

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00634 vom 16. November 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-11-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00634](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00634)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00634 du 16 novembre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00634 del 16 novembre 2022

## **Erwägungen**

### **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 vorbehältlich 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 die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden (BGE 148 V 174 E. 4.1).

### **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**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 1.4**

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3). Beträgt der Invaliditätsgrad weniger als 50 %, so werden die entsprechenden Renten nur an Versicherte ausbezahlt, die ihren Wohnsitz und ihren gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben. Diese Voraussetzung ist auch von Angehörigen zu erfüllen, für die eine Leistung beansprucht wird (Abs. 4).

#### **E. 1.5**

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).

#### **E. 1.6**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits –

erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbe gründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweissbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

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

### **E. 1.7**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen).

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismittelwürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/ bb; Urteil des Bundesgerichts 9C\_278/2016 vom 22. Juli 2016 E. 3.2.2 und

8C\_213/2022 vom 4. August 2022 E. 2.3).

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 27. Oktober 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. September 2021 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung sowie die Rückweisung der Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 24. Januar 2022 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 28. Januar 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Gemäss Gutachten habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ab Mai 2019 verschlechtert. Bereits ab September 2019 sei es ihm jedoch wieder möglich gewesen, einer angepassten Tätigkeit zu 80 % nachzugehen. Auf Grund des psychischen Leidens sei infolge der Notwendigkeit von vermehrten Erholungspausen eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 20 % vorgenommen worden. Möglich seien körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit immer wieder sitzenden Anteilen, ohne längeres Gehen oder Stehen und ohne Knien, Kauern und Hocken. Die Verdachtsdiagnose des Binge-Eating habe als solche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Invaliditätsgrad betrage 22 %. Da mit dem Einwand keine neuen medizinischen Tatsachen geltend gemacht worden seien, halte man an dem Entscheid fest (S. 2).

### **E. 2.2**

Dem hielt der Beschwerdeführer zusammengefasst entgegen (Urk. 1), auf das D.\_\_\_\_-Gutachten könne nicht abgestellt werden, da der Schweregrad der Depression nicht korrekt diagnostiziert worden sei und der Gutachter die sich aus der Diagnose ergebenden Funktionseinschränkungen in keiner Weise diskutiere. Das Gutachten genüge den Anforderungen an ein strukturiertes Beweisverfahren nicht (S. 7 Ziff. 22 f.). Weiter sei der gutachterlich dargestellte Verlauf der Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar und widerspreche der medizinischen Aktenlage. Die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit sei fraglich (S. 9). Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades sei ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen. Insgesamt sei der Sachverhalt zu wenig abgeklärt (S. 10). Des Weiteren sei sein rechtliches Gehör verletzt worden, da sich die Beschwerdegegnerin nicht mit seinen Einwendungen auseinandergesetzt habe (S. 11 Ziff. 39). Die neuesten Arztberichte zeigten eine weitere Verschlechterung (S. 11 Ziff. 42 f.).

### **E. 2.3**

Meldet sich jemand bei der Invalidenversicherung an und findet eine Stelle, bei der er rentenausschliessend

eingegliedert ist, und meldet er sich nach Verlust dieser Stelle wieder an, so ist dies nicht eine erneute Anmeldung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV, sondern ist gleich wie eine erstmalige Anmeldung zu behandeln (Urteil des Bundesgerichts 8C\_876/2017 vom 15. Mai 2018 E. 4.1).

Der Beschwerdeführer trat nach Gewährung verschiedener Eingliederungsmassnahmen per 1. September 2017 eine Stelle als Mitarbeiter Rezeption in einem Hotel in einem Pensum von 100 % an und war damit rentenausschliessend eingegliedert (Urk. 8/132 ; vgl. Urk. 8/139/4 ). Mit dem Hinweis auf die rentenausschliessende Eingliederung wurden die beruflichen Massnahmen mit Schreiben vom 4. September 2017 abgeschlossen (Urk.

8/137).

Die neue Anmeldung vom

19. Juni 2018 (Urk. 8/141) erfolgte in Zusammenhang mit einer erneuten Krankenschreibung (vgl. Urk. 8/140-141), in deren Rahmen der Beschwerdeführer seine Arbeitsstelle verlor (vgl. Urk. 8/146). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts handelt es sich bei der Anmeldung vom 23. Juni 2018 somit nicht um eine Neuanmeldung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV.

Streitig und zu prüfen ist somit, ob der Beschwerdeführer unter dem Blickwinkel einer erstmaligen Anmeldung zum Leistungsbezug Anspruch auf eine Rente hat. Insbesondere ist zu prüfen, ob die Abklärungen zur Beurteilung dieser Frage genügen.

### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei sein rechtliches Gehör verletzt worden, indem die Beschwerdegegnerin sich nicht mit seinen Einwendungen auseinandergesetzt habe (Urk. 1 S. 11 f.)

### **E. 3.2**

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer einzelnen Person ein greift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 144 I 11 E. 5.3, 143 V 71 E. 4.1, je mit Hinweisen).

### **E. 3.3**

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG), das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen. Gemäss Art. 52 Abs. 2 Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV fliessende Begründungspflicht gebietet nicht, dass sich das kantonale Gericht beziehungsweise der Versicherungsträger mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sich die Behörde auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich die betroffene Person über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich das Gericht respektive der Versicherungsträger hat leiten lassen und auf die sich sein Entscheid stützt (BGE 142 II 49 E. 9.2, 136 I 229 E. 5.2, je mit Hinweisen).

### **E. 3.4**

Die Beschwerdegegnerin hat die Begründung der angefochtenen Verfügung so verfasst, dass der Beschwerdeführer die Beweggründe erkennen und die Sache an das Gericht weiterziehen konnte. Der Begründungspflicht wurde Genüge getan. Selbst wenn eine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu bejahen wäre, wäre sie als nicht besonders schwerwiegend zu beurteilen und kann als geheilt betrachtet werden, da vorliegend die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 142 II 218 E. 2.8.1, 137 I 195 E. 2.3.2, je mit Hinweis).

### **E. 4.1**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, seit September 2015 behandelnder Arzt des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 8/169 Ziff. 2.1), hielt mit Schreiben vom 27. Juni 2018 (Urk. 8/144) fest, der Beschwerdeführer sei seit 28. März 2018 bis 17. April 2018 und vom 19. Juni 2018 bis 14. Juli 2018 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 unten).

