

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00447 vom 9. März 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00447](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00447)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00447 du 9 mars 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00447 del 9 marzo 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1969 geborene X.\_\_\_\_, Vater zweier 1993 und 2001 geborener Kinder und ohne Berufsausbildung, reiste 1990 in die Schweiz ein und arbeitete zuletzt seit dem 1. Juli 2001 bis Ende Februar 2018 als

Magaziner /Hauswart bei der Y.\_\_\_\_ ;

letzter effektiver Arbeitstag war der 15. Februar 2016 (vgl. Urk. 12/15, Urk. 12/29/2 ,

Urk. 12/49 ) . Am 22. Juli 2016 meldete er sich unter Hinweis auf eine zervikale Myelopathie mit spastischer Tetraparese bei Diskusprolaps HWK 5/6 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 12/ 5f. ). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog einen aktuellen Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug vom 12. August 2016, Urk. 12/11) sowie die Akten der Krankenversicherung bei ( Urk. 12/ 12/1-21, Urk. 12/41/1-7) und tätigte beruflich-erwerbliche sowie medizinische Abklärungen. Am 15. Februar 2017 teilte sie dem Versicherten mit, aus gesundheitlichen Gründen seien derzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich ( Urk. 12/28). Im Hinblick auf die Rentenprüfung veranlasste die IV-Stelle das interdisziplinäre (Orthopädie/ Neurologie) Gutachten des Neuroinstituts Z.\_\_\_\_ GmbH , A.\_\_\_\_ , vom

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3**

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 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, 139 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 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 objektivierter 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 ).

### **E. 1.4**

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).

### **E. 1.5**

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. 1.6**

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 IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2). 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. 1.7**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **2.1**

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdeführerin, gestützt auf das MEDAS-Gutachten sei der Beschwerdeführer seit April 2016 für jegliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig; seit Juli 2017 bestehe hinsichtlich einer – näher umschriebenen - angepassten Verweistätigkeit eine 50% ige Arbeitsfähigkeit. Gestützt auf die LSE und unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs ergebe sich aus dem Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 57 % . Mithin habe der Beschwerdeführer nach Ablauf des Wartjahres ab dem 1. April 2017 Anspruch auf eine ganze und (nach Ablauf der Dreimonatsfrist) ab dem 1. Oktober 2017 Anspruch auf eine unbefristete halbe Rente ( Urk. 5/5). 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, das MEDAS-Gutachten sei widersprüchlich, unvollständig, aktenwidrig und setze sich weder mit dem Vorgutachten vom November 2017 noch mit den echtzeitlichen Arztberichten auseinander. Zudem sei im MEDAS-Gutachten das Zusammenspiel bzw. eine allfällige Kumulation der festgestellten Teilarbeitsunfähigkeiten und Einschränkungen unzulässigerweise nicht diskutiert worden . Auch sei der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit nicht bzw. nicht nachvollziehbar beurteilt worden. Die postulierte Arbeitsfähigkeit stehe ferner im Widerspruch zu den festgestellten schweren Beeinträchtigungen und sehr schlechten Prognose.

Mithin sei das MEDAS-Gutachten nicht beweiswertig. Darüber hinaus sei der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) zum nicht nachvollziehbaren Schluss gekommen, dass das

psychiatrische Teilgutachten nicht nachvollziehbar und der Beschwerdeführer lediglich aufgrund seiner somatischen Leiden beeinträchtigt sei. Vorliegend sei in Anbe tracht der somatischen und psychischen Leiden und gestützt auf die echtzeit lichen Berichte von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und deutlichen Verschlechterung auszugehen. Alsdann habe die Beschwerdegegnerin

den Invaliditätsgrad falsch bemessen, indem sie auf ein tieferes , als das im IK-Auszug ausgewiesene Valideneinkommen abgestellt habe. Zudem hätte sie dem Beschwerdeführer aufgrund der konkreten Situation sowie massivsten Einschränkungen den maximale n Abzug von 25 % gewähren müssen . Auch sei der Beginn des Wartejahrs und damit Rentenbeginn nicht korrekt ab Februar 2016 festgesetzt worden . Da es für die von der Beschwerdegegnerin angenommene Besserung ab Juli 2017 im Gutachten k einerlei Anhaltspunkte gäbe , könne frühestens ab dem Begutachtungszeitpunkt (September 2020) davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig gewesen sei. Dies könne frühestens ab Januar 2021 zu einer Herabsetzung der Rente führen ( Urk. 5/2 ) . 3.

### **E. 3**

0. November 2017 (Eingangsdatum, Urk. 12/54/1-129 ). Gestützt darauf forderte sie den Versicherten unter Hinweis auf die Mitwirkungspflicht und deren Säumnisfolgen am 18. Dezember 2017 auf, sich zur Verbesserung seines Gesundheitszustandes den – näher bezeichneten – medizinischen sowie

psychotherapeutischen Massnahmen zu unterziehen ( Urk. 12/55 );

am 23. Oktober 2018 wurde der Versicherte wiederum unter Hinweis auf seine Mitwirkungspflicht und deren Säumnisfolgen zudem aufgefordert, die bisherigen Behandlungen

– wie näher umschrieben - zu intensivieren

( Urk. 12/97 ) . 2017 und 2019 beantragte der Versicherte

verschiedentlich Hilfsmittel

sowie

Hilflosenentschädigung

( Urk. Urk. 12/47 ff., Urk. 12/108 f., Urk. 12/115 f. , Urk. 12/141 , Urk. 12/162, Urk. 12/168 ) . Nach entsprechenden Abklärungen erteilte ihm die IV-Stelle mit Mitteilung vom 29. Juli 2019 Kostengutsprache für einen Elektrorollstuhl BG-2 « Quickie Q500 Sedo », inkl. invaliditätsbedingte r Anpassungen, Zubehör sowie Reparaturen , die bei m sachgem ässen Gebrauch entstehen ( Urk. 12/157 , vgl. auch Urk. 12/94 ) . Zur Abklärung der Notwendigkeit der darüber hinaus beantragten Hilfsmittel sowie im Hinblick auf die Rentenprüfung veranlasste die IV -Stelle das polydisziplinäre ( Chirurgische Orthopädie/Allgemeine Innere Medizin/Neurologie/Psychiatrie) Gutachten der B.\_\_\_\_ AG , MEDAS C.\_\_\_\_ , vom 3. September 2020 ( Urk. 12/222/ 1-198). Gestützt darauf erteilte sie dem Versicherten Kostengutsprache für die leihweise Abgabe eines Rollators « Lagacy 600» nach

