

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00411 vom 14. Juli 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00411](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00411)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00411 du 14 juillet 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00411 del 14 luglio 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Januar 2022 befristet bis 31. August 2023 eine Rente von 50 % einer ganzen Invalidenrente zu ( Urk. 10/165, Urk. 10/ 191 = Urk. 2 ).

#### **E. 1.1**

Der Beschwerdeführer reichte seine Beschwerde am 24. Juni 2024 rechtzeitig bei der (für die Behandlung der Beschwerde unzuständigen) IV-Stelle ein (Urk. Urk. 10/198/15). Die IV-Stelle leitete die Beschwerde am 3. Juli 2024 an das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich weiter (Urk. 1 , Urk. 6-7 ). Es ist im Lichte der Bestimmungen von Art. 30 in Verbindung mit Art. 39 Abs. 2 und Art. 60 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), wonach eine Weiterleitungspflicht der unzuständigen Behörde besteht und die Frist als gewahrt gilt, wenn die Partei rechtzeitig an einen unzuständigen Versicherungsträger gelangt, zu Recht unstrittig, dass die am 24. Juni 2024 aufgegebenen Beschwerde mit Einreichung bei der IV-Stelle jedenfalls fristwährend erhoben worden ist.

#### **E. 1.2**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des 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.

Für Fälle erstmaliger abgestufter bzw. befristeter Rentenzusprachen und Revisionsfälle ist der Zeitpunkt der massgebenden Änderung nach Art. 88a IVV für das anwendbare Recht entscheidend ( vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz . 9102) . Vorliegend erging die angefochtene Verfügung nach dem 1. Januar 2022 und es ist eine unbefristete Rente über den 31. August 2023 hinaus zu prüfen. Gleichzeitig könnten auf Grund der im Mai 2021 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung allfällige Leistungen ab November 2021 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Somit kommt jeweils das alte und das neue Recht zur Anwendung. Vorliegend werden deshalb je nach Relevanz sowohl die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen als auch die ab 1. Januar 2022 anwendbaren Rechtsvorschriften zitiert .

1.

### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 24. Juni 2024 (Postaufgabe am 24. Juni 2024, vgl. Urk. 10/198/15)

bei der IV-Stelle Beschwerde (vgl. Urk. 10/198) und am 3. Juli 2024 auch beim Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich (vgl. Urk. 5) und beantragte, die Verfügung vom 23. Mai 2024 (Urk. 2) sei aufzuheben und die IV-Stelle sei zu verpflichten, ihm über den 31. August 2023 hinaus eine Invalidenrente nach Gesetz zu gewähren. Er sei durch das Gericht begutachten zu lassen. Eventuell sei die Sache zur Begutachtung und anschliessendem Neuentscheid an die IV-Stelle zurückzuweisen. Dieselbe Beschwerde überwies die IV-Stelle

ebenfalls am 3. Juli 2024 an das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

(Urk. 10/200, Urk. 1, Urk. 6-7 ). Am 12. September 2024 (Urk. 9 ) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. September 2024 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12 ). Mit Verfügung vom 16. Mai 2025 (Urk. 13) wurde die Pensionskasse der Y.\_\_\_\_ ( Z.\_\_\_\_ ) zum Prozess beigegeben, welche sich innert Frist nicht äusserte. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 23. Mai 2024 (Urk. 2) damit, dass medizinische Abklärungen eine Einschränkung des Beschwerdeführers in der bisherigen Tätigkeit als Leiter Legal Reporting seit 4. Januar 2021 ergeben hätten. Nach Ablauf der einjährigen Wartezeit sei ihm diese Tätigkeit zu 50 % zumutbar gewesen. Dies entspreche einer Erwerbseinbusse und damit einem Invaliditätsgrad von 50 %. Ab 4. Januar 2022 bestehe damit der Anspruch von 50 % einer ganzen Invalidenrente. Vom 8. März 2023 bis 3. Mai 2023 sei er in stationärer Behandlung gewesen. Es werde von einer Verbesserung der gesundheitlichen Beschwerden durch die medizinischen Behandlungen ausgegangen . Seit 4. Mai 2023 sei es ihm deshalb möglich, eine angepasste körperliche leichte, wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeit ohne wie derholte oder längerandauernde Arbeitshaltung vornüber geneigt und ohne repetitive Bück- und Torsionsbewegungen zu 70 % auszuüben. Die bisher ausgeübte Tätigkeit entspreche einer angepassten Tätigkeit. Es liege damit eine Erwerbseinbusse und ein Invaliditätsgrad von 30 % vor und damit kein Rentenanspruch mehr (Verfügungsteil 2 S. 1) .

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), sein Gesundheitszustand habe sich seit der Begutachtung im Februar und März 2023 verändert (S. 7 Ziff. 16). Da der psychiatrische Gutachter Dr.

B.\_\_\_\_ die Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 70 % unter die Bedingung gestellt habe, dass sich sein psychischer Gesundheitszustand anlässlich der stationären Behandlung bessere und dies nachweislich bis zum heutigen Tag nicht eingetreten sei, dürfe ihm keine Arbeitsfähigkeit von 70 % angerechnet werden (S. 8 Ziff. 21). Auch der somatische Gesundheitszustand habe sich aus näher genannten Gründen (vgl. S. 8 f. Ziff. 23 ff.) verschlechtert. Die Beschwerdegegnerin habe die Berichte vom Januar 2024 und März 2024 nicht mehr berücksichtigt, obwohl sie vor dem Erlass der Verfügung zu den Akten gereicht worden seien (S. 9 Ziff. 27). Das Ignorieren von relevanten medizinischen Berichten stelle eine Verletzung des rechtlichen Gehörs dar, was zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung führen müsse (S. 9 Ziff. 29). Es sei davon auszugehen, dass er auch in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei (S. 11 Ziff. 37). Deshalb und da aktuell maximal eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe, sei der

Einkommensvergleich nach der ordentlichen Methode zu berechnen (S. 11 Ziff. 39) . Bei einem IV-Grad von 77 % und aufgrund des Ablaufs des Wartjahres im November 2021 stehe ihm ab November 2021 eine ganze unbefristete Rente zu (S. 12 Ziff. 43 und 45).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der

Anspruch auf eine (unbefristete) Invalidenrente ab November 2021 und in diesem Zusammenhang insbesondere die Frage, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde.