In seinem am 27. September 2018 zuhanden der Taggeldversicherung erstatteten Bericht (Urk. 8/172/18-19) führte Dr. E.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide unter den Symptomen einer schweren depressiven Episode (S. 1). Die Diagnose laute (S. 2): - rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode (ICD-10 F33.2) - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) Aufgrund der Symptomatik sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage, seiner Tätigkeit als Rezeptionist nachzugehen. Zunehmend führten die dort gestellten Anforderungen zur psychischen Dekompensation und stellten eine deutliche Überforderung dar. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Zum jetzigen Zeitpunkt könne keine klare Prognose hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit gestellt werden (S. 2).

### **E. 4.2**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte nach eigener Untersuchung des Beschwerdeführers zuhanden der Taggeldversicherung mit Bericht vom 20. Januar 2019 (Urk. 8/172/5-6) aus, es bestehe unverändert eine volle Arbeitsunfähigkeit. Die Frage der Zumutbarkeit einer leistungsgerechten Tätigkeit bedürfe einer zusätzlichen neuropsychologischen Abklärung (S. 1). Auf ein strukturiertes Beweisverfahren könne bei guter Mitarbeit, plausiblen subjektiven Angaben und Fehlen von unüberwindbaren Diskrepanzen vorderhand verzichtet werden (S. 2).

### **E. 4.3**

Mit Bericht vom 12. Februar 2019 (Urk. 8/169) diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F 33.2), und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73). Beide Diagnosen hätten Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (Ziff. 2.5). Dieser sei seit 19. Juni 2018 bis andauernd zu 100 % arbeitsunfähig; zuvor habe es wiederholte 100%ige Arbeitsunfähigkeiten aufgrund zu hoher Belastung in der damaligen Arbeitsstelle gegeben (Ziff. 1.3). Aktuell sei er zweimal pro Woche in Behandlung (Ziff. 1.2).

Es erfolge keine Medikation. Seit dem Behandlungsverlauf seien diverse antidepressive und neuroleptische Behandlungsversuche unternommen worden. Jedoch habe sich wiederholt gezeigt, dass die Toleranz gegenüber Medikamenten eher gering sei (Ziff. 2.3).

Aktuell könne keine Prognose zur Arbeitsfähigkeit abgegeben werden. Der Beschwerdeführer könne sich in diesem Zustand ausser den zweimal wöchentlich stattfindenden Sitzungen keinen anderen Therapieoptionen zugänglich zeigen. Psychopharmakologische und auch stationäre wie teilstationäre Behandlungsoptionen seien stets probiert worden und immer wieder Gegenstand der Diskussion (Ziff. 2.7). Es sei im Moment keine Tätigkeit zumutbar (Ziff. 4.1-4.2).

#### **E. 4.4**

Vom 4. bis 30. März 2019 hielt sich der Beschwerdeführer stationär im Zürcher Reha-Zentrum G.\_\_\_\_

auf. Mit Bericht vom 13. Mai 2019 (Urk. 8/175/67) wurden eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode (ICD-10 F33.2), und ein Status nach mehrfacher komplizierter Fraktur / Re-Fraktur des Sprunggelenks (aktuell saniert, Plattenentnahme ausstehend) diagnostiziert (S. 1). Während des stationären Aufenthaltes habe die effektive berufliche Einschränkung insbesondere im Rahmen der depressiven Störung gelegen, indem der Beschwerdeführer alltägliche Tätigkeiten kaum mehr bewältigen können (S. 1 unten). Eine Prognose sei bezüglich der Arbeitsunfähigkeit schwierig zu stellen. Es sei abzuwarten, wie der Beschwerdeführer die anstehende Operation psychisch und physisch überstehe (S. 2).

#### **E. 4.5**

Dr. F.\_\_\_\_ beurteilte den Beschwerdeführer in seinem zuhanden der Taggeldversicherung am 9. September 2019 erstatteten Kurzbericht (Urk. 8/177/3) als psychisch nur knapp kompensiert und emotional nur oberflächlich gefestigt. Es bestehe für alle Tätigkeiten unverändert volle Arbeitsunfähigkeit.

#### **E. 4.6**

Dr. E.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 17. Dezember 2019 eine unveränderte Diagnose (Ziff. 1.2). Aktuell könne keine Tätigkeit aufgenommen werden (Ziff. 2.1). Er sehe den Beschwerdeführer zweimal pro Woche (Ziff. 3.1). Es erfolge keine Medikation (Ziff. 3.2). Es bestünden massive Konflikte mit den Eltern (Ziff. 4.4).

#### **E. 4.7**

Vom 24. Dezember 2019 bis 31. Januar 2020 hielt sich der Beschwerdeführer erneut stationär im Zürcher Reha-Zentrum G.\_\_\_\_ auf. Mit Austrittsbericht vom 23. März 2020 (Urk. 8/194) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F33.1) - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) - Status nach mehrfacher komplizierter Fraktur / Re-Fraktur des Sprunggelenks - Plattenentnahme erfolgreich, Status nach Wundheilungsstörung Der Beschwerdeführer habe gut von der Therapie profitieren können. Er habe sich während des Aufenthaltes intensiv mit seiner beruflichen Perspektive beschäftigt und habe erste Bewerbungen absenden können. Initial habe er im Zuge von Ablehnungen Kränkung erlebt, im Verlauf jedoch mehr Selbstvertrauen gewonnen und kurz vor Austritt ein für ihn zufriedenstellendes Resultat erzielt. Er habe sich psychophysisch deutlich rekonditionieren können. Die Ängste bezüglich eines beruflichen Wiedereinstiegs seien bei Austritt deutlich reduziert gewesen. Er habe seine Rehabilitationsziele nahezu vollständig erreichen können (S. 2). Er werde Unterstützung durch die psychiatrische Spitex erhalten und die Psychotherapie werde durch Dr. E.\_\_\_\_

ambulant fortgeführt (S. 3).

