

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00263 vom 8. März 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00263](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00263)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00263 du 8 mars 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00263 del 8 marzo 2023

## **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 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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend 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. 1.3.1**

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 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. 1.3.2**

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

### **E. 1.4**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

### **E. 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. 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). 2.

## 2.1

Der Argumentation der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung, wonach dem Beschwerdeführer gemäss Beurteilung im MEDAS-Gutachten vom 25. Februar 2021 eine leichte bis mittelschwere, behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei und er in einer Bürobeschäftigung ein ebenso hohes Einkommen erzielen könne wie in der bisherigen Tätigkeit ( Urk. 2), hielt der Beschwerdeführer beschwerdeweise entgegen, die behandelnden Ärzte hätten ihm durchgehend seit Juni 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert . Er habe deshalb, mit Ausnahme der Zeit, als IV-Taggelderleistungen erbracht worden seien, rückwirkend ab Juni 2017 Anspruch auf eine ganze Rente. Auf die im MEDAS-Gutachten attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit könne nicht abgestellt werden ( Urk. 1 S. 13) .

Die Gutachter hätten nämlich nicht schlüssig begründet, weshalb die von den Behandlern diagnostizierte rezidivierende depressive Störung mittelgradigen Ausmasses für sie nicht nachvollziehbar gewesen sei und selbst bei Annahme einer maximal mittelgradigen Störungssymptomatik keine dauerhafte volle Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne ( Urk. 1 S. 6).

Den Berichten der Oberpsychologin der Klinik A.\_\_\_\_

vom 12. März 2020 und 21. Juni 2021 sei zu entnehmen, dass damals eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe bei ungünstiger Prognose. Für eine zwischenzeitliche Besserung dieses Zustandes bestünden in den Akten keinerlei Anhaltspunkte ( Urk. 1 S. 10). Vielmehr habe die neu behandelnde Psychiaterin Dr. med. B.\_\_\_\_

am 14. April 2022, zeitnah zum Erlass der angefochtenen Verfügung,

neu eine schwere depressive Episode diagnostiziert und ihm eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert ( Urk. 1 S. 10 f.). Auch die vom neurologischen Gutachter aufgrund seiner Beobachtungen während der Untersuchung geäusserten Zweifel an der Müdigkeit und Ermüdbarkeit überzeugten nicht. Denn im Gutachten werde einerseits angegeben, die Untersuchung habe 3 Stunden und 50 Minuten gedauert, andererseits, die Untersuchungsdauer habe lediglich 2 Stunden betragen, was widersprüchlich sei ( Urk. 1 S. 7). Zudem seien anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung, welche 3 Stunden 10 Minuten gedauert habe, durchaus im Verlauf stärker werdende Ermüdungszeichen und ein Schmerzverhalten beobachtet worden . Im entsprechenden Teilgutachten sei ferner darauf hingewiesen worden, dass eine reduzierte kognitive Belastbarkeit nicht ausgeschlossen werden könne, wobei dazu wegen angeblich «invaliden Resultate» nicht

abschliessend Stellung genommen werden könne ( Urk. 1 S. 7 f.). Auf die Expertise könne auch deshalb nicht abgestellt werden, weil sich die Gutachter mit den

zahlreichen zur Begutachtung mitgebrachten, damals grösstenteils sehr aktuellen Berichten nicht auseinandergesetzt hätten ( Urk. 1 S. 10) . Aus dem MRI-Befund der Universitätsklinik C.\_\_\_\_

vom 23. September 2020 und dem Bericht des Rheumatologen Dr. med. D.\_\_\_\_

vom 16. November 2020

ergäbe sich, dass eine entzündliche Spondylarthropathie bei bekannter Colitis ulcerosa, Diskusdegenerationen zervikal, thorakal und lumbal sowie Hüft- und Daumenschmerzen bestünden. Angesichts dieser Beeinträchtigungen hätte auch eine rheumatologische Begutachtung durchgeführt werden müssen ( Urk. 1 S. 8 f. ) . Vor dem Hintergrund dieser Entzündungsaktivitäten könne die Feststellung der Gutachter, dass hinsichtlich der gastroenterologischen Gesundheitsstörungen mindestens zum Zeitpunkt der Begutachtung eine gute klinische und laborchemische Stabilität zu bestehen scheine, nicht geteilt werden, zumal die Gutachter ihre Behauptung, dass nur in Zeiten entzündlicher Aktivität vorübergehend eine leichte, nicht über 20 % hinausgehende Einschränkung bestehe, nicht näher begründet hätten ( Urk. 1 S. 9). Bereits der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stelle (RAD) habe am 8. April 2020 festgestellt, dass sich die Symptome der Depression und der Colitis ulcerosa überlappen würden und letztere Erkrankung die Behandlung der Depression erschweren würde .