#### **3. 3. 1**

Die Fachpersonen des C.\_\_\_\_ nannten mit Austrittsbericht vom 8. Februar 2021 (Urk. 10/5/3-9) über eine stationär-psychiatrische Behandlung vom 4. Januar bis 12. Februar 2021 als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (S. 1). Der Beschwerdeführer beende den stationären Aufenthalt nach Reduktion der depressiven und Schmerzsymptomatik in leicht gebessertem Allgemeinbe finden (S. 7). 3. 2

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, führte mit Bericht vom 6. April 2021 (Urk. 10/26) aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit November 2020 in ihrer psychiatrisch - psychotherapeutischen Behandlung (S. 2 Ziff. 3) und nannte folgende Diagnosen (S. 2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) bei « early

life stress plus» - komplexe posttraumatische Belastungsstörung ( PTBS, ICD-10 F43.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Nachfolgend an die während des stationären Aufenthalts erfolgte psychiatrische Bescheinigung einer Arbeitsunfähigkeit bis 28. Februar 2021 sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 1. März 2021 attestiert worden, die weiterhin andauere (S. 3). Es sei zunächst eine störungsspezifische Behandlung der komplexen PTBS erforderlich, bevor mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne (S. 4). 3. 3

Die Fachpersonen der E.\_\_\_\_ AG berichteten am 17. Mai 2022 (Urk. 10/65) über eine Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 7. März bis 3.

Mai 2022 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - PTBS (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) - Raynaud-Syndrom

Der Beschwerdeführer habe vom geschützten stationären Setting, dem Behandlungsangebot und dem Austausch in der Patientengruppe profitieren können. Die Symptomlast sei jedoch nach wie vor hoch (S. 3).

### **E. 3**

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). 1.

### **E. 3.4**

Eine Ärztin des

C.\_\_\_\_ teilte mit Austrittsmeldung vom 19.

September 2022 (Urk. 10/90) mit, der Beschwerdeführer

habe sich seit dem 8.

September 2022 in stationärer Behandlung befunden und nannte als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) . 3. 5

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatteten ihr interdisziplinäres Gutachten am 14. März 2023 (Urk. 10/122) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/122/16 Ziff. 6.3 ,

Urk. 10/122/45 f. Ziff. 6.3 ): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom , Differentialdiagnose lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5/S1 beidseits bei Status nach Dekompression L4/5/S1 links am 12. März 2013 mit Hemilaminektomie L5 links, Recessotomie S1 und L5 links sowie Neurolyse L5 links bei symptomatischer Spondylolisthesis L5/S1 bei Spondylolyse mit foraminaler/ rezessaler Diskushernie links sowie diskoligamentärer

Recessus stenose L4/5 - chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom , Differentialdiagnose zervikoradikuläres Schmerzsyndrom C6 und C7 beidseits bei mehrsegmentalen Osteochondrosen mit Spinalkanalstenose und Diskusextensionen sowie Foraminalstenosen HWK5 bis HWK7 mit radiologischen Nervenwurzelkompressionen C5 links, C6 beidseits und C7 beidseits (MRT der HWS um 1. April 2021) - Coxarthrose beidseits - rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0/1) - komplexe PTBS (ICD-10 F43.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Zudem nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/122/ 16 Ziff. 6.3 ,

Urk. 10/122/46 Ziff. 6.3 ): - primäres Raynaud-Syndrom - muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits (Trapezius) - klinisch leichtgradige Epikondylopathia

humeri

radialis links - beginnende Hammerzehen II und III rechts - aktenanamnestisch ADHS (ICD-10 F90.0)

Sie führten in ihrer Konsensbeurteilung aus, aus rheumatologischer Sicht befänden sich die attestierten Arbeitsunfähigkeiten durchwegs unterhalb derjenigen aus psychiatrischer Sicht. Aus diesem Grund könne unter Berücksichtigung des rheumatologischen Belastungsprofils

als gemeinsame Konsensbeurteilung diejenige des psychiatrischen Gutachtens uneingeschränkt übernommen werden. Es lasse sich insgesamt eine Teiladdition der Einschränkungen aus rheumatologischer Sicht begründen, sodass insgesamt von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden könne. Es könne mit grosser Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sich der psychische Gesundheitszustand nach der erneuten aktuellen stationären Behandlung in der Klinik E.\_\_\_\_ (ab 8. März 2023) weiter verbessern und stabilisieren lasse, dass der Beschwerdeführer dadurch auch seine Arbeitsfähigkeit werde verbessern können. Aus gemeinsamer rheumatologischer und psychiatrischer Sicht werde insgesamt somit von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 40 % und in einer angepassten Tätigkeit von 30 % auszugehen sein (Urk. 10/122/60).

Der rheumatologische Gutachter führte in seinem Teilgutachten vom 7.