#### **E. 4.8**

Mit Bericht vom 14. Mai 2020 (Urk. 8/195) wiederholte Dr. E.\_\_\_\_ seine bisher gestellten Diagnosen und diagnostizierte zusätzlich «sehr wahrscheinlich» eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ (ICD-10 F60.30; Ziff. 1.2). Eine Aufrechterhaltung der Alltagsstruktur sei kaum möglich. Aufgrund der starken Symptome und der massiven Tag-Nacht-Umkehr verbringe der Beschwerdeführer die meiste Zeit im Bett. Es gelinge ihm nur rudimentär, sich mit Lebensmitteln zu versorgen und seinen Alltagspendenzen nachzukommen. Hilfe könne er unter Phasen hoher Belastung nur schwer annehmen, da er sich sofort unter Druck gesetzt fühle (Ziff. 1.4). Aktuell sei auch keine angepasste Tätigkeit zumutbar; der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 2.1). Es fänden zwei Sitzungen pro Woche statt; eine Medikation erfolge nicht (Ziff. 3.1-3.2). Auch die unmittelbar bevorstehende Abhängigkeit vom Sozialamt verstärke die komplexe stark negativ gefärbte Wahrnehmung über die Zukunft und die damit verbundenen existentiellen Ängste. Von einer Chronifizierung sei mittlerweile auszugehen (Ziff. 3.3). Latente Konflikte in der Herkunftsfamilie spielten bei der Unterhaltung der Krankheit eine zunehmende Rolle und aktualisierten sich zur Zeit aufgrund der Situation (Ziff. 4.4).

#### **E. 4.9**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, attestierte mit Bericht vom 24. Mai 2020 (Urk. 8/196) aus somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.3). Die aktuelle Situation sei ihm nicht bekannt (Ziff. 2.8). Die bisherige Tätigkeit sei zu 100 % zumutbar (Ziff. 4.1).

#### **E. 4.10.1**

Die Gutachter der D.\_\_\_\_ stellten in ihrem am 11. Januar 2021 nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchung erstatteten Gutachten (Urk. 8/209) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 4.2): - chronische Beschwerden im Bereich des rechten oberen Sprunggelenks - Status nach Pilon

tibial -Fraktur am 1. Dezember 2013 im Rahmen eines Skisturzes - Status nach frustraner offener Reposition, adaptierender Kirschner draht-Fixation und Anlage eines transartikulären Fixateur externe am 1. Dezember 2013 - Status nach Entfernung des Fixateur externe, offener Reposition, Osteosynthese mittels winkelstabiler Platte und Auffüllung des Knochendefekts mit chronOs am 7. Dezember 2013 - Status nach Implantatversagen, konsekutiver Achsenfehlstellung und Fraktur der distalen Tibia - Status nach Entfernung des Osteosynthesematerials sowie des chronOs -Blocks, ausgedehntem Débridement im Frakturbereich, Anlage eines sprunggelenküberbrückenden Fixateur externe und Abstrichentnahme am 3. Juli 2014 - negative Bakteriologie - Status nach Entfernung des Fixateur externe, Entnahme eines kortikospongiösen Beckenspanns rechts und Plattenosteosynthese der distalen Tibia am 17. Juli 2014 - Status nach Narbenexzision und Entfernung des Osteosynthesematerials am 11. September 2015 - Status nach korrigierender distaler Tibiaosteotomie und Plattenosteosynthese unter Einsatz von Cerament -Füllungsmaterial am 25. November 2015 bei sekundärer Fehlstellung der Tibia - radiologisch konsolidierte Osteotomie mit vollständiger Integration des Knochenersatzmaterials - Status nach partieller Entfernung des Osteosynthesematerials am 14. Mai 2019 - im postoperativen Verlauf Wundheilungsstörung mit gemäss Akten ab 27.

August 2019 reizlosen Verhältnissen - klinisch kein höhergradiges funktionelles Defizit - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (IC-10 F33.00/F33.10) Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. 4.2): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - chronische Knieschmerzen rechts - Status nach Naht des rupturierten Ligamentum patellae und Drahtcerclage am 18. September 1996 - radiologisch beginnende femoropatelläre und mediale Degeneration (Röntgen vom 18. November 2020) - klinische Hinweise für Innenmeniskusläsion - chronische Hüftbeschwerden rechts - klinisch keine fassbare Läsion - anamnestisch Status nach vor Jahren operativ behandelte ligamentärer Läsion im Bereich des lateralen oberen Sprunggelenks sowie Ganglionentfernung am Fussrücken links - arterielle Hypertonie - mit medikamentöser Behandlung kompensiert - fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch

#### **E. 4.10.2**

Die internistische Begutachtung (S. 21-26 des Gutachtens) ergab keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 7.1).

#### **E. 4.10.3**

Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung führte der Beschwerdeführer aus, es gehe ihm in den letzten drei Wochen gerade etwas besser. Er habe aber nach wie vor Schlafstörungen und ein Gedankenkreisen. Sonst stehe er um 7, 8 oder 8 Uhr 30 auf, frühstücke, nehme Arzttermine wahr und erledige Haushaltarbeiten. Er schaue Fernsehen und treffe sich zum Teil mit Leuten. Wenn es ihm schlecht gehe, könne er auch ein paar Tage die dann verdunkelte Wohnung gar nicht verlassen, ausser für Arztbesuche. Während solcher Phasen habe er keine Struktur, er koche dann nicht und verzichte auch auf Alkohol. Er wohne in einer kleinen Wohnung, die er stets sauber halte. Die Zeit der Nachtruhe könne sich sehr verschieben bis in den Morgen hinein, wobei er dann auch mehrere Stunden schlafen könne. Er schaue dann mehrere Filme. Es sei ihm nie langweilig, er habe stets etwas zu tun. Er habe wenige Kontakte zu Bekannten, zu drei bis vier guten Leuten, von denen er auch besucht werde. Er gehe gerne an den See, man trinke Kaffee zusammen, wenn es ihm gut gehe. Er gehe regelmässig, drei bis vier Stunden in der Woche, ins Fitnesstraining und in die Sauna. Letztmals sei er 2018 mit einer Freundin mit dem Flugzeug verreist. Aktuell sei er alleine mit dem Auto zur Untersuchung nach I.\_\_\_\_\_