Da ss am 2. Dezember 2021 eine weitere Kolonoskopie zur Klärung der Frage nach einer mukosalen Heilung erfolgt sei , bedeute, dass entgegen den Gutachtern zuletzt noch keine mukosale Heilung stattgefunden und auch im Zusammenhang mit der Colitis ulcerosa von einer Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden müsse ( Urk. 1 S. 11) .

Selbst wenn im Übrigen von einer Restarbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ausgegangen werde , könne der Leistungsanspruch nicht ohne die Durchführung eines Einkommensvergleichs abgelehnt werden. Dass er in einer Bürotätigkeit ein ebenso hohes Jahreseinkommen erzielen könne wie in seiner bisherigen Tätigkeit sei offensichtlich falsch, weil er nie im Büro gearbeitet habe und deshalb – trotz der berufsbegleitend erlangten Bürofach- beziehungsweise Handelsdiplome - über keine entsprechenden Berufskennnisse verfüge ( Urk. 1 S. 12) . Bei der Bestimmung des Invalideneinkommens müsse auf Tabellenlöhne abgestellt und ein Leidensabzug berücksichtigt werden .

Bei der Festsetzung des Valideneinkommens sei zu beachten, dass er vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit neben seiner Hauptbeschäftigung bei der Y.\_\_\_\_ AG zwei bezahlten Nebenbeschäftigungen (am Flughafen und als Securitas ) nachgegangen sei ( Urk. 1 S. 12) . 2.2

In ihrer Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2022 hielt die IV-Stelle ergänzend fest, gemäss Stellungnahmen des RAD-Arztes Dr. med. E.\_\_\_\_

vom 10. Januar und 7. März 2022 vermöchten die nach der Gutachtenserstattung eingegangenen ärztlichen Berichte die gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht zu erschüttern. Zutreffend sei hingegen, dass zur Ermittlung des Invaliditätsgrades ein Einkommensvergleich durchgeführt werden müsse. Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto habe der Beschwerdeführer im Jahr vor Eintritt des Gesundheitsschadens ein Einkommen

von Fr. 82'671. -- erzielt. Angepasst an die Nominal lohnentwicklung resultiere im Jahr 2017 ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 83'001.6 8. Hinsichtlich des Invalideneinkommens rechtfertige es sich, von einem Monatslohn von Fr. 5'417.-- gemäss Tabelle TA1 der LSE 2018, Kompetenzniveau 1, Zeile Total ,

auszugehen. Bei einer wöchentlichen Anzahl von 41.7 Stunden und angepasst an die Nominallohnentwicklung resultiere ein Jahreslohn von Fr. 68'037.7 3. Daraus resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 17 % . Dabei sei zu Gunsten des Beschwerdeführers das Valideneinkommen auf Basis des zuletzt erzielten Einkommens ermittelt worden, ohne den starken Einkommensschwankungen in den letzten Jahren Rechnung zu tragen, und das Invalideneinkommen ausgehend von den Tabellenlöhnen für das Kompetenzniveau 1, obwohl angesichts der absolvierten Zusatzausbildungen auch das höhere Kompetenzniveau 2 hätte herangezogen werden können ( Urk. 6 S. 2 f.).

Dem entgegnete der Beschwerdeführer mit Replik vom 2 7. Juli 2022 ,

gemäss dem Histologienachbericht vom 9. Dezember 2021 habe nach wie vor keine mukosale Heilung stattgefunden ( Urk.

#### **E. 7**

)

bei der Y.\_\_\_\_

AG. Diese meldete ihn am 7. September 2016 wegen einer seit dem 2 7. Juni 2016 anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit bei der Invalidenversicherung zur Früherfassung an ( Urk. 7/3). Das Früh erfassungsgespräch ergab, dass wegen einer chronisch-entzündlichen Darmer krankung und einer massiven Schlafstörung eine ordentliche Anmeldung zum Leistungsbezug erforderlich sei ( Urk. 7/9) . Diese erfolgte am 2 8. Oktober 2016 ( Urk. 7/11) .

In der Folge gewährte die IV-Stelle dem Versicherten ab 2 1. Novem ber 2016 berufliche Eingliederungsmassnahmen ( Urk. 7/107/1)

in Form von Arbeitsvermittlung ( Urk. 7/27, Urk. 7/34) ,

einem Belastbarkeits- ( Urk. 7/54) , Aufbau- ( Urk. 7/67) und Arbeitstraining

( Urk. 7/88)

sowie Job Coaching ( Urk. 7/99)

mit begleitenden Taggeldern vom 2 6. Februar 2018 bis 2 6. Februar 201

#### **E. 9**

( Urk. 7/58, Urk. 7/69, Urk. 7/ 90) . Nach einer Verschlechterung des gesund heitlichen Befindens , welche sowohl beim Versicherten wie bei der IV-Stelle zur Einschätzung führte, dass eine Eingliederung in absehbarer Zeit nicht möglich sei, wurden die Eingliederungsmassnahmen am 2 6. Juni 2019 beendet ( Urk. 7/107/1 -2 , Urk. 7/108).