März 2023 (Urk. 10/122/1-20)

aus, insgesamt hätten die Beschwerden des Beschwerdeführers weder auf medikamentöse noch auf physiotherapeutische Behandlungen anhaltend und deutlich spürbar angesprochen. Die durchgeführten Behandlungen seien aus rheumatologischer Sicht angemessen gewesen (Urk. 10/122/17). Es müssten aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht relevante qualitative und quantitative Einschränkungen bestätigt werden. Dem Beschwerdeführer seien nur körperlich leichte, wechselbelastende und rückenadaptierte Tätigkeiten möglich, das heisse Arbeiten ohne rückenbelastende Arbeitshaltungen oder Bewegungen und ohne Tätigkeiten mit stark gebeugten und belasteten Hüftgelenken (Urk. 10/122/18 Ziff. 7.2). Die bisherige Tätigkeit sei weitgehend als angepasst anzusehen. Erneute organisatorische Umstrukturierungen am Arbeitsplatz des Beschwerdeführers hätten voraussichtlich bedeutet, dass er wiederholt Reisen nach G.\_\_\_\_ und weiterhin auch nach H.\_\_\_\_ hätte auf sich nehmen müssen. Diese zusätzlichen körperlichen Belastungen seien aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht als ausserhalb der oben aufgeführten Limiten anzusehen. Aus diesem Grund werde in der bisherigen Tätigkeit eine etwas höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als in einer angepassten Tätigkeit attestiert. Bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer gemäss den anamnestischen Angaben trotz jahrelanger, zunehmender und teils ausgeprägter Rückenschmerzen, insbesondere in der Kreuzregion, in der Regel ein deutlich mehr als 100%iges Arbeitspensum geleistet habe, wobei es zeitweise zu einigen Wochen andauernden Arbeitsabwesenheiten gekommen sei (Urk. 10/122/18). In diesem Sinne habe früher keine länger andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Entsprechend den insgesamt zunehmenden Beschwerden und der oben aufgeführten Information, dass die körperlichen Belastungen am Arbeitsplatz unmittelbar nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit (damals aus psychischen Gründen) zugenommen hätten, werde aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht im Sinne einer geschätzten durchschnittlichen Einschränkung eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % attestiert. Diese Einschränkung gelte, wiederum geschätzt, einige Zeit nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus nicht-rheumatologischen Gründen, arbiträr ab Anfang 2021. In einer optimal angepassten Tätigkeit werde wegen der etwas geringeren körperlichen Belastung die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit etwas geringer, auf 20 % geschätzt (Urk. 10/122/18 f.).

Der psychiatrische Gutachter führte in seinem Teilgutachten vom 14. März 2023 (Urk. 10/122/22-55) aus, es liessen sich emotionale Konflikte nachweisen, welche als schwerwiegend genug betrachtet werden könnten, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen. Diesbezüglich seien insbesondere die konflikthafte Beziehung und der Abbruch mit der Ursprungsfamilie zu nennen. In diagnostischer Hinsicht sei von einer chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen auszugehen. Des Weiteren liessen sich anamnestisch die Symptome der schneller gereizten und schneller nervösen und häufig bedrückt -traurigen und selten fröhlichen Stimmung, einer allgemeinen Ängstlichkeit, vor allem auch einer Angst in Menschenmengen, der verminderten Fähigkeit sich freuen zu können, der verminderten Energie, der Müdigkeit, der Durchschlafstörung, der Vergesslichkeit, der ausgeprägten Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit, der leichten Gewichtsschwankungen, des verminderten Selbstwertgefühls, der Versagensängste und des zeitweiligen Gefühls einer allgemeinen Sinnlosigkeit eruieren. Der Beschwerdeführer beschreibe als weiteres depressives Symptom auch einen sozialen Rückzug. Seit März 2022 bestehe offenbar kein Kontakt mehr zu einem langjährigen Freund vom Gymnasium. Nach wie vor pflege er jedoch Kontakt mit seinem ehemaligen Vorgesetzten. Des Weiteren berichte er, dass er manchmal noch unter einem Gefühl einer allgemeinen Sinnlosigkeit leide, dass aber die Suizidgedanken sich stark gebessert hätten. Diese Symptome erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien. In ursächlicher Hinsicht seien die Konflikte und der Kontaktabbruch mit der Ursprungsfamilie zu nennen, aber auch die andauernden Schmerzen. Während der aktuellen Untersuchung sei die Stimmung indes ausgeglichen, zu keinem Zeitpunkt lasse sich eine bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung erkennen. Die affektive Modulationsfähigkeit und die Vitalität könnten rein klinisch als nicht eingeschränkt beurteilt werden. In diagnostischer Hinsicht sei insgesamt von einer rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom auszugehen. Gegen einen ausschliesslich mittelgradigen oder gar schweren Schweregrad der Depression spreche auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer über einen Tagesablauf berichte, dem zu entnehmen sei, dass er die anfallenden Alltagsarbeiten bewältigen könne, auch wenn er dabei von seinen Familienangehörigen unterstützt werde. Zudem sei die Sitzungsfrequenz der Gesprächstherapie reduziert worden, was als weiterer Hinweis für eine Verbesserung des Schweregrades der Depression betrachtet werden könne. Es liessen sich zudem auch keine Freud- oder Interesselosigkeit nachweisen, der Beschwerdeführer sei vielseitig interessiert, er informiere sich mit dem Schauen und Hören von diversen Nachrichten- und Informationssendungen. Zudem liebe er seine Kinder über alles, an ihnen habe er auch Freude (Urk. 10/122/46 f.). Die Diagnose einer komplexen PTBS lasse sich diagnostizieren und bestätigen, auch wenn für das Vorliegen einer solchen nicht sämtliche Kriterien als erfüllt erachtet werden könnten. In diesem Kontext müsse festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer trotz der immer wieder aufgetretenen Erinnerungen an seine traumatischen Kindheitserlebnisse stets im Rahmen von 100 % arbeiten können, dies in führender Position bei Y.\_\_\_\_. Des Weiteren könne die psychosoziale Funktionsfähigkeit in der Beziehung mit seinen drei Kindern, einem ehemaligen Vorgesetzten und zum Teil auch mit seiner Ehefrau als weitgehend intakt beurteilt werden. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren sei der Schweregrad der komplexen PTBS als leicht- bis mittelgradig zu beurteilen. Aufgrund der aktuellen Untersuchung und unter Berücksichtigung der anamnestischen Angaben des

Beschwerdeführers lasse sich die Diagnose ADHS nicht mit Sicherheit diagnostizieren, vor allem auch deswegen nicht, weil der Beschwerdeführer während 20 Jahren problemlos in vorwiegend führender Position ohne jegliche Beeinträchtigung habe arbeiten können (Urk. 10/122/48).