gefahren. Medikamente nehme er keine, auch nicht gegen die Schmerzen. Er wisse nicht, wie es weitergehen sollte (S. 29 f.). Dazu hielt der Gutachter fest, der Beschwerdeführer habe sehr viel geredet, auch aus seinen mehrseitigen handschriftlichen Aufzeichnungen abgelesen. Er habe dabei überhaupt nicht müde gewirkt, sondern vielmehr so, als ob er gerade noch einmal eine Stunde hätte reden können. Er habe dramatisierend gewirkt. Eine Verdeutlichungstendenz sei nicht ausgeschlossen, ein deutlich aggraviorisches Verhalten habe jedoch nicht bestanden (S. 30). Der Befund habe ergeben, dass der affektive Kontakt gut herstellbar gewesen sei. Die Stimmung sei leicht depressiv mit verminderter Freude bei durchaus erhaltenen Interessen. Der Beschwerdeführer habe Schlafstörungen in der Nacht und erhöhte Ermüdbarkeit am Tag angegeben, weiter eine Appetitstörung mit anamnestisch Fressattacken und wechselndem Gewichtsverlauf. Schuldgedanken hätten nicht bestanden, vielmehr seien Schuldzuweisungen geäussert worden. Hinweis auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst und Zwänge hätten nicht

bestanden. Es hätten bei der genauen Angabe von Lebensdaten Konzentrationsstörungen bestanden, die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien sonst intakt. Hinweise auf akute Suizidalität oder tätliche Aggressivität hätten nicht erhoben werden können, es seien aber anamnestisch passive Sterbewünsche und aggressive Gestimmtheit angegeben worden (S. 31 Ziff. 4.3). Die diagnostischen Kriterien einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode seien erfüllt, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, Schlafstörungen, erhöhte Ermüdbarkeit, Insuffizienzgedanken und Konzentrationsstörungen. Es bestehe diagnostisch auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, gekennzeichnet durch ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit der Überzeugung, nun gar nicht mehr arbeiten zu können, mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne, so dass eine psychische Überlagerung, die sich nicht nur mit einer Somatisierung im Rahmen der Depression erklären lasse, angenommen werden müsse. Die Störungen hätten sich ursprünglich unfallbedingt manifestiert, aber auch vor dem Hintergrund von psychosozialen Belastungsfaktoren mit schliesslich anhaltender Arbeitsunfähigkeit und finanzieller Abhängigkeit vom Sozialamt. Es lägen auch akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge vor, gekennzeichnet durch eine Überzeugung von sich selber mit eher wenig Empathie und einer Neigung zu Schuldzuweisungen. Es bestehe aber durchaus eine Introspektionsfähigkeit. Gegen eine Persönlichkeitsstörung spreche auch der Längsverlauf mit vor der Erkrankung doch wenig auffälligen Sozialisation und vor allem voller Leistungsfähigkeit. Ein ADHS sei nicht erwiesen, zudem beginne diese Störung typischerweise in der Kindheit. Für eine bipolare Störung fehlten ein Grössenwahn, eine gesteigerte Libido sowie die bei dieser Störung häufige familiäre Disposition. Die Arbeitsfähigkeit sei anhaltend eingeschränkt, es bestehe eine Vulnerabilität für eine depressive Verschlechterung, aber auch die komorbiden beiden Störungen, die sich als solche zwar nicht zusätzlich einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, beeinflussten den Verlauf negativ (S. 32 Ziff. 6.3). Nach den geltenden Leitlinien wäre eigentlich eine antidepressive Medikation zu empfehlen. Es könne aber kaum davon ausgegangen werden, dass unter einer optimierten Behandlung der Beschwerdeführer in absehbarer Zeit wieder einer Erwerbsarbeit nachgehen werde. Er habe keine Tätigkeit benennen können, mit der er sich identifizieren könnte. Es bestehe zudem ein chronischer Verlauf mit einer Schmerzproblematik. Die Prognose für die Wiederaufnahme einer Arbeit sei ungünstig (S. 33 Ziff. 7.2). Dr. E. \_\_\_ attestiere eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine schwere Depression bestehe aber nicht, da bei einer solchen Diagnose Tätigkeiten und Aktivitäten gar nicht mehr möglich seien. Dies sei beim Beschwerdeführer nicht der Fall, da er sich durchaus in seinem Leben betätige, auch wenn er keine Struktur durch eine sinngebende Arbeit habe (S. 33 Ziff. 7.3.3). Es bestünden Belastungen mit einer chronischen Schmerzproblematik, die sich bis heute trotz operativer Eingriffe nicht gebessert habe. So müsste sich der Beschwerdeführer eigentlich nach einer somatisch angepassten Arbeit umsehen. Er sei aber enttäuscht über den bisherigen Verlauf und könne sich eine Arbeit gar nicht mehr vorstellen. Er begründe dies nun auch mit psychischen Problemen vor allem mit Depressionen. Er werde darin auch von seinem behandelnden Psychiater gestützt, der eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiere. Der Beschwerdeführer habe zwei Berufsabschlüsse, habe mehrere Jahre im Beruf gearbeitet, bis er dann ursprünglich unfallbedingt arbeitsunfähig geblieben sei. Auch diese frühere Leistungsfähigkeit weise auf Ressourcen hin. Er betätige sich durchaus in seinem Leben, erledige seinen Haushalt

selbst, ordentlich, wie er angebe, betätige sich mehrmals pro Woche körperlich. Hingegen habe er keine partnerschaftliche Beziehung, die finanzielle Situation sei angespannt. Dies seien jedoch psychosoziale Faktoren, die keine Krankheitswert hätten. Das Aktivitätenniveau im beruflichen und privaten Bereich sei hier unterschiedlich, indem der Beschwerdeführer keiner Berufstätigkeit nachgehe, anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben geblieben sei, sich aber doch aktiv betätige. Seine Kontakt- und auch Verkehrsfähigkeit sei erhalten, auch Ferienreisen seien möglich. Dies spreche doch gegen eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit alleine aus psychiatrischer Sicht (S. 34 Ziff. 7.4). Aufgrund der durch die Depression bedingten erhöhten Ermüdbarkeit bestehe eine Leistungseinschränkung von 20 % infolge eines vermehrten Pausenbedarfs (S. 34 Ziff. 8.1.2). Im freien Arbeitsmarkt betrage die Arbeitsfähigkeit 80 % (S. 35 Ziff. 8.2.4). Auch gemittelt über den Verlauf könne eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden (S. 35 Ziff. 8.2.5).