#### **E. 11**

S. 3 f.) - nicht unter allen Umständen auf der Durchführung eines Einkommensvergleichs beharrte, musste die IV-Stelle auch nicht begründen, weshalb sie auf einen solchen verzichtet hatte. Sie durfte sich auf die für ihren Entscheid wesentlichen Punkte

beschränken. Im Übrigen würde eine bloss unzutreffende

Begründung – falls angenommen wird, dass die IV-Stelle eigentlich von Anfang an einen Einkommensvergleich hätte durchführen müssen – für sich allein noch keine Verletzung der Begründungspflicht darstellen. Aufgrund dieser Überlegungen kann der IV-Stelle keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör vorgeworfen werden. Im Übrigen konnte sich der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren vor dem mit voller Kognition entscheidenden Gericht zum Einkommensvergleich äussern, so dass selbst ein allfälliger Verfahrensmangel aus prozessökonomischen Gründen als geheilt zu gelten hat. In diesem Punkt ist die Beschwerde abzuweisen. 4.4.1

Das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ vom 25. Februar 2021 basiert auf Abklärungen in den Disziplinen

Neurologie (Untersuchung vom 25. August 2020), allgemeine und innere Medizin (Untersuchung vom 10. September 2020), Neuropsychologie

(Untersuchung vom 21. September 2020), Psychiatrie (Untersuchung vom 8. Dezember 2020) sowie der durchgeführten Zusatzdiagnostik (pneumologische Polygrafie, Urk. 7/158/2, Urk. 7/127-138).

In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Urk. 7/158/9) hielten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer habe sich Ende Oktober 2016 wegen einer ab dem 27. Juni 2016 bestehenden Arbeitsunfähigkeit bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet. Damals sei ihm eine Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus im Sinne eines Schichtarbeitersyndroms bescheinigt worden. Rückblickend betrachtet hätten aber bereits damals nebst der hohen Arbeitsbelastung durch die Haupttätigkeit und zwei Nebenjobs von insgesamt etwa 130-140 % eines Vollzeitpensums (vgl. Urk. 7/158/6-7) familiäre Belastungen bestanden, welche ein Jahr später zur Trennung von der Ehefrau und letztlich zur Scheidung geführt hätten. Obgleich in der Folge einerseits die Nachtschichttätigkeit nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses und andererseits die private Belastungssituation nach der Trennung weggefallen seien, sei psychiatrischerseits die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis dato verlängert worden. Die als mittelgradige und später teilweise als leichte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung klassifizierte Symptomatik könne heute nicht mehr nachvollzogen werden (Urk. 7/158/9). Ein eigenständiges depressives Bild habe im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung nicht festgestellt werden können (Urk. 7/158/8, Urk. 7/158/171-172); bei der neurologischen Begutachtung sei gar keine affektive Störungssymptomatik erkennbar gewesen (Urk. 7/158/118-119). Die Symptomatik könne diagnostisch lediglich als Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) sowie als Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) gewertet werden (Urk. 7/158/8-10, Urk. 7/158/172-173). Und selbst bei Annahme einer maximal mittelgradigen depressiven Störungssymptomatik könnte keine so dauerhafte vollständige Arbeitsunfähigkeit begründet werden. In dieser Hinsicht müsse auch auf die im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung festgestellten Inkonsistenzen hingewiesen werden, welche neuropsychologisch als nicht-authentische multiple kognitive Einschränkungen bei Leistungsverzerrung unbekannter Ursache kategorisiert worden seien und aus psychiatrischer Sicht die Kriterien einer Aggravation erfüllten (Urk. 7/158/9-10, Urk. 7/162-164).

Ähnlich inkonsistent erscheine die Angabe des Beschwerdeführers, dass seine Müdigkeit anlässlich der Integrationsmassnahme im Jahr 2018 keine Steigerung des Pensums über 50 % zu gelassen habe. Mindestens aktuell könne keine solche Müdigkeit oder Ermüdbarkeit objektiviert werden. Im Rahmen der neurologischen Begutachtung,

die nach fast zweistündiger Anreise immerhin fast vier Stunden bis abends um 19:10 Uhr gedauert habe, sei der Befund in dieser Hinsicht unauffällig gewesen. Mit dem schon 2013 diagnostizierten Schlafapnoe-Syndrom liege eine zusätzliche mögliche Ursache für die subjektive Müdigkeit vor. Dieses sei aber ausweislich der aktuellen ambulanten Polysomnografie nur leicht bis mittelgradig und deutlich lageabhängig. Entsprechend könne durch erzwungene Seitenlage, ähnlich wie auch schon 2013 empfohlen, eine deutliche Verbesserung der Symptomatik erzielt werden. Deshalb sei nicht anzunehmen, dass dieses zu einer arbeitsrelevanten Müdigkeit führe, ausser bei sehr monotonen Tätigkeiten. Gegen eine wesentliche Müdigkeit sprächen im Übrigen etwa auch die Möglichkeit einer Autofahrt bis nach Südfrankreich, sogar in Zeiten einer damals noch höheren entzündlichen Darmaktivität. Gleichwohl sollten aufgrund des in der Vergangenheit aufgetretenen Schichtarbeitersyndroms weiterhin Schicht- und insbesondere Nachtschichttätigkeiten vermieden werden ( Urk. 7/158/9, Urk. 7/158/12 2 -12 3 ).