Der Beschwerdeführer befinde sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung seit dem Jahre 2019. Des Weiteren bestehe eine Psychopharmakotherapie. Eine durchgeführte Blutkonzentrationsbestimmung der verordneten Psychopharmaka ergebe lediglich für das Duloxetin einen Wert innerhalb des Normbereichs, es müsse somit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer nicht alle ihm verordneten Psychopharmaka regelmässig einnehme. Insgesamt könne das therapeutische Potential als ausgeschöpft beurteilt werden. Unter Berücksichtigung aller erwähnten Faktoren und auch des bisherigen Verlaufs sei die Prognose aus rein psychiatrischer Sicht als offen zu beurteilen (Urk. 10/122/51 f. Ziff. 7.1).

Aufgrund der aktuellen Untersuchung sei dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit zwei Mal 2.5 Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 10/122/52). Aktuell werde die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit auf 60 % geschätzt. Seit dem Austritt aus dem C.\_\_\_\_ (Hospitalisation vom 4. Januar bis 12.

Februar 2021) könne retrospektiv von einer gemittelten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht seien keine speziellen Merkmale zu nennen, die bei einer Tätigkeit berücksichtigt werden müssten (Urk. 10/122/53). Während der aktuellen Untersuchung habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er am 8.

März 2023 erneut für einen zweiten Behandlungszyklus in die E.\_\_\_\_ eintreten werde (später solle angeblich noch ein dritter Behandlungszyklus stationär in der E.\_\_\_\_ erfolgen zur Stabilisierung). Der Beschwerdeführer sollte dabei zu einer besseren Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme motiviert werden. Es könne mit grosser Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass diese Massnahmen zu einer weiteren Verbesserung und auch Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes führten, und dass der Beschwerdeführer dadurch auch seine Arbeitsfähigkeit werde verbessern und schliesslich eine mindestens 80%ige Arbeitsfähigkeit erreichen könne

(Urk. 10/122/54).

Es liessen sich Ressourcen erkennen, diesbezüglich sei insbesondere auch das vielseitige Interesse zu nennen. Der Beschwerdeführer sei an Aktualitäten interessiert, er informiere sich mit dem Schauen und Hören von Nachrichten- und Informationssendungen, er lese auch online die 20-Minuten-Zeitung. Zudem arbeite er neu gerne mit Speckstein in der Ergotherapie. Schwerwiegende Psychopathologien, welche als Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung gewertet werden könnten, liessen sich nicht nachweisen. Es könnten abgesehen von den diagnostizierten psychiatrischen Krankheiten auch keine schweren psychiatrischen Komorbiditäten diagnostiziert werden. Das Fähigkeitsniveau gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP sei aus rein psychiatrischer Sicht insgesamt als mittelgradig eingeschränkt zu beurteilen. Insbesondere seien die Durchhaltefähigkeit, in einem gewissen Sinn auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit sowie die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit als eingeschränkt zu beurteilen (Urk. 10/122/52 Ziff. 7.2).

Der Beschwerdeführer wohne zusammen mit seiner Ehefrau und seinen drei Kindern in einem 6-Zimmer-Reihen-Einfamilienhaus. Die Beziehung zu seiner Ehefrau sei schwierig, da sie auch krank sei. Sie habe schwere Depressionen und leide an einer Bulimie, sie beziehe deswegen eine Invalidenrente seit Februar 2022. Alle seine drei Kinder seien in Therapie (Urk. 10/122/39).

Die Angaben seien nicht immer konsistent und zum Teil widersprüchlich. Beispielsweise klagt der Beschwerdeführer über eine erhebliche Beeinträchtigung der Konzentrationsfähigkeit. Er erkläre, dass er sich nur noch 10 bis 20 Minuten konzentrieren könne und sich dann erschöpft fühle und sich hinlegen müsse. Während der aktuellen zwei Stunden dauernden Untersuchung hinterlasse er jedoch einen stets sehr konzentrierten und aufmerksamen Eindruck, zudem liessen sich rein klinisch keine Ermüdungszeichen feststellen. Des Weiteren erkläre er, dass er unter einer Energielosigkeit leide und nur noch Energie habe, um zum Arzt oder für eine halbe Stunde mit dem Hund spazieren zu gehen. Während der aktuellen Untersuchung hinterlasse er jedoch einen vitalen Eindruck, er spreche auch sehr viel, in seinen Angaben sei er weitschweifig und sehr weit ausholend. Eine Energielosigkeit lasse sich nicht objektivieren. Zudem klagt er subjektiv über ein Gefühl der inneren Leere, während der aktuellen Untersuchung spreche er jedoch sehr viel, eine Ideenverarmung lasse sich nicht feststellen. Er berichte auch über einen Tagesablauf, dem zu entnehmen sei, dass er die anfallenden Alltagsarbeiten erledigen könne, auch wenn er sich die Haushaltsarbeiten zu Hause mit seiner Ehefrau und seinen Töchtern aufteile. Demgegenüber gehe er davon aus, dass er zu keiner ausserhäuslichen Berufstätigkeit mehr fähig sei. Zudem komme er zu Beginn der Untersuchung spontan auf die Diagnose der komplexen PTBS zu sprechen, was atypisch sei bei tatsächlichem Vorliegen dieser Krankheit. Im Gegensatz dazu vermeide er es, seine Familienangehörigen (Vater, Mutter, Schwester) mit Namen zu nennen. All diese Diskrepanzen liessen sich aus rein psychiatrischer Sicht nicht begründen. In diesem Sinne lasse sich auch eine ungleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen feststellen. Trotzdem lasse sich aus psychiatrischer Sicht ein gewisser Leidensdruck feststellen. Von einer Nicht-Inanspruchnahme von medizinisch-therapeutischen Leistungen könne zudem nicht ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer befinde sich seit November 2020 in ambulanter psychiatrischer Behandlung bei Dr. D.\_\_\_\_. Eine weitere Inkonsistenz ergebe sich dadurch, dass der Beschwerdeführer betont, dass all die bisherigen vier stationären psychiatrischen Aufenthalte und die ambulante Psychotherapie zu keiner Verbesserung der psychischen Beschwerden geführt hätten. Andererseits erwähne er, dass er nach der ersten psychiatrischen Hospitalisation in der Klinik C.\_\_\_\_ wieder arbeiten gegangen sei, da es ihm psychisch besser gegangen sei. Zudem sei die Sitzungsfrequenz bei Dr. D.\_\_\_\_ im Juni 2022 von einer Sitzung wöchentlich auf eine Sitzung 14-täglich reduziert worden, angeblich, weil Dr. D.\_\_\_\_ nicht mehr Zeit für ihn gehabt haben sollte (Urk. 10/122/44 f. Ziff. 6.2).

