigen Körperpositionen ausschloss (Urk. 8/60/19; dass er diese Einschränkung zunächst als «prophylaktische Empfehlung» formulierte, vgl. Urk. 8/60/18, vermag daran nichts zu ändern). Darüber hinaus steht die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. C.\_\_\_\_

im Einklang mit den eigenen Angaben des Beschwerdeführers, wonach die Rückenprobleme nicht im Vordergrund stünden und er sich vielmehr aufgrund seiner psychischen Leiden mit Gereiztheit und Anfälligkeit auf Stress limitiert fühle (vgl. Urk. 8/60/14 f.). Dafür spricht denn auch, dass der Beschwerdeführer operative Massnahmen und – nebst zwei Serien Physiotherapie – auch konservative Behandlungsvorschläge ausschlug (vgl. Urk. 8/50/10; vgl. auch den Bericht von Dr. R.\_\_\_\_ vom 12. September 2019, Urk. 8/15, wonach der Beschwerdeführer gezielte Infiltrationen abgelehnt habe). Soweit Dr. Q.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten postuliert (resp. ein Arbeitsversuch im Umfang von 20% und zuletzt eine allerhöchstens 20-30%ige Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen erwägt, vgl. Bericht vom 21. September 2020, Urk. 8/63), stützte er sich hierfür nicht ausschliesslich auf die somatischen Befunde, sondern berücksichtigte – über seinen Kompetenzbereich hinausgehend –

offenkundig auch die psychischen Leiden des Beschwerdeführers. Entsprechend wies Dr. Q.\_\_\_\_ abermals darauf hin, der Beschwerdeführer sei schwergewichtig durch psychische Alterationen arbeitsunfähig (vgl. etwa Urk. 8/47/6, Urk. 8/50/9, Urk. 8/63/2). Was der Beschwerdeführer schliesslich gegen Dr. C.\_\_\_\_ resp. die D.\_\_\_\_ AG vorbringt, erweist sich als unbehelflich. Mit welchen «Schweizerischen Geflogenheiten» Dr. C.\_\_\_\_ nicht vertraut sein soll und weshalb und inwiefern sein Gutachten deshalb nicht verwertbar sei (Urk. 1 S. 10), hat der Beschwerdeführer nicht substantiiert und ist nicht nachvollziehbar. Dass

Dr. C.\_\_\_\_ (auch) in K.\_\_\_\_ /DE als Arzt tätig sein soll, vermag daran nichts zu ändern. Darüber hinaus vermochte der Beschwerdeführer nichts gegen Dr. C.\_\_\_\_ und seine gutachterliche Einschätzung vorzubringen. Anzumerken ist auch, dass die Kranken taggeldversicherung gestützt auf Art. 44 ATSG verpflichtet war, den Beschwerdeführer vorgängig über die Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_

zu orientieren und ihm unter Fristansetzung die Möglichkeit einzuräumen, gegen denselben aus triftigen Gründen Ablehnungsgründe geltend zu machen. Dies hat der Beschwerdeführer offenbar nicht getan. Schliesslich hat sich das Bundesgericht im Urteil 9C\_19/2017 vom 30. März 2017 mit dem beschwerdeweise bemühten Entscheid der 3. Abteilung des Kantonsgerichts Luzern vom 16. November 2016 (5V 16 298/5V 16 314) befasst. Es erkannte, die Vorinstanz habe Art. 44 ATSG verletzt, indem sie den Anschein der Befangenheit des Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ bejaht und aufgrund dessen gewichtiger Stellung innerhalb der D.\_\_\_\_ gleichsam auch das Institut als solches als abgelehnt qualifiziert habe. Insoweit hob das Bundesgericht den angefochtenen Entscheid [beim eingeschränkten Streitgegenstand] auf und stellte weiter fest, bei diesem Ergebnis erübrigten sich Weiterungen zur Frage, ob die – vom Bundesgericht verneinte –

Befangenheit des Prof. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ aufgrund dessen Stellung innerhalb der Abklärungsstelle zur Ablehnung sämtlicher dort tätigen Experten führen könnte (vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 9C\_285/2017 vom 15. März 2017; vgl. ausserdem das Urteil 8C\_548/2016 vom 4. Januar 2017, worin das Bundesgericht

die mit Urteil des hiesigen Gerichts im Verfahren IV.2016.0309 vom 15. Juni 2016 anerkannte Beweiswürdigkeit des umstrittenen

D. \_\_\_ -Gutachtens geschützt hat). Dass es sich bei der D. \_\_\_ AG um eine «ominöse» Institution handeln soll, geht damit ins Leere. Daran vermöchte auch nichts zu ändern, wenn diese – so der Beschwerdeführer – nicht über eigene, festgestellte Fachärzte verfügen sollte und letzte re allesamt ausländischer Herkunft sein sollten ( Urk. 1 S. 10).

Nach dem Gesagten ist – entgegen dem Beschwerdeführer – gestützt auf das hin reichend aufschlussreiche und in allen Belangen den rechtsprechungsgemässen Anforderungen (vgl. E.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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

#### **E. 12**

- 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, zuzu stellen.

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

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