Weiter bestehe eine Colitis ulcerosa. Hinsichtlich der gastroenterologischen Gesundheitsstörungen sei es in der Vergangenheit wiederholt zu Entzündungsaktivitäten gekommen, was auch wiederholt zu Therapiewechseln geführt habe. Mindestens seit Mai/Juni 2020 scheine eine gute klinische und laborchemische Stabilität zu bestehen; die entsprechenden Beeinträchtigungen würden vom Beschwerdeführer gegenwärtig als gering beschrieben, so dass mit dieser Diagnose keine höhere Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne

( Urk. 7/158/10 -11, Urk. 7/158/152-153 ). Während in der Vergangenheit keine extragastrointestinale Symptomatik der Colitis attestiert worden sei, ergäben sich nun aus dem Ganzkörper-MRI-Befund vom September 2020 Verdachtsmomente für das Vorliegen einer leichten entzündlichen Spondylarthropathie bei der Colitis ulcerosa. Jedoch habe der im Rahmen der neurologischen Begutachtung erhobene muskuloskeletale Status keine wesentlichen funktionalen Beeinträchtigungen ergeben, so dass von verhältnismässig geringen Beschwerden auszugehen sei. Deshalb sei auf eine zusätzliche orthopädische Begutachtung verzichtet worden

( Urk. 7/158/8, Urk. 7/158/10, Urk. 7/158/123-124 ).

Im Zusammenhang mit der Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter abschliessend fest, Hinweise für eine relevante Störung der Persönlichkeitsentwicklung fehlten. Nebst den neuropsychologisch erhobenen Inkonsistenzen habe auch der vom neurologischen Gutachter durchgeführte REY-Memory-Test auffällige Resultate ergeben. Dieses Verhalten erfülle aus psychiatrischer Sicht die Kriterien einer Aggravation. Die sehr gute soziale Partizipation stehe ebenfalls im Widerspruch zu der vom Beschwerdeführer subjektiv angegebenen hohen Einschränkung seiner Leistungsfähigkeit auf beruflicher Ebene ( Urk. 7/158/11 ). Aus interdisziplinärer Sicht sei eine Nachtschichttätigkeit wie die ehemals bis 2016 ausgeübte Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Andere leidensangepasste Tätigkeiten seien dagegen grundsätzlich im Vollzeitpensum ohne Leistungsminderung zumutbar. Aufgrund der funktionellen Auswirkungen der Befunde seien nur leichte bis mittelschwere, nicht rückenbelastende

Tätigkeiten zumutbar. Wegen der Darmerkrankung müsse eine Toilette in der Nähe erreichbar sein. Die regulären Pausen müssten auch für kurze Power- Naps eingesetzt werden können, und sehr monotone Tätigkeiten und übermässig hohe Stressbelastung sollten vermieden werden

( Urk. 7/158/10-12). Auch retrospektiv erscheine weder aus psychiatrischer noch aus neurologischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer solchen adaptierten Tätigkeit als plausibel belegbar. Wegen entzündlichen Phasen der Colitis ulcerosa seien retrospektiv lediglich vorübergehende Phasen mit einer leichten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche 20 % nicht überschreite, plausibel. Angesichts der erkennbaren Tendenzen zu aggraviorischer negativer Antwortverzerrung könne eine allfällige stärkere Beeinträchtigung in der Vergangenheit nicht hinreichend plausibel belegt werden. Unter der gegenwärtigen Behandlung bestehe diesbezüglich klinisch und laborchemisch eine Remission ( Urk. 7/158/11-12, Urk. 7/158/ 152-153). 4 .2

#### 4 .2.1

Das Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_

erging in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten , und zwar, entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ( Urk. 1 S. 10) , auch mit den von ihm zur Begutachtung mitgebrachten neuen medizinischen Unterlagen .

Diese wurden im Gutachten einzeln aufgelistet ( Urk. 7/158/45-46) , wie die übrigen Akten in zusammengefasster Form aufgeführt ( Urk. 7/158/14-45) und der IV-Stelle als

Beilage zum Gutachten

übergeben ( Urk. 7/158/47-107). Insbesondere der vom Beschwerdeführer erwähnte ( Urk. 1 S. 8 f.) MRI-Befund der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 23. September 2020 ( Urk. 7/158/102-103) und der Bericht des Rheumatologen Dr. D.\_\_\_\_ vom 16. November 2020 ( Urk. 7 /158/ 104-107) , aber auch weitere nachträglich eingereichte Berichte aus dem Jahr 2020,

wurden bei der Würdigung der muskuloskelettalen Beschwerden eingehend diskutiert (vgl. etwa Urk. 7/158/ 4, Urk. 7/158/6, Urk. 7/158/8, Urk. 7/158/10 , Urk. 7/158/123-124 ). Vor diesem Hintergrund fehlen Anhaltspunkte dafür, dass die Gutachter nicht sämtliche relevanten medizinischen Vorakten berücksichtigt hätten. 4 . 2.2