3. 6

Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 5. April 2023 (Urk. 10/133/

**E. 4**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung) 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).

Gemäss dem seit 1. Januar 2022 in Kraft stehenden

Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4): Invaliditätsgrad prozentualer Anteil 49 Prozent 47.5 Prozent 48 Prozent 45 Prozent 47 Prozent 42.5 Prozent 46 Prozent 40 Prozent 45 Prozent 37.5 Prozent 44 Prozent 35 Prozent 43 Prozent 32.5 Prozent 42 Prozent 30 Prozent 41 Prozent 27.5 Prozent 40 Prozent 25 Prozent 1.

#### **E. 4.1**

Das interdisziplinäre Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ vom 14. März 2023 (vorstehend E. 3. 5 ) erging unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung. Es vermag den Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vgl. vorstehend E. 1. 8 ) zu genügen.

Auf das Gutachten kann damit grundsätzlich abgestellt werden.

Der psychiatrische Gutachter ging aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf, der komplexen PTBS

und der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren seit dem Austritt aus dem C.\_\_\_\_, also dem

#### **E. 4.2**

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).

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).

### **E. 4.3**

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. 4.4**

Dr. B. \_\_\_ legte in nachvollziehbarer Weise dar, weshalb er von einer chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Anteilen und einer rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf ausging. Zudem legte er detailliert dar, was gegen einen ausschliesslich mittelgradigen oder gar schweren Schweregrad der Depression spreche. Die Diagnose einer komplexen PTBS bestätigte er, wies aber nachvollziehbar darauf hin, weshalb nicht sämtliche Kriterien als erfüllt erachtet werden könnten und kam zum Ergebnis, der Schweregrad der komplexen PTBS sei leicht- bis mittelgradig. Das Fähigkeitsniveau beurteilte er gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP insgesamt als mittelgradig eingeschränkt. An Funktionseinschränkungen nannte er die Beschwerden von Seiten der erwähnten Diagnosen. Diese Beschwerden führten zu einer verminderten psychophysischen Belastbarkeit und dadurch zu einer verminderten Arbeitsfähigkeit. Was den Behandlungs- und Eingliederungserfolg betreffe, sei der Beschwerdeführer seit dem Jahre 2019

in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Des Weiteren bestehe eine Psychopharmakotherapie. Aufgrund einer durchgeführten Blutkonzentrationsbestimmung der verordneten Psychopharmaka ging Dr. B. \_\_\_ davon aus, dass der Beschwerdeführer nicht alle ihm verordneten Psychopharmaka regelmässig einnehme. Insgesamt erachtete er

das therapeutische Potential als ausgeschöpft.

Schwere psychiatrische Komorbiditäten diagnostizierte er, abgesehen von den diagnostizierten psychiatrischen Krankheiten,

nicht. Es liessen sich Ressourcen erkennen, diesbezüglich erwähnte Dr. B. \_\_\_ insbesondere das vielseitige Interesse des Beschwerdeführers. Dieser sei an Aktualitäten interessiert, er informiere sich mit dem Schauen und Hören von Nachrichten- und Informationssendungen, er lese auch online die 20-Minuten-Zeitung. Zudem arbeite er gerne mit Speckstein in der Ergotherapie. Aus den gutachterlichen Ausführungen geht weiter hervor, dass der Beschwerdeführer seine drei Kinder über alles liebe und Freude an ihnen und auch dem Hund (vgl. Urk. 10/122/36) habe. Seit März 2022 bestehe offenbar kein Kontakt mehr zu einem langjährigen Freund vom Gymnasium. Nach wie vor pflege er jedoch Kontakt mit seinem ehemaligen Vorgesetzten. Die Beziehung zu seiner Ehefrau sei schwierig, da sie auch krank sei. Weiter hielt Dr. B. \_\_\_ fest, die Angaben seien nicht immer konsistent und zum Teil widersprüchlich. Er stellte eine ungleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen fest. Trotzdem bejahte er aus psychiatrischer Sicht einen gewissen Leidensdruck. Zudem könne von einer Inanspruchnahme von medizinisch-therapeutischen Leistungen ausgegangen werden (vorstehend E. 3.5).

Die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit ist schliesslich so erfolgt, dass sie sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) ergibt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sich der Gutachter an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist demnach zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Mithin erfüllt das Gutachten sowohl die praxisgemässen herkömmlichen Anforderungen (vorstehend E. 1. 8) als auch diejenigen des strukturierten Beweisverfahrens (vorstehend E. 4. 3). Die Schlussfolgerung des Gutachters, wonach im Gutachtenzeitpunkt

in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit seit Januar 2021 aus psychiatrischer Sicht eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bestand, erweist sich als hinreichend nachvollziehbar und begründet.