ärztlicher Verordnung, eines Rollstuhls « Küschall Compact » sowie

eines Duschstuhls « Mo biley mit Rücken»,

jeweils inkl.

invaliditätsbedingter Anpassungen, Zubehör und Reparaturkosten im Rahmen des sachgemässen Gebrauchs. Zudem erteilte sie Kostengutsprache für die Anpassung des Badezimmers, inkl. Reparaturkosten im Rahmen des sachgemässen Gebrauchs ( vgl. Mitteilungen vom 16. November 2020, Urk. 12/230 ff. ) und leistete einen Kostenbeitrag für die leihweise Abgabe eines Elektrobetts, inkl. Auslieferungs pauschale und Reparaturkosten im Rahmen des sachgemässen Gebrauchs

( vgl. Verfügung vom 20. Januar 2021, Urk. 12/241 ). Alsdann sprach die IV-Stelle dem Versicherten nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren

( Urk. 12/239) mit Verfügung vom 26. März 2021 ab dem 1. April 2017 eine ganze und ab dem 1. Oktober 2017 eine unbefristete halbe Rente, zuzüglich einer vom 1. April 2017 bis 31. Juli 2020 befristeten akzessorischen Kinderrente, zu ( Urk. 5/4 ff., Urk. 2 ). 2.

Dagegen erhob X. \_\_\_ am 10. Mai 2021 Beschwerde beim Obergericht des Kantons Aargau und beantragte, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 26. März 2021 ab Februar 2017 eine unbefristete ganze Rente zuzusprechen; eventualiter sei ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben;

subeventualiter sei dem Beschwerdeführer ab dem 1. Januar 2021 eine

Dreiviertelsrente zuzusprechen;

subsubeventualiter sei die Sache zur Vornahme ergänzender Abklärungen (insbesondere D. \_\_\_ ) an die IV-Stelle zurückzuweisen;

subsubsubeventualiter sei dem Beschwerdeführer erst ab dem 1. Januar 2021 eine unbefristete halbe Rente auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege sowie Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels ( Urk. 5/3). Mit Beschluss vom 16. Juni 2021 überwies das Obergericht des Kantons Aargau die Sache zuständigkeits halber an das hiesige Gericht ( Urk. 1 = Urk. 5/1 ). Mit Beschwerdeantwort vom 14. Oktober 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 11). Mit Verfügung vom 8. Februar 2022 wies das hiesige Gericht das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ab; zeitgleich wurde dem Beschwerdeführer die Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 14. Oktober 2021 (Beschwerdeantwort) zur Kenntnis gebracht und den Parteien mitgeteilt, dass das Gericht die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels als nicht notwendig erachte ( Urk. 22). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Im bidisziplinären

A. \_\_\_ - Gutachten vom 30. November 2017 hielten die begutachtenden Fachärzte als Hauptdiagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom sowie (2) ein chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom fest. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein rechtsseitiges, sensibles Sulcus

ulnaris-Syndrom ( Urk. 12/54/2). Aus neurologischer Sicht ergebe sich bei nicht ausgeschöpften Therapiemassnahmen ein instabiler Gesundheitszustand. Seit der

Krankschreibung ab dem 15. Februar 2016 bis dato bestehe für sämtliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer infolge der Vernarbungen im Segment C5/6 und der neu aufgetretenen Diskusprotusion im Segment C3/4 mit hieraus bedingter Spinalkanalstenose und zervikaler Myelopathie wahrscheinlich seit mehreren Monaten, jedoch sicher seit der kernspintomographischen Bildgebung der HWS vom 21. September 2017 für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Darüber hinaus sei eine seriöse Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit beim gegenwärtig instabilen Gesundheitszustand nicht möglich (Urk. 12/54/3).

### E. 3.2

Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 3. September 2020 hielten die begutachtenden Fachärzte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 12/222/14): - Lumbales Schmerzsyndrom (ICD: M47.26) mit/bei - spinalstenotischem Aspekt LWK 2-5 bei Diskusprotusionen und Epiduralallipomatose (p.m. LWK 4/5) - moderater Spondylose der kranialen LWS-Hälfte - leichter, mehrsegmentaler Spondylarthrose LWK 2-5 - Zervikale Myelopathie HWK 5/6 (ICD -10: G95.83) - spastische Paraparese der Beine - eigenanamnestisch leichte Blasenentleerungsstörung mit Dranginkontinenz - Leicht- bis mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer depressiven Entwicklung (ICD-10 : F32.01/F32.11) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielten die MEDAS-Gutachter als Hauptdiagnosen (1) ein thorakales Schmerzsyndrom, (2) Nikotinabusus, kumul. ca. 40 J (ICD-10 : Z72.0), (3) Adipositas WHO Grad II, BMI 37 (ICD-10 : E.66.01), (4) arterielle Hypertonie, ED 04/2018, akutenanamnestisch (ICD-10: I10.00), (5) Dyslipidämie, ED 2020 (ICD-10: E78.9), (6) unklare, zystische Leberläsion rechts, ED 01/2019, akutenanamnestisch (ICD-10: K76.8), sowie (7) nicht quantifizierbare neuropsychologische Störung aufgrund einer wahrscheinlich nicht authentischen Beschwerdepräsentation bei Aggravationstendenzen (Urk. 12/222/14).