Die Kritik, die Gutachter hätten im Abschnitt mit den Diagnosen keine Diagnose erwähnt, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, obgleich sie die angestammte Nachtschichttätigkeit als nicht mehr zumutbar bezeichnet hätten ( Urk. 1 S. 6), ist ebenfalls nicht geeignet, die Beweiskraft der gutachterlichen Schlussfolgerungen in Zweifel zu ziehen. Denn aus der übrigen interdisziplinären versicherungsmedizinischen Würdigung geht zweifelsfrei hervor, welche Einschränkungen sich in negativer Weise auf die Arbeitsfähigkeit auswirken ( Urk. 7/158/7-12). 4 . 2.3

Dem neurologischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer erläuterte , die Müdigkeit sei mitursächlich gewesen, dass er sein Arbeitspensum im Rahmen des Arbeitstrainings Ende 2018 nicht über 50 % erhöhen könne ( Urk. 7/158/111, Urk. 7/158/116, Urk. 7/158/123). Im Rahmen der Begutachtung liess sich ein lageabhängiges, mittelgradiges Schlafapnoesyndrom polysomnographisch nachweisen , wo mit einer erhöhten Müdigkeit grundsätzlich erklärt werden könnte ( Urk. 7/158/120-121) . Aufgrund des

Fehlens sicherer Ermüdungszeichen während der anstrengenden und langen Untersuchung schloss der neurologische Sachverständige aber, dass beim Beschwerdeführer effektiv keine die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkende Müdigkeit vorliege ( Urk. 7/158/119, Urk. 7/158/123).

Zwar trifft der Einwand des Beschwerdeführers zu, dass die Expertise widersprüchliche Angaben zur Dauer der neurologischen Untersuchung enthält ( Urk. 1 S. 7): Sowohl in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung als auch im neurologischen Teilgutachten wurde in den einleitenden Bemerkungen zur Gutachtensabwicklung festgehalten, die Anamneseerhebung und neurologische Untersuchung habe am 25. August 2020 von 15.30 bis 17.30 Uhr gedauert ( Urk. 7/158/2, Urk. 7/158/108) . Demgegenüber wurde an mehreren Stellen im Gutachten, insbesondere auch beim neurologischen Untersuchungsbefund, angegeben, die Begutachtung habe fast vier Stunden bis 19.10 gedauert ( Urk. 7/158/7 , Urk. 7/158/9, Urk. 7/158/118, Urk. 7/158/119). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers besteht kein Grund zur Annahme, dass die letztgenannten - offensichtlich in einem späteren Bearbeitungsstadium des Gutachtens festgehaltenen - Angaben zur Dauer der Begutachtung unzutreffend seien. Daraus folgt aber auch, dass der vom neurologischen Sachverständigen erhobene, den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers widersprechende Befund einer geringen Müdigkeit nicht anzuzweifeln ist, zumal auch der psychiatrische Gutachter dieselbe Beobachtung machte ( Urk. 7/158/173 ).

Der Beschwerdeführer weist zu Recht darauf hin, dass

der begutachtende Neuropsychologe im Verlauf der Untersuchung stärker werdende Ermüdungszeichen

erhob ( Urk. 7/158/160-162), aufgrund derer er eine reduzierte kognitive Belastbarkeit nicht ausschließen konnte ( Urk. 7/158/164). Dieser von den Beobachtungen der neurologischen und psychiatrischen Sachverständigen abweichende Befund wird fraglos

auch mit den während 3 Stunden und 10 Minuten durchgeführten, psychisch anstrengenden Tests zusammenhängen. Jedenfalls stellte der Neuropsychologe auch eine bewusste oder unbewusste Leistungsverzerrung fest, weswegen kein gültiges Testprofil vorlag und er das tatsächliche Leistungsniveau nicht ermitteln konnte. Deshalb diagnostizierte er lediglich nicht authentische kognitive Einschränkungen ( Urk. 7/158/162).