#### **E. 4.10.4**

Gegenüber dem orthopädischen Gutachter führte der Beschwerdeführer aus, die eingenommenen Analgetika wirkten mit Ausnahme eines geringen Effektes von Novalgin gar nicht. Er nehme bedarfsweise Dafalgan und Novalgin ein (S. 38 oben). Er lebe alle in in einer Dachgeschosswohnung und müsse eine Leiter hoch klettern. Er nehme die haushaltlichen Verrichtungen und Einkäufe vollumfänglich selbst vor und steuere das Auto bis zu 140 km weit nach J. \_\_\_\_\_. Das Fahren gelinge gut und entspreche einer Meditation. Als Hobby nenne er die Pflege von Auto und Wohnung. Er verfolge unter anderem die Champions League und die Bundesliga. Er reise gerne, fahre spontan nachmittags von seinem Wohnort in die 750 km entfernte Provence. Er würde gerne nach Australien reisen (S. 38 Ziff. 3.2.4). Er habe mit Bestimmtheit festgestellt, im Moment nicht arbeiten zu können. Er könne weder stehen noch gehen. Es sei «vom Kopf her» keinerlei Berufsausübung vorstellbar (S. 39 Ziff. 3.2.6).

Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen liessen. Durchaus nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck nach Verletzung im Bereich des distalen rechten Unterschenkels beziehungsweise Sprunggelenkes samt langwierigem Verlauf, doch fehlten zum einen objektivierte höhergradige klinische Defizite, und zum andern berichtete der Beschwerdeführer über einen sehr aktiven Lebensstil mit zweimal wöchentlich durchgeführter Physiotherapie und viermaligem Besuch des Fitnessstudios, was angesichts der erheblichen Beschwielung der Hände, welche vom Einsatz der Hanteln her rühre, klar nachvollzogen werden könne. Er bewältige Haushalt und Einkäufe, fahre spontan Hunderte Kilometer mit dem Auto und laufe bis zu einer Stunde lang ohne Pause. Insgesamt sei auf rein orthopädischer Ebene vom Fehlen höhergradiger funktioneller Einschränkungen auszugehen (S. 44 Ziff. 7.3.1).

Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit könne aus somatischer Sicht festgehalten werden, dass am

28. Juli 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit ab dem 6. Juni 2016 attestiert worden sei. Ab 27. August 2019 sei über reizlose Verhältnisse nach Wundheilungsstörung berichtet worden. Dem könne gefolgt werden (S. 45 Ziff. 7.3.3). Seit der am 1. Dezember 2013 erlittenen Fussverletzung bestehe für körperlich mittelschwere und schwere, überwiegend stehende und gehende sowie mit der Einnahme von knienden oder kauern Positionen verbundene

Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer anamnestisch lange Jahre ausgeübt habe, eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich sehr leichte bis gelegentlich leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe aufgrund der heutigen Untersuchung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg bis gelegentlich 10 kg, das längere Stehen und Gehen, das häufige Überwinden von Treppen und unebenem Grund sowie die Einnahme der knienden und kauern Position sollten dabei vermieden werden (S. 45 Ziff. 8.1-8.2). Dies gelte ab dem 6. Juni 2016. Nach der am 14. Mai 2019 erfolgten Entfernung des Osteosynthesematerials sei wiederum eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten, spätestens aber ab dem 27. August 2019 eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für die genannten Verweistätigkeiten gegeben (S. 46 Ziff. 8.2.5).

#### **E. 4.10.5**

In ihrer Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, die Belastbarkeit des rechten Beines sei aus orthopädischer Sicht deutlich vermindert. Körperlich schwere Tätigkeiten und solche, welche vorwiegend gehend und stehend ausgeübt werden müssten, seien nicht mehr möglich. Die weiteren Diagnosen mit chronischen Knieschmerzen rechts, Beschwerden ohne klinisch fassbares Korrelat und einer vor Jahren erfolgten Operation am linken Sprunggelenk hätten keinen weiteren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestünden vorwiegend durch die depressive Symptomatik eine raschere Ermüdbarkeit und vermehrte Konzentrationsstörungen, weshalb die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bei jeglicher Erwerbstätigkeit leicht eingeschränkt sei. Die chronische Schmerzstörung habe keinen direkten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Sie erkläre aber Beschwerden, welche bei den somatischen Untersuchungen nicht hinreichend erklärt werden könnten (S. 8 f. Ziff. 4.3). In angepassten Tätigkeiten könne ab Juni 2016 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Von Mai bis August 2019 sei die Arbeitsfähigkeit aufgehoben gewesen. Seit September 2019 bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 10 Ziff. 4.7.5). Die Leistungseinschränkung auch für angepasste Tätigkeiten entstehe aus dem psychischen Leiden. Bei den Einschränkungen sei eine allfällige Kumulation der psychischen und somatischen Problematik durch einen sich ergebenden erschwerten Umgang mit den Beschwerden berücksichtigt (S. 10 Ziff. 4.8).

#### **E. 4.11**

Dr. E.\_\_\_\_ stellte mit Bericht vom 19. Januar 2021 (Urk. 8/210) wie bisher die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode (ICD-10 F33.2) - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) - sehr wahrscheinlich: emotional instabile Persönlichkeitsstörung: impulsiver Typ (ICD-10 F60.3) - Verdacht auf Binge-Eating- Disorder (ausgeprägte Störung des Essverhaltens; ICD-10 F50.81) Dr. E.\_\_\_\_ wiederholte die bisherigen Angaben (Ziff. 1.3 ff.) und hielt ergänzend fest, es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Ein Kontakt mit dem psychiatrischen D.\_\_\_\_

-

Gutachter habe nicht stattgefunden, so dass er davon ausgehe, dass dieser nicht über die Zustandsverschlechterung nach November 2020 informiert sei (Ziff. 7).

#### **E. 4.12**

Zu diesem Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ führten die Gutachter der D.\_\_\_\_ auf Anfrage der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/211) am 26. Februar 2021 (Urk. 8/213) aus, Dr. E.\_\_\_\_ weise mit der Z-Diagnose auf psychosoziale Faktoren hin, die medizinisch nicht begründet seien. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Begutachtung auf die Essattacken hingewiesen, die bei Depression im Rahmen von Impulsdurchbrüchen vorkommen könnten, wie dies der Beschwerdeführer bestätigt habe. Dies sei bei ihm seit dem 7. Lebensjahr bekannt. Weiter sei im Gutachten begründet worden, weshalb die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht gestellt werden könne. Am Gutachten könne vollumfänglich festgehalten werden (S. 1-2).