Zur Vorgeschichte ergebe sich, dass der Beschwerdeführer seit Februar 2016 an einem zunehmenden Schwächegefühl beider Beine, einer Störung der Feinmotorik an beiden Armen und Händen, zervikalen Schmerzen mit Ausstrahlung primär in die linke Schulter sowie Nackenschmerzen bei gewissen Kopfbewegungen leide; im April 2016 habe sich bildgebend eine kompressive zervikale Myelopathie infolge Diskusprolaps C5/6 gezeigt und sei eine spastische Tetraparese sowie Sensibilitätsstörung im Niveau C8 beidseits diagnostiziert worden. Am 11. April 2016 sei eine ventrale Diskektomie, Dekompression und Spondylodese C5/6 durchgeführt worden. Daraufhin habe sich ein residuelles Zustandsbild

gezeigt [vgl. auch Urk. 12/39/7 ff.]. Aufgrund einer Myelonschwellung mit Ödem auf Höhe C5/6 habe sich im weiteren Verlauf gar eine Verschlechterung eingestellt [vgl. auch Urk. 12/39/11] und sei am 19. Juli 2016

eine dorsale Entlastungsoperation (Laminoplastik im Segment C5-C6, [vgl. Operationsbericht, Urk. 12/26/4]) durchgeführt worden. Daraufhin habe sich zunächst eine leichte Besserung der Sensibilität und Stabilität sowie Standsicherheit eingestellt; das Gehen für längere Strecken sei indes nur mit Gehstöcken möglich gewesen und der Beschwerdeführer habe weiterhin ein Schwächegefühl und Parästhesien in den Händen und

Unterarmen sowie B rennen am rechten Fuss berichtet . Im September und Novem ber 2017 habe sich bildgebend eine progrediente, mittelschwere Spinalkanalste no s e C3/4 mit leichter Deformation und Kompression des Myeloms und beginnender Myelopathie, eine mittelschwere Foramenstenos e im Segment C3/4 links mit möglicher Reizung der Wurzel C4 links intraforaminal sowie ein spinal kanalstenotischer Aspekt bei Diskusprot r usion und degenerativen Veränderungen auf Höhe LWK 2-5 gezeigt.

Weitere chirurgische Massnahmen hätten sich aber

nicht ergeben. Die 2018 und 2019 durch geführten stationären Therapien, die 2019 erfolgte F acetengelenksinfiltration sowie

der Sakralblock hätten ebenfalls keinerlei Besserung gezeitigt ( Urk. 12/222/8 ff. , Urk. 12/222/136 ).

In somatischer Hinsicht habe der Beschwerdeführer beklagt , dass er nicht mehr gehen könne; maximal drei bis vier Schritte könne er allein gehen. Er sei eigent lich permanent auf einen Rollstuhl angewiesen. Seit der zweiten Operation habe die Kraft in den Beinen nachgelassen. Zudem habe er permanent Schmerzen (VAS 6-10/10) im Bereich beider Beine, ausgehend von der Hüftregion und ausstrah lend bi s in den Fuss. Auch könne er seine Beine nicht mehr wie früher wahrneh men und sei die aktive Steuerung der Hüft-, Knie- und Fussgelenke nicht mehr möglich. Die Beine würden auch immer einschlafen. Er habe Probleme beim Sitzen, Stehen und Laufen. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei in allen Richtu ngen schmerzhaft eingeschränkt ( VAS 6-10/10). Die Nackenschmerzen würden in den rechten Arm und über die Wirbelsäule in die Beine ausstrahlen. Zudem bestünden ein permanenter Schmerz im Bereich der LWS (VAS 6-7/10) sowie ein Taubheitsgefühl im Bereich beider Unterarme ulnarseitig unter Einschluss der Finger IV und V. Wegen der S chmerzen schlafe er nur drei bis vier

S tunden am S tück. Danach müsse er aus dem Bett und sich bewegen. Es sei ein dauernder Wechsel zwischen Bett und etwas Bewegung, etwa alle zwei bis drei Stunden. Er sei deshalb 95 % seiner Zeit zu Hause. Nach draussen traue er sich nur mit seiner Frau. Ferner habe er Probleme mit der Blase. Wenn er bemerke, dass er Wasserlösen müsse, müsse er sofort auf die Toilette . Er habe auch seh r viel nachlaufen, was er nicht bemerke . Weiter habe der Beschwerdeführer von Blackouts berichtet, anlässlich welchen er vergesse, was er zuvor gemacht habe ( Urk. 12/ 222/1 0 ff.).

Im Rahmen der allgemeinmedizinischen U n tersuchung hätten sich weitestgehend unauffällige Befunde und damit keinerlei Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergeben ( Urk. 12/222 / 1 1 0 ff.).

In orthopädisch-chirurgischer

Hinsicht hätten sich aus der klinischen

Unter suchung der Wirbelsäule verschiedentlich Muskelatrophien, Druck- und Klopfbe schwe rden gezeigt . Zudem sei die Beweglichkeit der Halswirbelsäule schmerz bedingt stark eingeschränkt ,

d er Nackengriff sei beidseits schmerzbedingt nicht durchführbar und der Schürzengriff sei nur mit deutlicher V erlangsamung möglich gewesen. Alsdann

habe sich eine vollständige Gehunfähigkeit gezeigt ; während der Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer nur mit Hilfe seiner Frau vom Rollstuh l auf die Liege bewegen

können. Im Bereich der unteren Extremität habe

sich eine schlaffe und spastische Parese gezeigt, weshalb eine aktive Bewegungsüberprüfung nicht möglich gewesen sei; ein passives Bewegungsdefizit habe demgegenüber nicht festgestellt werden können.

Ebenso wenig ein

aggravierendes Verhalten oder eine Betonung von Krankheitssymptomen; der Beschwerdeführer habe glaubhaft gewirkt.

Zusammenfassend könne er weder eine relevante Gehstrecke selbständig zurücklegen noch eine stehende Tätigkeit ausüben.

Aufgrund der Erkrankung im Bereich der LWS sowie invalidisierenden Rückenschmerzen sei der Beschwerdeführer auch hinsichtlich einer sitzenden Tätigkeit deutlich eingeschränkt.