#### **E. 4.5**

Hinsichtlich der von Dr. B. \_\_\_ prognostizierten Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 20 % ist festzuhalten, dass diese Prognose eine medizinisch-theoretische Einschätzung darstellt. Prognosen zur Arbeitsfähigkeit sind praxisgemäss zulässig und üblich (Urteil des Bundesgerichts 9C\_280/2020 vom 12. August 2020 E. 4.2 mit Hinweisen).

Die Beurteilung der Steigerung der Arbeitsfähigkeit ist hinsichtlich Umfang sowie zeitlichem Verlauf zwangsläufig hypothetisch und damit medizinisch-theoretisch. Zudem erging die prognostische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lediglich für einen Zeitraum von rund zwei Monaten (Gutachten vom 14. März 2023 und Ende des stationären Aufenthalts 3. Mai 2023). Des Weiteren prognostizierte Dr. B. \_\_\_ nicht nur wegen des erneuten geplanten stationären Aufenthalts

(zweiter Behandlungszyklus von dreien; Urk. 10/122/54, Urk. 10/128/2) eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit, sondern auch wegen einer besseren Compliance bezüglich Medikamenteneinnahme. Eine Analyse der durch das C.\_\_\_\_ kontrollierten Laborwerte fehlt (vgl. Urk. 3 Anhang).

Hinzu kommt, dass der Bericht der behandelnden Ärzte der E.\_\_\_\_ AG über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers (vorstehend E. 3.7) die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen vermag. So wurde bei den Zuweisungsumständen auf das vergangene ( herausfordernde ) Jahr verwiesen. Zudem stellten die behandelnden Ärzte während de s Aufenthalt s eine deutliche Verbesserung der depressiven Symptomatik fest . Sie erläuterten jedoch nicht, weshalb sie bis über den stationären Aufenthalt hinaus bis am 21. Mai 2023 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigten. Zudem lässt der Bericht eine Plausibilisierung der attestierten gänzlichen Arbeitsunfähigkeit mittels der Standardindikatoren vermissen. Eine begründete Einschätzung der Arbeitsfähig keit nach dem 21. Mai 2023 enthält der Bericht ebenfalls nicht. Auch wurde zum Gutachten keine Stellung genommen. Zusätzlich bestehen psychosoziale Belas tungsfaktoren, indem im Bericht beispielsweise schwierige Situationen im Alltag und

die Ungewissheit bezüglich seiner Zukunft nach Auslaufen des Taggeldes erwähnt werden. Der im Hinblick auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung geltende enge (bio-psychische) Krankheitsbegriff klammert soziale Faktoren so weit aus, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden hingegen auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1 mit Hinweisen). Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie ausgeklammert, gilt es doch sicherzustellen, dass gesund heitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 mit Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. auch BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Schliesslich gilt es auch zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte bzw. behandelnde Fachpersonen 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 Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte beziehungsweise regel mässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrau ensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte auch nur selten in Frage (BGE 135 V 465 E. 4.5). Ein Abstellen auf diese n Bericht fällt daher nicht in Betracht.

Daran ändert auch nichts, dass der Beschwerdeführer geltend macht, auf einem Kurzvermerk auf dem Schreiben vom 12. Dezember 2023 zum eingereichten Bericht der E.\_\_\_\_ sei zu lesen, dass ein weiterer Aufenthalt kein en Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe , ohne den Austrittsbericht dieses weiteren Aufenthaltes gelesen zu haben (Urk. 1 S. 7)

. Damit bezieht sich die Beschwerdegegnerin wohl auf die RAD - Stellungnahme vom 7. Dezember 2023 ( vorstehend E. 3.13 ) , wonach die bereits bei der Hospitalisation von Mai 2023 geplante erneute Behandlung nicht gegen eine Verbesserung oder Stabilisierung spreche.

#### **E. 4.6**

Auch der im Beschwerdeverfahren aufgelegte Bericht des C.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.20) vermag das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Der Beschwerdeführer sei geplant und freiwillig aufgrund familiärer Konflikte eingetreten. Mit dem erwähnten Tod der Tante, dem Konflikt mit der Ehefrau und der Frage, ob sich das Ehepaar trenne, werden wiederum psychosoziale Belastungsfaktoren aufgeführt, was im Bericht aber nicht differenziert wurde. Eine begründete Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit Plausibilisierung mittels der Standardindikatoren enthält der Bericht ebenfalls nicht. Auch wurde zum Gutachten keine Stellung genommen. Zwar hielten die Fachpersonen fest, keine Änderung der Medikation durchgeführt zu haben .

Die erwähnte Medikation von Duloxetin , Macrogol und Pregabalin unterscheidet sich aber doch nicht unwesentlich von der Austrittsmedikation vom letzten stationären Aufenthalt in der E.\_\_\_\_ von zusätzlich noch Doxazosin , Pantoprazol , Naloxon hydrochlorid /Targin und Acemetacin . Aus diesen Gründen fällt e in Abstellen auf diesen Bericht nicht in Betracht.

#### **E. 4.7**

Der Beschwerdeführer kann auch aus den Arbeitsunfähigkeitssattesten seiner behandelnden Psychiaterin Dr. D.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.8) nichts zu seinen Gunsten ableiten. Eine begründete Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit Plausibilisierung mittels der Standardindikatoren enthalten ihre seit der Begutachtung ergangenen Atteste

nicht. Auch wurde zum Gutachten keine Stellung genommen. Schliesslich ist wiederum auf die auftragsrechtliche Vertrauensstellung der behandelnden Therapeutin hinzuweisen.