#### **E. 4.13**

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verwaltungsverfügungen beziehungsweise der Einspracheentscheide in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Jedoch sind Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses der Verwaltungsverfügung beziehungsweise des Einspracheentscheides zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b, 99 V 98 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_95/2017 vom 15. Mai 2017 E. 5.1 mit Hinweisen).

Diese Voraussetzungen sind für die im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte (Urk. 3/3-5) erfüllt, weshalb sie Berücksichtigung finden.

#### **E. 4.14**

Vom 2. bis 27. September 2021 befand sich der Beschwerdeführer in stationärer Rehabilitationsbehandlung in der Hochgebirgsklinik K.\_\_\_\_. Mit Austrittsbericht vom 1. Oktober 2021 (Urk. 3/3) wurden folgende Hauptdiagnosen gestellt (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F31.1) - emotional instabile Persönlichkeit vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) - Binge eating

Disorder (ICD-10 F50.81) Als somatische Diagnosen wurden genannt (S. 1): - aktuell akute Verschlechterung der bekannten Lumbago (Erstdiagnose Dezember 2020) - Ausstrahlung in das linke Bein mit Sensibilitätsstörungen und Taubheitsgefühl in Grosszehe und Fusssohle - bisher in regelmässiger chiropraktischer Behandlung - Status nach mehrfacher Fraktur des OSG rechts Der Beschwerdeführer sei früher als geplant ausgetreten, da seine somatischen Schmerzen immer stärker geworden seien (S. 1 unten). Zum allgemeinen psychischen Befund wurde festgehalten, es bestünden keine Hinweise auf eine Störung der Auffassung, Konzentration und Mnestik. Im formalen Denken würden Grübeln und Gedankenkreisen genannt. Es bestünden keine Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen, Zwänge oder Wahninhalte. Affektiv sei der Beschwerdeführer niedergestimmt bei guter Schwingungsfähigkeit. Insuffizienzgefühle seien bekannt. Der Antrieb und die Psychomotorik seien in der Gesprächssituation unauffällig. Durchschlafstörungen seien bekannt. Der Beschwerdeführer distanzieren sich klar und glaubhaft von suizidalen Handlungsabsichten (S. 3).

#### **E. 4.15**

Eine bildgebende Untersuchung vom 29. September 2021 (Urk. 3/5) ergab folgende Beurteilung: Frischer, ausgedehnter Massenprolaps von Diskusmaterial

Lendenwirbelkörper (LWK) 4/5 links paramedian mit präforaminaler Kompression von L4 links, rezessaler Kompression von L5 links sowie sehr wahrscheinlich der weiteren hier linksseitig verlaufenden Nervenwurzeln. Relative Spinalkanalstenose LWK 4/5 bei durch das Diskusmaterial lokal komprimiertem/verlagertem Duralsack.

#### **E. 4.16**

Am 2. Oktober 2021 fand eine operative Dekompression L4/5 mit Recessotomie und Sequestrektomie statt. Im Austrittsbericht vom 17. Oktober 2021 (Urk. 3/4) wurden eine Lumbalgie mit sensorischer-motorischer L4-Radikulopathie links bei Massenprolaps L4/5, eine Depression mit unklarer Erstdiagnose und eine arterielle Hypertonie diagnostiziert. Im Verlauf habe die präoperative Symptomatik rasch gebessert. Bei Austritt hätten keine motorischen Defizite bestanden. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes habe der Beschwerdeführer Suizidgedanken geäußert, so dass nach telefonischer Rücksprache mit seinem behandelnden Psychiater eine medikamentöse Therapie eingeleitet worden sei. Der Beschwerdeführer habe sich bei Austritt psychisch stabil gezeigt (S. 1). Er dürfe Gewichte bis 5 kg heben und beim Sitzen und Gehen (langsame Steigerung) bestehe keine Limite (S. 2).

#### **E. 5.1**

Das

D.\_\_\_\_

-

Gutachten erging unter Berücksichtigung sämtlicher für den Beweiswert einer medizinischen Expertise notwendiger Kriterien und enthält begründete und schlüssige Ergebnisse. Es erlaubt erstmals eine umfassende Prüfung aller Einschränkungen des Beschwerdeführers aus polydisziplinärer Sicht. Wie nachfolgend zu zeigen ist, liegen keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen würden, so dass darauf abgestellt werden kann (vgl. vorstehend E. 1.7).

#### **E. 5.2**

In somatischer Hinsicht ist durch die Akten ausgewiesen und unter den Parteien grundsätzlich unbestritten, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Chef de Service nicht mehr ausüben kann. Gemäss D.\_\_\_\_

-

Gutachten sind ihm körperlich schwere Tätigkeiten und solche, welche vorwiegend gehend und stehend ausgeübt werden müssen, nicht mehr zumutbar, dies aufgrund der deutlich verminderten Belastbarkeit des rechten Beines (vgl. vorstehend E. 4.10.5). Dazu ist festzuhalten, dass die nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung eingetretene Verschlechterung in Form der Rückenbeschwerden L4/5 vorübergehender Natur war, war doch die Operation erfolgreich und bestanden bei Klinikaustritt keine motorischen Defizite (vgl. vorstehend E. 4.16).

#### **E. 5.3**

Das Belastungsprofil für angepasste Tätigkeiten erlaubt gemäss orthopädischer Begutachtung solche, die körperlich sehr leicht bis gelegentlich leicht, immer wie der auch sitzend und in Wechselbelastung ausgeführt werden können. Das wie derholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg bis gelegentlich 10 kg, das längere Stehen und Gehen, das häufige Überwinden von Treppen und unebenem Grund sowie die Einnahme der knienden und kauern Positionen sollten dabei vermieden werden. Aufgrund der im Mai 2019 erfolgten Entfernung des Osteosynthesematerials bestand aufgrund einer Wundheilungsstörung vorübergehend bis Ende August 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch in angepassten Tätigkeiten (vgl. vorstehend E. 4.10.4). Auch hinsichtlich der später aufgetretenen Rückenbeschwerden

ist dem Beschwerdeführer - in Übereinstimmung mit der gutachterlichen Beurteilung - das Heben von Gewichten bis 5

kg zumutbar und es bestehen beim Sitzen und Gehen keine Einschränkungen (vgl. vorstehend E. 4.16).