Von Bedeutung ist auch der Hinweis des neurologischen Sachverständigen, dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben relativ problemlos mit dem Auto bis nach Südfrankreich fahren konnte ( Urk. 7/158/118), was mit einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Vigilanz und des Wachheitsgrades nicht vereinbar wäre ( Urk. 7/158/123). Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Gutachter aus interdisziplinärer Sicht davon ausgingen, objektiv betrachtet liege keine die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränkende Müdigkeit vor ( Urk. 7/158/9). Immerhin anerkannten sie, dass der Beschwerdeführer möglicherweise auf gelegentliche kurze Power-Naps während Pausen angewiesen sei, und muteten ihm keine hochgradig monotonen Tätigkeiten zu ( Urk. 7/158/10-11). 4 . 2.4

Wie bereits in Erwägung 4.2.1 dargelegt, wurden die mit dem MRI-Befund der Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom 23. September 2020 und dem Bericht des Rheumatologen Dr. D.\_\_\_\_ vom 16. November 2020

dokumentierten degenerativen und entzündlichen Veränderungen (diverse leichte degenerative Veränderungen der Wirbelsäule sowie Anhaltspunkte für eine entzündliche Spondylarthropathie) von den Gutachtern berücksichtigt (vgl. etwa Urk. 7/158/121, Urk. 7/158/124). Der neurologische Gutachter konnte trotz der Angabe von Rücken- und Hüftbeschwerden klinisch bloss eine leichte Klopfempfindlichkeit in den unteren Segmenten der Lendenwirbelsäule, nicht aber sensomotorische Defizite oder erhebliche Bewegungseinschränkungen erheben. Deshalb

schloss er, dass die Beschwerden trotz der - als leichtgradig einzustufenden

- bildgebenden Befunde vergleichsweise gering ausgeprägt seien. Sie führten zu einer leicht verminderten Rückenbelastbarkeit, so dass dem Beschwerdeführer nur noch leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten zumutbar seien (Urk. 7/158/123-124). Bei den Befunden hielt der neurologische Gutachter zudem fest, der Beschwerdeführer habe eine Druckempfindlichkeit über dem Daumen mittelgelenk links angegeben. Dieses sei aber weder verformt noch in der Bewegung eingeschränkt gewesen (Urk. 7/158/120). Angesichts dieses Befunds leuchtet ohne Weiteres ein, dass der neurologische Gutachter den Daumenbeschwerden keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass (Urk. 7/158/124).

Seine diesbezüglichen Ausführungen schloss der neurologische Sachverständige mit der nachvollziehbaren Bemerkung ab, aufgrund der geringen funktionalen Ausprägung der muskuloskelettalen Beschwerden sei auf eine zusätzliche orthopädische Begutachtung verzichtet worden (Urk. 7/158/124; vgl. auch Urk. 7/158/8).

Entgegen dem Beschwerdeführer, der für seine Sichtweise keine Stellungnahme einer ärztlichen Fachperson namhaft machen kann

(Urk. 1 S. 8 f.), ist deshalb nicht ausgewiesen, dass seine muskuloskelettalen Beeinträchtigungen einer zusätzlichen rheumatologischen Begutachtung bedürfen.

Zwar äusserte sich der neurologische Gutachter nur zur fehlenden Notwendigkeit einer orthopädischen Zusatzuntersuchung. Da Schmerzen des Bewegungsapparates sowohl Gegenstand der Orthopädie als auch der Rheumatologie bilden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_644/2015 vom 3. Mai 2016 E. 3.4 mit Hinweisen), kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass er auch den Bezug eine s

rheumatologische n

Facharztes als unnötig erachtete.

Angesichts der erhobenen geringfügigen Einschränkungen überzeugt auch die Beurteilung des Neurologen, dass höchstens eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf leichte bis höchstens mittelschwere Tätigkeiten besteht. Auch der behandelnde Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, erachtete gemäss Bericht vom 30. November 2021 eine leidensangepasste Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht als grundsätzlich zumutbar und wies darauf hin, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit spielten andere Faktoren eine wesentliche Rolle (Urk. 7/197/3; vgl. auch Urk. 7/210/4). Es liegt folglich kein Grund vor, hinsichtlich der muskuloskelettalen Beeinträchtigungen nicht auf die Einschätzung im MEDAS-Gutachten abzustellen;

dauf wies auch der RAD-Versicherungsmediziner Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, in seiner Stellungnahme vom 10. Januar 2022 zu Recht hin (Urk.

7/210/4-5). 4 . 2. 5

Hinsichtlich der Colitis ulcerosa anerkannten die Gutachter, dass es in der Vergangenheit wiederholt im Rahmen von Schüben zu Entzündungsaktivitäten kam . Mindestens seit Mai/Juni 2020 schein e aber eine gute klinische und labor chemische Stabilität zu bestehen , womit die vom Beschwerdeführer beschriebenen geringgradigen Beeinträchtigungen korrelierten ( Urk. 7/158/10-11, Urk. 7/158/146-147, Urk. 7/158/152-153) . Der internistische Gutachter hielt fest, aus allgemein-internistischer Sicht bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ( Urk. 7/158/153). Während Colitis-Schüben mit einer hohen Durchfall-Häufigkeit komme es zu einer zusätzlichen Reduktion der beruflichen Leistungsfähigkeit, weil das WC aufgesucht werden müsse und es an einzelnen Arbeitstagen zu Arbeitsausfällen komme. Die Leistungseinschränkung sei - wie auch die Behandler festgestellt hätten – schwierig zu beziffern ( Urk. 7/158/152) . Sie belaufe sich während Schüben auf gesch ä tzt maximal 20 %

( Urk. 7/158/152 -153 ) . Auch retrospektiv massen die Gutachter der Colitis ulcerosa aus interdisziplinärer Sicht keine höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei, wobei sie einschränkend bemerkten, eine allfällige höhere Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit lasse sich angesichts der erkennbaren Tendenzen zu aggravatorisch negativer Leistungsverzerrung nicht mit hinreichender Plausibilität belegen ( Urk. 7/158/10-11 , Urk. 7/158/153 ) .