Mithin bestehe hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.00**

und 7.00 Uhr auf

( Urk. 12/222/109); im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung gab er zu Protokoll, er stehe um 6.00 Uhr, manchmal auch um 10.00 Uhr auf ( Urk. 12/222/149); gegenüber dem psychiatrischen Facharzt gab er schliesslich an, je nach Schmerzsituation stehe er zwischen 5.00 Uhr und 10.00 Uhr auf ( Urk. 12/222/175). Zudem

verhielt sich der gemessene Medikamentenspiegel diskrepant zu dem vom Beschwerdeführer

angegebenen

Medikamentendosierungen ( vgl. Urk. 12/222/106, Urk. 12/222/112, Urk. 12/222/115) und demonstrierte der Beschwerdeführer beim Gehstest eine deutlich schlechtere Innervation der Beine als bei der formalen Untersuchung im Liegen, wo nur eine geringe Spastik festgestellt werden und der Beschwerdeführer die Beine im 90°-Winkel für kurze Zeit halten konnte. Entsprechend

taxierte der neurologische Gutachter das stark verzögerte Gangbild als demonstrativ und hielt eine deutliche Selbstlimitierung fest ( Urk. 12/222/136

f.).

Hervorzuheben sind

ausserdem

die gutachterlichen Hinweise

auf die psychische Störung aufrecht erhaltende

IV-fremde Faktoren (ungewisse berufliche Zukunft, finanzielle Belastungen, Dekonditionierung, Perspektivenlosigkeit; vgl. Urk. 12/222/186, vgl. auch Urk. 12/222/149, Urk. 12/222/175, Urk. 12/222/108), wofür sich auch aufgrund der übrigen Akten Anhaltspunkte ergeben (vgl. den Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste vom 19. November 2018, Urk. 12/108/7). Festzuhalten ist auch die

von den Gutachtern als zumindest fraglich, wenn nicht gar als fehlend beurteilte

Anstrengungsbereitschaft resp. Motivation des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 12/222/136 f.). 4.3

Zusammenfassend

kamen die MEDAS-Gutachter im Lichte der erhaltenen Funktionalität der oberen Extremitäten, wiederholt festgestellter Verdeutlichung und Selbstlimitation sowie vorhandenen Ressourcen

des Beschwerdeführers zum überzeugenden Schluss, dass letzterer

in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % und in einer näher umschriebenen –

Verweistätigkeit jeden falls seit September 2020 (bei vollzeitig zumutbarer Anwesenheit) zu 50 %

leistungsfähig war (vgl. Urk. 12/222/18, Urk. 12/222/93, Urk. 12/222/140). In retrospektiver Hinsicht hielten die MEDAS-Gutachter aufgrund der zervikalen Myelopathie mit spasmodischer Tetraparese

eine vollständige Arbeitsunfähigkeit «sicher» ab dem 1. April 2016 fest; darüber hinaus erachteten sie eine abschliessende, retrospektive Arbeitsfähigkeitsbeurteilung als nicht möglich (Urk. 12/222/18, E. 3.2 in fine). Es kann jedoch gestützt auf die übrige Aktenlage (vgl. das Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung, Urk. 12/29/3; das A.\_\_\_\_-Vorgutachten vom 30. November 2017, Urk. 12/54/3; vgl. auch die Arbeitsunfähigkeitsatteste, Urk. 12/12/20, Urk. 12/12/18 f.) mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer seit dem 15. Februar 2016 in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war.

RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, welcher zum Schluss kam, der Beschwerdeführer sei seit dem 1. Juli 2017 in einer angepassten Verweistätigkeit zu 50 % arbeitsfähig (vgl. Stellungnahme vom 7. November 2020, Urk. 12/237/13), kann nicht gefolgt werden. Insbesondere stützte er sich dabei augenscheinlich nicht auf die interdisziplinäre Konsensbeurteilung, sondern lediglich auf das orthopädische Teilgutachten ab (vgl. Urk. 12/222/91). Kommt hinzu, dass der orthopädische Gutachter gänzlich unbegründet liess, weshalb aus seiner Sicht seit dem 1. Juli 2017 eine 50% Arbeitsfähigkeit bestehe. Entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 5/4) steht die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der MEDAS-Gutachter nicht

im Widerspruch zum A.\_\_\_\_-Gutachten vom 30. November 2017. Insbesondere wurde darin

festgehalten, eine zuverlässige Prognose könne infolge des instabilen Gesundheitszustandes derzeit nicht abgegeben werden (Urk. 12/54/, vgl. E. 3.1). Die beschwerdeweise bemühten (vgl. Urk. 5/2

Ziff. 25) Ausführungen im orthopädischen Teilgutachten, wonach der Beschwerdeführer schwerstbehindert und auf permanente Hilfe angewiesen sei (vgl. Urk. 12/222/94), bezogen sich auf die von den

MEDAS- Gutachtern

zu beantwortende Notwendigkeit

der beantragten Hilfsmittel (Elektrostuhl, Treppenlift, Rollatoren und Umbaumaassnahmen im Badezimmer). Dass sie letzteres bejahten, steht ebenfalls nicht im Widerspruch zu ihrer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung. Soweit der Beschwerdeführer weiter vorbringt, aus den echtzeitlichen Berichten ergebe sich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowie deutliche Verschlechterung (vgl. Urk. 5/2

Ziff. 25), kann ihm auch nicht gefolgt werden. Insbesondere

sind den echtzeitlichen resp. von der IV-Stelle veranlassten Verlaufsberichten kaum Angaben zur Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (vgl. etwa Urk. 12/96/6, Urk. 12/156/9, Urk. 12/166, Urk. 12/190). Demgegenüber erhellt daraus, dass sich die subjektiv berichtete Schmerzprogredienz und Gangverschlechterung weder klinisch noch bildgebend objektivieren liessen. Im Gegenteil ergab sich Ende 2018 aufgrund der objektiven Befunde eine Verbesserung der somatischen Situation und wurde auch aus psychiatrischer Sicht eine Besserung dokumentiert