Die Beurteilung der verbleibenden Fähigkeiten des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht werden insbesondere auch durch seine eigenen Angaben nachvollziehbar bestätigt. So ist er fähig, trotz der Einschränkungen des rechten Beines lange bis sehr lange Autofahrten (vgl. vorstehend E. 4.10.4) zu bewältigen. Auch bei Verwendung eines Fahrzeuges mit Automatikgetriebe und Tempomat muss es ihm damit möglich sein, das rechte Bein sicher einzusetzen, was insbesondere bei einer Vollbremsung relevant ist. Weiter führte er anlässlich der Begutachtung aus, er wohne im Dachgeschoss und müsse eine Leiter hochklettern, führe seinen Haushalt und tätige seine Einkäufe selbst und pflege Auto und Wohnung. Er laufe bis zu einer Stunde lang ohne Pause und gehe vier Mal pro Woche ins Fitnessstudio, wovon die von Hanteln herrührende Beschwierung der Hände zeugte. In Übereinstimmung damit hielt der orthopädische Gutachter fest, die beklagten Beschwerden könnten durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründet werden (vgl. vorstehend E. 4.10.4).

Somit sind dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht der gutachterlichen Einschätzung folgend angepasste Tätigkeiten zu 100 % zumutbar.

#### **E. 5.4**

Im Vordergrund stehen psychische Beschwerden. Diese wurden vom D.\_\_\_\_

Gutachter sorgfältig evaluiert und ergaben die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.00/F33.10), welche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.10.1). Diese Diagnosen wurden nachvollziehbar hergeleitet und werden durch die erhobenen Befunde und insbesondere die Angaben des Beschwerdeführers gestützt. So wies dieser darauf hin, es gehe ihm gerade etwas besser, auch wenn er nach wie vor Schlafstörungen und ein Gedankenkreisen habe. In schlechten Tagen könne er die Wohnung nicht verlassen, ausser für Arztbesuche. Er habe während solchen Tagen keine Struktur. Er könne aber ansonsten Arzttermine wahrnehmen, halte seine Wohnung stets sauber und gehe regelmässig, drei bis vier Stunden pro Woche, ins Fitnessstraining und in die Sauna. Es sei ihm nie langweilig, er habe Kontakte zu drei bis vier Leuten, von denen er besucht werde und die er auch besuche. Er fahre Auto und nehme keine Medikamente. Während dieser Begutachtung wirkte der Beschwerdeführer

nach Ansicht des Gutachters nicht müde, sondern vermochte seine Anliegen vorzubringen. Insgesamt erachtete der Gutachter die diagnostischen Kriterien einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode als erfüllt, gekennzeichnet durch eine depressive Verstimmung mit verminderter Freude, Schlafstörungen, erhöhter Ermüdbarkeit, Insuffizienzgedanken und Konzentrationsstörungen. Aufgrund der diagnosebedingten erhöhten Ermüdbarkeit und verminderten Konzentration attestierte der Gutachter eine Leistungseinschränkung von 20 % infolge des vermehrten Pausenbedarfes (vgl. vorstehend E. 4.10.3). Die diagnostische Herleitung und die sich ergebenden Funktionseinschränkungen sind somit - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 2.2) - nachvollziehbar begründet und werden insbesondere durch die tatsächlich gegebenen Fähigkeiten - inklusive denen gegenüber dem orthopädischen Gutachter G eschilderten - bestätigt.

### **E. 5.5**

Die weiteren vorhandenen psychiatrischen Berichte vermögen diese Beurteilung nicht zu entkräften. Insbesondere lassen sich die Fähigkeiten des Beschwerdeführers, selbst wenn es zwischenzeitlich zu Verschlechterungen kommen kann, in keiner Weise mit der durch Dr. E.\_\_\_\_ durchgehend gestellten Diagnose einer schweren Depression und Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.1, 4.3, 4.64.11) in Übereinstimmung bringen. Darauf wies auch der psychiatrische Gutachter hin. Es ist nicht auszuschliessen, dass Dr. E.\_\_\_\_ vom D.\_\_\_\_

-

Gutachten und den darin enthaltenen anamnestischen Angaben keine genügende Kenntnis hatte.

Und selbst eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist 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 (vgl. vorstehend E. 1.5). Diese Frage vermochte Dr. E.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar zu beantworten. Indem

Dr. E.\_\_\_\_ jeweils eine Z-Diagnose als ebenfalls die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Diagnose stellte, unterschied er zudem nicht genügend zwischen psychosozialen und eigenständigen krankheitswertigen Beeinträchtigungen, was nicht zu überzeugen vermag. Weiter enthalten seine Berichte zu wenige Angaben zu den Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 1.6). Es ist drauf hinzuweisen, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 55 1/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die

Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). Dies hat auch hier Gültigkeit.

Dr. F.\_\_\_\_

vermochte die Frage der Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit nicht zu beurteilen. Seine Berichte zeigen zudem ein nicht nachvollziehbares Verständnis der Notwendigkeit des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. vorstehend E. 4.2; E. 4.5).

### **E. 5.6**

Aufgrund der stationären Aufenthalte des Beschwerdeführers vom 4. bis 30. März 2019 (vgl. vorstehend E. 4.4), 24. Dezember 2019 bis 31. Januar 2020 (vgl. vorstehend E. 4.7) sowie vom 2. bis 27. September 2021 (vgl. vorstehend E. 4.14) bestand in diesen Zeiträumen

eine volle Arbeitsunfähigkeit, welche jedoch vorübergehender Natur war. Für die hier zu prüfende Frage der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepassten Tätigkeiten ist den entsprechenden Berichten zu wenig zu entnehmen, als dass darauf abgestellt werden könnte.

### **E. 5.7**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapie resistenz auszuschliessen sei (E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1).

Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

### **E. 5.8**

In Nachachtung dieser Grundsätze ist festzuhalten, dass gemäss Gutachten eine leichte depressive Störung ohne nennenswerte psychiatrische Komorbidität - die ebenfalls

diagnostizierte chronische Schmerzstörung wurde als nicht arbeitsfähigkeitsbeeinflussend klassiert - besteht. Eine schwere psychische Krankheit muss deshalb verneint werden. Aufgrund des Umstands, dass keine Medikation erfolgt, ist die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens zu hinterfragen. Jedoch ging der psychiatrische Gutachter davon aus, dass auch unter optimierter Behandlung keine Erwerbsarbeit aufgenommen werden würde, da der Beschwerdeführer sich nicht mit einer solchen identifizieren könne (vgl. vorstehend E. 4.10.3).

Damit ist im Gutachten die Kategorie «funktioneller Schweregrad» abgehandelt ; die Beeinträchtigung und Gesundheitsschädigung sind nicht als schwerwiegend zu betrachten. Es bestehen mit dem Ausbildungsniveau, den Aktivitäten und Fähigkeiten erhebliche Ressourcen und eine Persönlichkeitsstörung wurde im Gutachten verneint. Ausschlaggebend ist die Konsistenz, die vorliegend aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers nicht gegeben ist. Es liegt keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen vor. Zwar werden Behandlungen mit Ausnahme der Medikation wahrgenommen, eine Eingliederung erachtet der Beschwerdeführer jedoch trotz seiner umfangreichen Alltagsfähigkeiten nicht als möglich.

#### **E. 5.9**

Wie in BGE 145 V 361 dargelegt, ist in allen Fällen durch die Verwaltung beziehungsweise das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtensteil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), das heisst sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Der psychiatrische Sachverständige hat darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (E. 4.3; vgl. auch BGE 148 V 49 E. 6.2.1 mit Hinweis).

Diesen Anforderungen hat der psychiatrische Gutachter entsprochen, indem er nach Diskussion der Indikatoren (vgl. Urk. 8/209 S. 33 f.) aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs und der Konzentrationsminderung eine Leistungsminderung von 20 %, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepassten Tätigkeiten, attestierte.

#### **E. 5.10**

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gemäss

D.\_\_\_\_

-

Gutachten in der angestammten Tätigkeit seit Ende 2013 nicht mehr arbeitsfähig ist. In angepassten Tätigkeiten besteht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % seit Juni 2016. Vom 14. Mai 2019 bis maximal 27. August 2019 war die Arbeitsfähigkeit infolge der Entfernung des Osteosynthesematerials und der anschliessend aufgetretenen Wundheilungsstörung vorübergehend aufgehoben (vgl. vorstehend E. 4.10.5).

Der Sachverhalt wurde nach dem Gesagten genügend abgeklärt, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5) auf weitere Abklärungen verzichtet werden kann.

### **E. 6.1**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener 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 gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

### **E. 6.2**

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens 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. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Nachdem der Beschwerdeführer sich infolge einer ab Juni 2018 eingetretenen erneuten Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 8/141; Urk. 8/172/34 Ziff. 4) am 19. Juni 2018 bei der Beschwerdegegnerin anmeldete, lief das Wartejahr per Ende Mai 2019 ab. Die Beschwerdegegnerin ermittelte gestützt auf das vor dem 2013 erlittenen Unfall erzielte Einkommen für das Jahr 2019 ein hypothetisches Valideneinkommen in Höhe von Fr. 69'653.20 (Urk. 8/214; Urk. 2 S. 2). Dies wurde vom Beschwerdeführer nicht gerügt und ist nicht zu beanstanden.

### **E. 6.3**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur

Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn

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

Die Beschwerdegegnerin ermittelte ausgehend von den LSE ein hypothetisches Invalideneinkommen in Höhe von Fr. 68'105.50 beziehungsweise Fr. 54'484.40 in dem dem Beschwerdeführer zumutbaren Pensum von 80 % (Urk. 8/214; Urk. 2 S. 2). Auch dies wurde vom Beschwerdeführer nicht gerügt und ist nicht zu beanstanden.

Er verlangt jedoch einen leidensbedingten Abzug, da er nebst den psychischen Beschwerden auch unter erheblichen somatischen funktionellen Einschränkungen leide (Urk. 1 S. 10 Ziff. 32).

#### **E. 6.4**

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

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

### **E. 6.5**

Die Beschwerdegegnerin gewährte keinen Abzug, da die vorhandenen Einschränkungen bereits im Teilpensum berücksichtigt seien (Urk. 8/214/1). Dies steht in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. vorstehend E. 6.4). Für das Gericht besteht kein Anlass zur Korrektur.

### **E. 6.6**

Der Einkommensvergleich ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 15'168.80 und damit einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 21.7 % beziehungsweise gerundet (BGE 130 V 121) 22 %.

Aufgrund der nach Ablauf des Wartejahrs im Mai 2019 für knapp drei Monate noch bestehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit (vgl. vorstehende E. 5.10) hat der Beschwerdeführer jedoch Anspruch auf eine ganze Invalidenrente für die Monate Mai, Juni und Juli 2019. Denn bei einer länger als ein Jahr dauernden und weiterhin anhaltenden Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von ausreichender Ausprägung (in jenem Fall 50 %) ist die Anspruchsvoraussetzung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt. Mit dem Eintritt einer nunmehr vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch in jeder anderen Arbeit besteht ein Invaliditätsgrad von 100 %, womit die Voraussetzung nach Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG ebenfalls erfüllt ist.

In einer solchen Konstellation gelangt denn auch die Wartezeit gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV nicht zur Anwendung

(Urteil des Bundesgerichts 9C\_878/2017 vom 19. Februar 2018 E. 5.3).

### **E. 6.7**

Nach dem Gesagten hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Rente von Mai bis Juli 2019. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde.

### **E. 7.1**

Der Beschwerdeführer obsiegt lediglich in geringem Umfang, weshalb ihm die auf Fr. 6 00.-- anzusetzenden Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG vollumfänglich aufzuerlegen sind.

### **E. 7.2**

Aufgrund des geringen Obsiegens, das zudem aus Gründen erfolgt ist, zu denen sich der Beschwerdeführer nicht geäußert hatte, wird dem vertretenen Beschwerdeführer keine Prozessentschädigung zugesprochen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen,

dass in Abänderung der Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 27. September 2021 festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Rente für die Monate Mai, Juni und Juli 2019 hat.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

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

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

Dem Beschwerdeführer wird keine Prozessentschädigung zugesprochen. 4 .

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

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

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

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

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