Die Behauptung des Beschwerdeführers, die Gutachter hätten die auf die Colitis ulcerosa zurückzuführende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht näher begründet ( Urk. 1 S. 9), wird durch die vorstehend wiedergegebenen Ausführungen widerlegt. Die auf 20 % bezifferte Einschränkung während Colitis-Schüben wurde von den Sachverständigen mit konkreten Einschränkungen begründet. Der Beschwerdeführer legt nicht dar, weshalb und inwiefern eine höhere Leistungseinschränkung besteht und den medizinischen Akten ist auch nichts Entsprechendes zu entnehmen .

Es

besteht folglich kein Grund, von der Einschätzung im H.\_\_\_\_-Gutachten abzuweichen.

Am 25. November 2021 bestätigte Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_ , Chefarzt der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin des Spitals J.\_\_\_\_ , eine weitgehende Remission der Colitis ulcerosa unter der medikamentösen Therapie , und er empfahl eine endoskopische Re-Evaluation mit der Frage nach mukosaler Heilung ( Heilung der Schleimhaut; Urk. 7/209/4 ; vgl. auch Urk. 7/2010/5-6 ). Die am 2. Dezember 2021 durchgeführte Ileo - Kolonoskopie ergab keine Hinweise auf aktiv-entzündliche Veränderungen ( Urk. 3/5). Dem Histologienachbericht vom 9. Dezember 2021 über die histologischen Befunde der Untersuchung vom 2. Dezember 2021 ist zu entnehmen, dass einzig linkskolisch weiterhin geringe Zeichen aktiver Entzündung bestanden hätten, womit keine komplette mukosale Heilung stattgefunden habe ( Urk. 10). Auch diese nachträglich eingereichten Arztberichte führen zu keinem anderen Ergebnis: Denn es folgt daraus, dass nur noch geringe Entzündungszeichen bestehen und sich die Colitis ulcerosa seit der Begutachtung jedenfalls nicht verschlechtert hat. Die Arbeitsfähigkeitseinschätzung der MEDAS -Gutachter umfasst im Übrigen auch zukünftig mögliche neue Colitis-Schübe mit stärkerer Entzündungsaktivität ( Urk. 7/158/10) . 4 . 2. 6

In psychischer Hinsicht konnten die MEDAS -Gutachter beim Beschwerdeführer kaum auffällige Befunde erheben, wobei dies nicht nur den psychiatrischen ( Urk. 7/158/171-172) und neuropsychologischen Experten ( Urk. 7/158/160), sondern auch den neurologischen ( Urk. 7/158/118-119) und internistischen Sachverständigen auffiel ( Urk. 7/158/150). Hingegen ergaben die in der neurologischen und neuropsychologischen Untersuchung durchgeführten Symptom validierungsverfahren auffällige Ergebnisse, die von den Gutachtern aus interdisziplinärer Sicht

mit einer bewusstseinsnahen Aggravation begründet wurden ( Urk. 7/158/9, Urk. 7/158/121, Urk. 7/158/163, Urk. 7/158/172). Nur die überaus heftig geschilderten Auseinandersetzungen mit der Exfrau bewegten den psychiatrischen Gutachter dazu, eine Diagnose aus dem Bereich der Anpassungsstörungen zu stellen (Angst und depressive Reaktionen gemischt; ICD-10 F43.22). Die angegebenen psychischen Symptome seien als Folge des Ehekonfliktes und der organischen Symptomatik zu werten. Unter Berücksichtigung der klinischen Untersuchungsbefunde, des geschilderten Tagesablaufs sowie unter Zuhilfenahme des Mini-ICF-App ergäben sich keine Einschränkungen von Fähigkeiten.

Vor diesem Hintergrund

ist nachvollziehbar, dass die Gutachter die von den Behandlern gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung leichten bis mittelgradigen Ausmaßes nicht übernahmen und dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht ab der Begutachtung für alle Tätigkeiten mit Ausnahme solcher im (Nacht-)Schichtdienst eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bescheinigten ( Urk. 7/158/8).