(vgl. Bericht e der Klinik I.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2018, 20. Dezember 2018 und 10. Januar 2019, Urk. 12/166/5 ff.; Austrittsbericht der Rehaklinik J.\_\_\_\_ vom 3. April 2018, wonach der Beschwerdeführer im Verlauf der Rehabilitation eine Schmerzverringerng, deutliche Stabilisierung der Psyche und grosse Fortschritte bei der Mobilität erreicht habe, Urk. 12/70/3; Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste F.\_\_\_\_ vom 19. November 2018, worin ein deutlich stabilisierter Zustand berichtet wurde, Urk. 12/107/4). Mit Verweis auf die interdisziplinäre Konsensbeurteilung (vgl. 12/222/

### **E. 6.1**

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für die unterliegende Partei kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand fest zulegen und vorliegend auf Fr. 8'000.-- anzusetzen. Da der Beschwerdeführer bezüglich des Rentenanspruchs an sich obsiegt, sind die Kosten vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 6.2**

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts rechtfertigt der Umstand allein, dass einem Beschwerdeführer in einem Beschwerdeverfahren eine geringere (Teil-) Rente als beantragt zugesprochen wird, noch keine Reduktion der Parteientschädigung, jedenfalls soweit der Aufwand nicht vom beantragten Umfang der Rente beeinflusst wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_466/2007 vom 25. Januar 2008 E. 5). Entsprechend ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine volle Prozessentschädigung zu bezahlen. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht auf Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird insoweit teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 26. März 2021 aufgehoben und festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer vom 1. Februar 2017 bis 30. November 2020 Anspruch auf eine ganze Rente und ab dem 1. Dezember 2020 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

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

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Andrea Steiner Lettoriello - 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  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
HurstHediger

## **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. 10**

0%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer sehr leichten, überwiegend sitzend ausgeübten, gering wechselbelastenden Tätigkeit, ohne Zwangshaltungen (gebückt, vornübergeneigt, kauernd, kniend), ohne häufige Rumpfrotation, ohne asymmetrische Lasteinwirkungen, ohne Arbeiten auf Dächern, Gerüsten, Leitern oder Podesten, ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne längeres Abwärtsgehen, ohne häufiges Treppengehen, ohne Lastenheben, -tragen oder -bewegen von mehr als 3 Kg und ohne das Erfordernis, eine gefährliche, schwere, vibrierende Maschine zu bedienen, bestehe seit dem 1. Juli 2017 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/222/

## **E. 14**

ff., Urk. 12/222/ 81 ff.) .

Anlässlich der klinisch-neurologischen Untersuchung

habe sich

an den Beinen eine Hüftbeugerschwäche (Kraftgrad 4/5) beidseits gezeigt . Der Beschwerdeführer habe die Beine kurz gebeugt halten können; gestreckt sei ein Halten gegen Schwerkraft nicht möglich gewesen. Zudem habe sich eine verminderte Fuss- und Zehenhebung resp. – senkung (Kraftgrad 4/5 minderinnerviert) ergeben; Zehen- und Fersengang seien nicht möglich gewesen. Anlässlich der Untersuchung habe der Beschwerdeführer zu ebener Erde mit Festhalten nur wenige Schritte in sehr langsamen Tempo gehen können, indem er nach einigen Sekunden das Spielbein auf die Position des Standbeins gebracht habe und so nur eine sehr geringe Gehstrecke

habe bewältigen können. Die Innervation der Beine sei dabei deutlich schlechter gewesen als bei der formalen Untersuchung im Liegen, wo sich nur eine geringe Spastik gezeigt habe. Alsdann habe sich eine Gefühlsminderung an den Aussenseiten beider Hände sowie ein vermindertes Vibrationsempfinden an den Grosszehen beidseits gezeigt. Während der Untersuchung sei der Beschwerdeführer auf die Leistungseinschränkungen stark fixiert gewesen. Er habe sich völlig dependent und keinerlei Anstrengungsbereitschaft gezeigt . Das stark verzögerte Gangbild habe zudem demonstrativ gewirkt ( Urk. 12/222/133 ff.) . Aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund der zervikalen Myelopathie mit daraus resultierender

Beinspastik in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig; in einer sitzenden Tätigkeit bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit . Am organischen Kern der Erkrankung bestünden keinerlei Zweifel. Bei der Beschwerdedemonstration

zeige der Beschwerdeführer jedoch eine deutliche Selbstlimitierung ( Urk. 12/222/137 ff.) .

Anlässlich der neuropsychologischen Exploration habe der Beschwerdeführer berichtet, es gehe ihm nebst den körperlichen Beschwerden auch psychisch sehr schlecht. Er sei verzweifelt und denke fast täglich daran, sich das Leben zu nehmen. Er sei auch oft unkonzentriert, nicht belastbar, vergesslich und erlebe Blackouts. Zudem habe er Probleme mit dem Reden; er sei oft zu müde dafür oder finde die Worte nicht ( Urk. 12/222/147). In klinischer Hinsicht hätten sich Hinweise auf ein rasches Aufgeben und inkonsistente Befunde ergeben. Zudem habe sich das Symptomvalidierungsverfahren als leicht auffällig erwiesen. Vor diesem Hintergrund sei eine Darstellung der Testresultate und deren diagnostische Einordnung unzulässig, da ein Rückschluss auf die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit nicht zuverlässig möglich sei. Mithin sei eine neuropsychologische Störung nicht quantifizierbar aufgrund einer wahrscheinlich nicht authentischen Beschwerdepäsentation bei Aggravationstendenzen ( Urk. 12/222/152 ff.).

Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter habe der Beschwerdeführer berichtet, 2018/2019 sei es ihm psychisch sehr schlecht gegangen . Derzeit mache er sich Sorgen um die Zukunft seiner Familie und um seine finanzielle Situation. Diesbezüglich habe er momentan wenig Hoffnung auf Besserung . Deshalb leide er oft an Niedergeschlagenheit und schlechtem Schlaf. Seine Gedanken kreisten häufig um seine Probleme, er könne sich schlecht konzentrieren, sei durch Schmerzen oftmals abgelenkt und habe Mühe, sich zu etwas aufzuraffen. Freuen könne er sich durchaus noch, zum Beispiel an seinen Enke

lkindern (Urk. 12/222/172 f.). Je nach Schmerzsituation stehe er zwischen 5 Uhr und 10 Uhr auf. Dann rauche er und nehme die Medikamente ein.

Sobald seine Ehefrau aufgestanden sei, helfe sie ihm bei der Morgentoilette und beim Anziehen. Sie bereite ihm auch etwas zum Essen vor. Er verbringe dann die Zeit in der Wohnung sitzend, an Stöcken, gehen, liegend, rauchend, wobei es ihm am besten gehe, wenn er liege. Den Haushalt erledige seine Ehefrau, allenfalls könne er beim Rüsten helfen. Wenn die Ehefrau von der Arbeit komme um ca. 17.00 Uhr, gebe es das Abendessen, welches sie zubereite. Gegen 23.00 Uhr gehe er ins Bett. Aktuell habe er keine Hobbies, früher habe er Fussball gespielt. Er lese nur wenig und Fernsehschauen könne er wegen den Konzentrationsproblemen auch nicht lange. Zuletzt sei er 2019 im Urlaub gewesen; 14 Tage in seiner Heimat, wobei er mit dem Flugzeug gereist sei (Urk. 12/222/175). Bis Ende 2019 habe er sich während eines Jahres in psychotherapeutischer Behandlung befunden (Urk. 12/222/176). Klinisch habe sich der Beschwerdeführer bewusstseinsklar und allseits orientiert gezeigt. Während der Dauer des Gesprächs habe die Aufmerksamkeit diskrepanz zur subjektiv geschilderten Konzentrationsminderung im Alltag aufrechterhalten werden können. Auch hätten sich keine Auffassungs- oder Merkfähigkeitsstörungen gezeigt. Das Langzeitgedächtnis habe sich ebenfalls als unauffällig erwiesen. Der Beschwerdeführer habe mit vernehmlicher Stimme, deutlich artikulierend und mit ungestörtem Redefluss gesprochen. Gedanklich habe sich eine deutliche Einengung auf die erlebten körperlichen Beschwerden, Insuffizienzgefühle und Selbstvorwürfe und eine ausgeprägte Tendenz zur Selbstbeobachtung körperlicher Vorgänge im Sinne einer Aufmerksamkeitsfokussierung gezeigt. Auf Verhaltensebene habe der Beschwerdeführer ein deutliches verbales und nonverbales Schmerzgebaren demonstriert, jedoch ohne dramatisierend zu wirken. Eine Aggravation oder Simulation sei ebenfalls zu verneinen. Die Grundstimmung sei gedrückt, zum depressiven Pol verschoben, besorgt-pessimistisch, aber nicht freudlos und auch nicht labil oder dysphorisch. Die affektive Modulationsfähigkeit sowie der Antrieb seien leicht vermindert gewesen (Urk. 12/222/177 ff.). In der Hamilton Depressionsskala habe der Beschwerdeführer 20 Punkte erreicht, entsprechend eines leichten bis mässiggradigen depressiven Syndroms. Im Rahmen des Mini-ICF-Ratings hätten sich keine oder lediglich leichte Beeinträchtigungen ergeben; einzig bei der Durchhaltefähigkeit und Fähigkeit zu Spontanaktivitäten habe sich eine mehr als leichte Beeinträchtigung mit Assistenznotwendigkeit gezeigt. Insgesamt könne von einer ausreichenden Konsistenz zwischen der Aktenlage, der Eigenangaben des Beschwerdeführers sowie klinischen Untersuchung ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Verweistätigkeit zu 60 % arbeitsfähig (Urk. 12/222/179 ff., Urk. 12/222/190 f.).

Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführer sei infolge der spastischen Tetraparese bei zervikaler Myelopathie in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.

Hinsichtlich einer optimal angepassten Verweistätigkeit nach Massgabe des im orthopädischen und neurologischen Teilgutachten definierten Belastungsprofils bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Eine retrospektive Arbeitsfähigkeitsbeurteilung sei, ohne die begutachtete Person auch früher selber untersucht zu haben, nicht unproblematisch, da dabei auf fremde Beurteilungen abgestellt werden müsse. Eine abschliessende retrospektive Überprüfung der echtzeitlichen Arztberichte sei daher nicht möglich. Möglich sei hingegen eine Würdigung aus heutiger Sicht. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe sicher ab

dem 1. April 2016 ( Urk. 12/222/18). 4. 4.1

Das polydisziplinäre MEDAS- Gutachten vom 3. September 2020 erging in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten ( Urk. 12/222/23 ff.,

einschliesslich des

bidisziplinären

Vorgutachten vom 30. November 2017, vgl. Urk. 12/222/43 ff.), den geklagten Beschwerden sowie gestützt auf die klinischen Untersuchungen. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein und liefert nachvollziehbare Schlussfolgerungen.

Insbesondere haben die Gutachter ihre Diagnosen im Einklang mit den erhobenen Befunden

plausibel begründet, was denn auch beschwerdeweise unbestritten verblieb. Im psychiatrischen Teilgutachten erfolgte zudem eine einlässliche Auseinandersetzung mit den einschlägigen ICD-Diagnosekriterien (Urk. 12/222/182) und korrelieren die diagnostischen Schlussfolgerungen mit den (psychiatrischen)

Vorakten ( vgl. etwa den Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Mai 2019, Urk. 12/139; Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste F.\_\_\_\_ vom 19. November 2018, Urk. 12/108/5 ff. ). Mithin kann Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nicht gefolgt werden, wenn sie in ihrer internen Stellungnahme vom 10. November 2020 dafürhält, die Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im psychiatrischen Teilgutachten seien nicht nachvollziehbar ( Urk. 12/237/14 f.), weshalb (sinngemäss) in psychiatrischer Hinsicht

kein in validisierender Gesundheitsschaden vorliege. Dies umso weniger, wenn sie dabei entgegen den anderslautenden Angaben im psychiatrischen Teilgutachten – ausführt, die Authentizität der Beschwerdeschilderung müsse angezweifelt werden und darüber hinaus mutmasst, der Beschwerdeführer habe im Rahmen des ICF-Ratings übertriebene Angaben zu seinem Schmerzerleben gemacht ( Urk. 12/237/15). So hat der psychiatrische Gutachter sowohl ein dramatisieren des Verhalten als auch eine massive Verdeutlichung im Sinne einer Aggravation oder Simulation ausgeschlossen. Zudem hat er explizit festgehalten, es bestehe

insgesamt eine ausreichende Konsistenz zwischen der Aktenlage, der Eigenangaben des Beschwerdeführers sowie klinischen Untersuchung ( Urk. 12/222/178, Urk. 12/222/197 ). Dass das Symptomvalidierungsverfahren im Rahmen der neuropsychologischen Expertise leichte Auffälligkeiten zeitigte ( Urk. 12/222/152), vermag – entgegen Dr. G.\_\_\_\_ – an der Beweiswürdigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens nichts zu ändern. Mithin genügt das Gutachten den an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage gestellten Anforderungen (vgl. E. 1.7), weshalb darauf abzustellen ist. 4.2

Strittig und zu prüfen bleibt die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, welche auch unter juristischen Gesichtspunkten zu beurteilen ist (vgl. E. 1.3 f. )

In somatischer Hinsicht ergab sich nebst den – wenn auch als teilweise verdeutlicht dargestellt taxierten (vgl. 12/222/136) –

unbestrittenen Mobilitätseinschränkungen, dass die oberen Extremitäten

des Beschwerdeführers symmetrisch bemuskelt und alle Muskelgruppen der Arme vollständig innerviert waren. Die Schulter-, Ellbogen-, Hand- und Fingergelenke konnten aktiv und passiv schmerzfrei bewegt werden; Anzeichen für ein Impingement im Bereich der Schultern oder für eine Rotatorenmanschetteninsuffizienz

wurden explizit verneint. Entsprechend ergab sich jedenfalls im Bereich der oberen Extremitäten kein relevantes, funktionelles, aktives oder passives Bewegungsdefizit (Urk. 12/222/81 f., Urk. 12/222/133). In psychiatrischer Hinsicht erhellt alsdann hinreichend, dass die diagnoserelevanten Befunde

im Untersuchungszeitpunkt objektiv

nicht schwer ins Gewicht fielen. Der im Kontakt freundlich-zugewandte, äusserlich gepflegte und pünktlich erschienene Beschwerdeführer

konnte

der ein dreiviertel Stunden dauernde Exploration ohne Aufmerksamkeits-, Auffassungsfähigkeits- oder Merkfähigkeitsdefizite folgen. Dabei sprach er mit vernehmlicher Stimme, deutlich artikulierend und ungestörtem Redefluss (Urk. 12/222/177 ff.). Die Grundstimmung

wurde

vom psychiatrischen Gutachter zwar als gedrückt und zum depressiven Pol verschoben gewertet, jedoch nicht freudlos, labil oder dysphorisch. Alsdann waren die

affektive Modulationsfähigkeit und der Antrieb

des Beschwerdeführers nur leicht vermindert.

Dazu passend ergaben sich im Rahmen des Mini-ICF-Ratings weitestgehend keine oder nur geringgradige Einschränkungen; in den testpsychologischen Zusatzuntersuchungen (Hamilton Depressionsskala, Montgomery Asberg Depression Rating Scale) erreichte der Beschwerdeführer 20 resp. 22 Punkte, entsprechend eines leicht- bis mittelgradig depressiven Syndroms (Urk. 12/222/178 ff.). Alsdann hat der Beschwerdeführer die zuvor wahrgenommene Psychotherapie Ende 2019 beendet (Urk. 12/222/176) und plagten ihn aktuell vornehmlich finanzielle Sorgen (Urk. 12/222/172 f., vgl. auch Urk. 12/222/149, Urk. 12/222/152, Urk. 12/222/175). Auf Ressourcenebene betonte der psychiatrische Gutachter die freundliche Wesensart; die übrigen Gutachter bestätigten die vollständig erhaltene Kommunikationsfähigkeit (Urk. 12/222/180, Urk. 12/222/90, Urk. 12/222/109, Urk. 12/222/150). Alsdann war die soziale Teilhabe des Beschwerdeführers zwar weitgehend auf die Familie beschränkt, in diesem Rahmen verfügte er jedoch über ein ihm intensiv unterstützendes und tragendes Umfeld (vgl. Urk. 12/222/129, Urk. 12/222/149, Urk. 12/222/185). Ausserdem berichtete der Beschwerdeführer, dass er Dank seinen Enkelkindern durchaus

Freude erlebe (Urk. 12/222/172). Zu erwähnen ist auch, dass er

2019 in der Lage war, eine Flugreise in seine Heimat zu unternehmen (Urk. 12/222/175). Ferner ging der Beschwerdeführer insoweit einem geordneten Tagesablauf nach, als er regelmässig mit seiner Frau das Abendessen einnahm,

jedenfalls bis zum Ausbruch der Corona-Pandemie zwei- bis dreimal pro Woche eine Physiotherapie wahrnahm und zwischendurch auch zu Hause «ein paar Übungen» machte (Urk. 12/222/131).

Im Übrigen fallen Ungereimtheiten bei den Schilderungen zum Tagesablauf auf; währenddem der Beschwerdeführer gegenüber dem orthopädisch-chirurgischen Gutachten ausführte, er beende die Nachtruhe je nach Schmerzen zwischen 3.00 Uhr und 4.00 Uhr (Urk. 12/222/78), gab er beim Allgemeinmediziner an, er wache zwischen

## **E. 18**

, E. 3.2 in fine) geht auch die beschwerdeweise Rüge, die MEDAS-Gutachter hätten das «Zusammenspiel bzw. eine allfällige Kumulation» der festgestellten Teilarbeitsfähigkeiten nicht diskutiert (Urk. 5/2

Ziff. 26), ins Leere. Schliesslich besteht beim vorliegenden Beweisergebnis – entgegen seinen

Vorbringen

–

auch kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3 je mit Hinweisen). 5.