Anders als der Beschwerdeführer geltend macht ( Urk. 1 S. 6), lässt sich dem MEDAS -Gutachten sodann durchaus entnehmen, weswegen die Sachverständigen

den

vor der Begutachtung ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsattesten der psychiatrischen Behandler nicht folgten. Die Gutachter legten nämlich dar, dass die bis anhin bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit wegen einer rezidivierenden depressiven Störung (vgl. Urk. 7/133, Urk. 7/183) angesichts des Wegfalls der schweren (nächtlichen) Arbeitsbelastung nach der Krankenschreibung ab Juni 2016 und der Auflösung der belastenden familiären Situation durch Trennung und Scheidung ein Jahr später nicht (mehr) nachvollzogen werden könne ( Urk. 7/158/9, Urk. 7/158/11; vgl. auch Urk. 7/77). Ferner wiesen sie mehrfach auf die Tendenz des Beschwerdeführers zu aggravatorischer negativer Leistungsverzerrung hin, welche die Belegbarkeit der retrospektiven Arbeits( un )fähigkeit erschwere ( Urk. 7/158/10-11). Dass der Beschwerdeführer selbst geltend macht, sein Gesundheitszustand habe sich inzwischen nicht gebessert ( Urk. 1 S. 10), spricht dafür, dass die von den Gutachtern erhobene leichte psychische Symptomatik ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2017 mehr oder weniger unverändert fortbestand. Bei den vom Beschwerdeführer angeführten ( Urk. 1 S. 10) Berichten der behandelnden Oberpsychologin der Klinik A. \_\_\_ vom 12. März 2020 ( Urk. 7/133) und 21. Juni 2021 ( Urk. 7/183), in denen ihm eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde, darf nebst den bereits genannten Unstimmigkeiten – insbesondere dem Fehlen einer Symptomvalidierung – auch berücksichtigt werden, dass behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung

in Zweifelsfällen erfahrungsgemäss eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Deshalb ist die in diesen Berichten geäusserte negativere Einschätzung des psychischen Beschwerdebildes nicht geeignet, die gutachterlichen Schlüsse in Zweifel zu ziehen, wie auch der RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ in seinen Stellungnahmen vom 10. Januar und 7. März 2022 darlegte (Urk. 7/210/4-6).

Die auf den Berichten der behandelnden Therapeuten abstützende frühere Einschätzung der RAD-Psychiaterin Dr. med. K. \_\_\_

vom 8. April 2020, dass die Colitis ulcerosa eine medikamentöse Therapie der Depression erschwere (Urk. 7/162/8; vgl. auch Urk. 7/158/3), vermag entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 11) zu keiner anderen Beurteilung zu führen.

Wegen der damals unzulänglichen Aktenlage empfahl Dr. K. \_\_\_

am 8. April 2020 nämlich auch die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (Urk. 7/162/8). In ihrer späteren Stellungnahme vom 8. März 2021 erachtete sie die Beurteilung der MEDAS-Gutachter, dass keine (behandlungsbedürftige) depressive Störung sowie auch retrospektiv keine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vorliege, dann als überzeugend (Urk. 7/162/10; vgl. auch Urk. 7/158/12). Im beschwerdeweise eingereichten Abschlussbericht der behandelnden Oberpsychologin der Klinik A. \_\_\_ vom 8. Februar 2022 wird im Wesentlichen der bisherige Verhandlungsverlauf für den Hausarzt und die nachbehandelnden Spezialisten zusammengefasst, ohne dass eine Auseinandersetzung mit dem Gutachten erfolgt wäre. Daraus ergeben sich keine neuen Befunde und Aspekte (Urk. 3/3), welche Zweifel an der Expertise begründen könnten.

Die den Beschwerdeführer neu ab dem 24. November 2021 in zweiwöchentlichem Rhythmus behandelnde Psychiaterin Dr. med. B. \_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 14. April 2022 fest, der Beschwerdeführer habe in letzter Zeit über eine Verschlechterung des psychischen und somatischen Gesundheitszustands (Colitis ulcerosa, Wirbelsäulenerkrankung) berichtet. Dabei habe er angegeben, bei ihm bestünden viele Unklarheiten bezüglich seiner gesundheitlichen Probleme. Er habe Zukunftsangst und wisse nicht, wie es in seinem Leben weitergehen solle (Urk. 3/4 S. 1 f.). Die behandelnde Psychiaterin diagnostizierte eine schwere depressive Episode mit schwerer körperlicher Problematik (Colitis ulcerosa, Morbus Bechterew) und attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der freien Wirtschaft (Urk. 3/4 S. 1 f.), ohne die abweichenden gutachterlichen Einschätzungen zu erörtern oder den gesundheitlichen Verlauf seit der Begutachtung nachvollziehbar zu beschreiben. Dr. B. \_\_\_ beschränkte sich darauf, hauptsächlich die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu seinen somatischen Problemen wiederzugeben, ohne diese kritisch zu würdigen; dies ist angesichts ihrer fehlenden Qualifikation als Fachärztin einer somatischen Disziplin nachvollziehbar. Zudem waren die von Dr. B. \_\_\_ erwähnte Colitis ulcerosa und die entzündlichen Skelettveränderungen den MEDAS-Gutachtern bereits bekannt.

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