### 5.1

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). 5.2

Zur Ermittlung des Valideneinkommens ist 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 angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f.).

Hierfür stellte die IV-Stelle auf die Auskunft der Arbeitgeberin ab, wonach der Beschwerdeführer an der vor Eintritt des Gesundheitsschadens innegehabten Stelle seit dem 1. Januar 2015 einen Monatslohn von Fr. 4'775.-- erzielte

(vgl. Urk. 12/236/1). Dabei handelt es sich indes

um den Grundlohn, wobei offensichtlich verschiedentlich Zulagen zur Auszahlung gelangten

(vgl. Urk. 12/15/10 ff. ). Mithin ist gestützt auf den IK-Auszug vom 12. August 2016 vom effektiv abgerechneten Jahreseinkommen 2015 in Höhe von Fr. 62'907.-- (Urk. 12/11/4 ) auszugehen. Dieser Wert ist der Teuerung und realen Einkommensentwicklung anzupassen (ZAK 1990 517 E. 3c), wobei der Nominallohnindex gemäss der entsprechenden Erhebung des Bundesamtes für Statistik zu verwenden ist (BGE 129 V 408). Der jeweils gerundete jährliche Aufwertungsfaktor führt über längere Perioden zu rechnerisch potenziertem Ungenauigkeit. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer bis ins massgebliche Jahr 20

## **E. 20**

(vgl. nach folgend E. 5.4.3 ; vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Landesindex der Konsumentenpreise, T 39, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2019 , Nominallöhne Männer ; 2015: 2226; 2020 : 2298 ) resultiert ein Valideneinkommen von rund Fr. 64'942.-- [ Fr. 62'907.-- : 2226 x 2298 ] . 5.3.5.3.1

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). 5.3.2

Da der Beschwerdeführer die ihm seit September 2020 verbliebene Restarbeitsfähigkeit nicht ausgeschöpft hat, sind für die Ermittlung des Invalideneinkommens die LSE heranzuziehen. Mit Blick auf das medizinische Belastungsprofil ist dabei auf den Tabellenwert für einfache Hilfsarbeiten (LSE 2018 , Tabelle TAI , TOTAL, Kompetenzniveau I, Männer) in Höhe von monatlich Fr. 5'417.-- abzustellen. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit im Jahr 2018 von 41.7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, 2004-2020 , A-S 01-96) sowie der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2020 (Indexstand 2018: 2260; 2020: 2298) resultiert ein Invalideneinkommen von rund Fr. 34'453.-- für ein zumutbares Pensum von 50 % (Fr. 5'417 : 40 x 41.7 x 12: 2260 x 2298 x 0.50). 5.3.3

Der Beschwerdeführer stellte sich auf den Standpunkt, es sei ihm aufgrund der konkreten Situation und massivsten Einschränkungen der maximale, leidensbedingte Abzug von 25 % zu gewähren (Urk. 5/2 Ziff.

## **E. 21**

).

Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer unter Würdigung seiner schwerwiegenden Einschränkungen sowie des Umstandes, dass er auf verstellbare, ergonomisch behinderungsgerechte Arbeitsstühle/Arbeitstische angewiesen sei, einen 20%igen Abzug gewährt (Urk. 12/236/1). Das (kantonale) Sozialversicherungsgericht darf nach ständiger Rechtsprechung 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). Letzteres ist vorliegend nicht der Fall.

Insbesondere rechtfertigt der Umstand, dass die versicherte Person zwar ganztags arbeitsfähig, hierbei aber nur reduziert leistungsfähig ist (vgl. Urk. 12/222/93, Urk. 12/222/140), grundsätzlich keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C\_421/2017 vom 19. September 2017 E. 2.1.1 mit Hinweisen). Da die Gewährung eines 20%igen Abzugs jedenfalls keine rechtsfehlerhafte Ermessensausübung darstellt (vgl. auch Urteil 8C\_366/2013 E. 4.2 vom 18. Juni 2013), ergibt sich kein Anlass zur gerichtlichen Korrektur.

Unter Berücksichtigung eines Abzugs von 20 % beträgt das Invalideneinkommen somit rund Fr. 27'562.-- (Fr. 34'453.-- x 0.80). 5.4 5.4 .1

Dem Beschwerdeführer war in seiner bisherigen Tätigkeit seit dem 15. Februar 2016 zu

100% arbeitsunfähig (vgl. E. 4.3). Damit bestand für die Dauer des Wartejahrs bis zum 15. Februar 2017 eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 100% (vgl. E. 1.5). 5.4 .2

Nach Ablauf der Wartezeit am 15. Februar 2017 war der Beschwerdeführer weiterhin für jegliche Tätigkeiten zu 100% arbeitsunfähig. Da er sich im Juli 2016 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug angemeldet hat (vgl. Urk. 12/6), besteht

somit ab dem 1. Februar 2017 (vgl. Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG) Anspruch auf eine ganze Rente. 5.4 .3

Seit September 2020 wurde dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit attestiert (Urk. 12/222/18, E. 4.3). Aus der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von rund Fr. 37'380.--, was einen Invaliditätsgrad von 57.56%, gerundet 58%, ergibt. Damit hat der Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2020 (Art. 88a Abs. 1 IVV, E. 1.6) Anspruch auf eine halbe Rente. 5.5

Die Beschwerde ist insoweit teilweise gutzuheissen, als dass die angefochtene Verfügung vom 26. März

2021 aufzuheben und festzustellen ist, dass der Beschwerdeführer vom 1. Februar 2017 bis 30. November 2020 Anspruch auf eine ganze Rente und ab dem 1. Dezember 2020 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung

hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

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