#### **E. 4.8**

Insgesamt steht in psychiatrischer Hinsicht somit fest, dass nach dem stationären Aufenthalt im Mai 2023 von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden kann. 4. 9

In somatischer Hinsicht wurden nach der Begutachtung im Verwaltungsverfahren diverse Berichte aufgelegt. Die Pneumologin Dr. N.\_\_\_\_

diagnostizierte im Februar 2024

ein leichtgradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom in Rückenlage und eine Einschlaf- und Durchschlafinsomnie (vorstehend E. 3.15). Eine Arbeitsunfähigkeit hielt Dr. N.\_\_\_\_ indes keine fest. Im O.\_\_\_\_ liefen bis zum Verfügungserlass noch Abklärungen im Zusammenhang mit einem unklaren Gewichtsverlust von 14 kg seit Mai 2023. Der Allgemeinmediziner und Gastroenterologe Dr. P.\_\_\_\_ nahm in den diesbezüglich vorliegenden Berichten (vorstehend E. 3.16, E. 3.18) keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Den Berichten der K.\_\_\_\_ Klinik (vorstehend E. 3.10, 3.11, 3.17, 3.19) kann unter anderem entnommen werden, dass mehrere Infiltrationsbehandlungen erfolgt seien und ein

operatives Vorgehen zur Diskussion stehen. Dabei wurden vorderhand eine Steigerung der körperlichen Aktivität mit Ausdauer und Krafttraining beziehungsweise Physiotherapie empfohlen (vorstehend E. 3.11, 3.19), was nicht gegen die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Schlussfolgerungen des Gutachtens spricht. Keiner dieser Berichte enthält überdies eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) aber auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen).

Mangels anderslautender ärztlicher Einschätzungen ist somit

grundsätzlich auf die gutachterliche rheumatologische Beurteilung abzustellen.

Sollte sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtern, steht es ihm frei, sich erneut bei der Invalidenversicherung anzu melden.

#### **E. 4.10**

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die bisher ausgeübte Tätigkeit einer angepassten Tätigkeit entspricht und die bisherige Tätigkeit zu 70 % zumutbar sei (vorstehend E. 2.1). Zur Begründung führte sie aus, die zusätzliche körperliche Belastung wegen voraussichtlich wiederholten Reisen nach G. und nach H. sei durch die Gutachter mit einer etwas höheren Einschränkung attestiert worden. Es sei jedoch davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer möglich sein würde, eine andere Tätigkeit ohne Reisen zu finden (Urk. 10/132 S. 2).

Der rheumatologische Gutachter erachtete die bisherige Tätigkeit als weitgehend angepasst und begründete die etwas höhere Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit einzig mit dem Umstand, dass organisatorische Umstrukturierungen am Arbeitsplatz des Beschwerdeführers zu mehr Reisen und entsprechend einer etwas grösseren körperlichen Belastung geführt hätten (vorstehend E. 3.5).

Invalidität (Art. 4 Abs. 1 IVG) ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Dem Begriff der Invalidität liegen folgende Kriterien zugrunde: Gesundheitliche Beeinträchtigung (medizinisches Element), Auswirkungen auf die Fähigkeit, erwerblich oder im Aufgabenbereich tätig zu sein (wirtschaftliches Element im weiteren Sinne), Zusammenhang zwischen dem medizinischen und dem wirtschaftlichen Element sowie Dauer der Beeinträchtigung (zeitliches Element; Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 7 zu Art. 8 ATSG). Art. 8 IVG bezieht sich auf die in Art. 7 ATSG definierte Erwerbsunfähigkeit:

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 allgemeinen Arbeitsmarkt (Abs. 1). 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).

Der Unterschied zwischen Erwerbsunfähigkeit und Invalidität liegt in einem zeitlichen Kriterium. Nur diejenige Erwerbsunfähigkeit, die voraussichtlich bleibt oder längere Zeit dauert, gilt als Invalidität (Kieser, a.a.O., N 11 zu Art. 8 ATSG). Art. 7 ATSG thematisiert nicht eine tatsächliche Erwerbseinbusse, sondern den Verlust von Erwerbsmöglichkeiten. Bezugspunkt der Erwerbsunfähigkeit ist der allgemeine Arbeitsmarkt. Das Invalidenversicherungsgesetz versichert demnach Erwerbsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, nicht Berufsunfähigkeit im Sinne der Unfähigkeit, den bisherigen Beruf weiterhin auszuüben. Der Begriff der Berufsinvalidität ist dem IVG fremd. Die fehlende Versicherung von Berufsinvalidität führt überall dort zur Verneinung der Invalidenrentenberechtigung, wo es der versicherten Person gelingt, in einer der gesundheitlichen Beeinträchtigung angepassten zumutbaren (Verweis-) Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Auflage 2022, Rz 10 zu Art. 4 IVG).

Die Argumentation des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 10 f.) zielt auf eine Berufsinvalidität ab, welche, wie dargelegt, nicht versichert ist. Es ist nicht ersichtlich, weshalb Geschäftsreisen zwingend notwendig wären und nicht mithilfe moderner Technologien wie Videokonferenz-Tools ersetzt werden könnten. Zudem wäre es dem Beschwerdeführer zumutbar, eine andere Tätigkeit ohne Geschäftsreisen zu finden. Im Übrigen berücksichtigt die reduzierte Arbeitsfähigkeit die von den Gutachtern erwähnten Einschränkungen. 4. 1 1

Nach dem Gesagten sprechen somit keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des bi disziplinären Gutachtens von Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ vom 14.

März 2023 und es ist folglich voll beweiskräftig. Deshalb ist gestützt darauf davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit seit Anfang 2021

zu 50

% arbeitsfähig war.

Ab Mai 2023 bestand in einer angepassten Tätigkeit, wozu auch die bisherige Tätigkeit zählt, eine 70%ige Arbeitsfähigkeit.

Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind nach dem Gesagten für den massgeblichen Zeitraum aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen im Rahmen einer Rückweisung der Sache zu weiteren Abklärungen oder eines Gerichtsgutachtens wären diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b). 5.

## **E. 5**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C\_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage

2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C\_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügungsweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C\_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C\_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis). 1.

### **E. 5.1**

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG unter anderem erst bei einer während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % (vgl. vorstehend E. 1. 4 ), frühestens jedoch sechs Monate nach Geltendmachung des Anspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG).

Die Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eintreten ist. Als erheblich in diesem Sinne gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AHI 1998 S. 124 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts I 10/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.1.1 in fine mit Hinweisen). Unter relevanter Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmung ist eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen. Das heisst, es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitsgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Mit anderen Worten: Die Leistungseinbusse muss in aller Regel dem seinerzeitigen Arbeitgeber aufgefallen sein. Eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit genügt nicht. Umgekehrt ist eine in der beruflichen Tätigkeit im Vergleich zu einer gesunden Person tatsächlich nur reduziert erbrachte Leistung für sich allein gesehen in aller Regel ebenso wenig ausreichend für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes. Vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_204/2012 vom 19. Juli 2012 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

## **E. 5.2**

Nachdem sich der Beschwerdeführer am 3. Mai 2021 (Urk. 10/6 ) bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug angemeldet hatte (Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 4. Mai 2021 , vgl. Aktenverzeichnis zu Urk . 10/6 ), ist der frühestmögliche Rentenbeginn grundsätzlich im November 2021 .

Der Beschwerdeführer gab bei der Anmeldung zum Leistungsbezug an, seit 11. November 2020 vollständig arbeitsunfähig zu sein (vgl. Urk. 10/6/3 Ziff. 4.4 ), was durch das echtzeitliche Arbeitsunfähigkeitszeugnis von Q.\_\_\_\_ , Zentrum für integrative Medizin, vom 11. November 2020 (Urk. 10/35), bestätigt wird. Darin wurde vom 11. November bis 10. Dezember 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert , was mit dem letzten Arbeitstag des Beschwerdeführers am 11.

November 2020 übereinstimmt (Urk. 10/45 Ziff. 2.9) . Die RAD-Ärztin kam ebenfalls zum Schluss, dass der Beginn der Arbeitsunfähigkeit im November 2020 liegt (vgl. vorstehend E. 3.13 ). Damit ist überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen, dass die Wartezeit im November 2020 eröffnet und per 1. November 2021 bestanden war .

## **E. 5.3**

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. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 9C\_478/2021 vom 11. November 2021 E. 5.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C\_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1).

Der Beschwerdeführer kann die angestammte Tätigkeit seit Anfang 2021 beziehungsweise seit November 2020 noch mit einer reduzierten Arbeitsfähigkeit von 50 % und seit Mai 2023 mit 70 % ausüben (vgl. vorstehend E. 4. 11, 5.2 ). Angesichts dessen ist im Rahmen der Bemessung des Invaliditätsgrades das Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Lohn zu berechnen, weshalb ein vereinfachter Erwerbsvergleich vorgenommen werden kann . Bei einem Valideneinkommen 100 % und einem Invalideneinkommen 50 %

resultiert ab November 2021 ein Anspruch auf eine halbe Rente. Drei Monate nach der Verbesserung des Gesundheitszustandes ab Mai 2023 ergibt sich ab September 2023 bei einem Valideneinkommen 100 % und einem Invalideneinkommen 70 % ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 %.

#### **E. 5.4**

Der angefochtene Entscheid ist abgesehen vom Rentenbeginn rechtens. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. 6 .

#### **E. 6**

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis). 1.

#### **E. 6.1**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 900.-- anzusetzen und bei Obsiegen des Beschwerdeführers lediglich hinsichtlich des Rentenbeginns

diesem zu zwei Dritteln (Fr. 600.--) und der Beschwerdegegnerin zu einem Drittel (Fr. 300.--) aufzuerlegen.

#### **E. 6.2**

Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine um zwei Drittel reduzierte

Parteientschädigung zu bezahlen, welche in Anwendung von Art. 61 lit. g ATSG, namentlich unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 1'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 23. Mai 2024 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer vom 1. November 2021 bis 31. August 2023 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer zu zwei Dritteln (Fr. 600.--) und der Beschwerdegegnerin zu einem Drittel (Fr. 300.--) auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Pensionskasse der Y.\_\_\_\_ (Z.\_\_\_\_) - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Keller

## **E. 7**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprenkung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen). 1.

## **E. 8**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C\_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sog. Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). 2.

## **E. 10**

Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, K.\_\_\_\_ Klinik, führte mit Bericht vom 28. August 2023 (Urk. 10/148) aus, bezüglich der Zervikobrachialgie links sei gemäss aktualisiertem MRI der HWS sehr gut eine polyradikuläre Schmerzsymptomatik mit auch Kribbelparästhesien C5-C7 vorstellbar bei nadelmyographisch linksseitig noch Normalbefunden. Die zervikale Infiltrationsbehandlung der Wurzeln C5-C7 hätten erstaunlicherweise keinerlei Schmerzreduktion bewirkt. Bei hohem Leidensdruck sei dem Beschwerdeführer bei noch fehlenden Paresen eine nochmalige Infiltrationsbehandlung empfohlen worden

vor Evaluation einer operativen Therapie (S. 3). 3. 1 1

Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, K.\_\_\_\_ Klinik, führte mit Bericht vom 26.

September 2023 (Urk. 10/153) aus, dass der Beschwerdeführer klage über eine Schmerzexazerbation mit Zervikobrachialgie links betont bei bekanntem panvertebralem Schmerzsyndrom. Die Beschwerden seien bildmorphologisch teilweise nachzuvollziehen. Es zeige sich eine multisegmentale Degeneration der HWS mit Unkovertebralarthrose sowie Osteochondrose C3 bis C7. Ausserdem zeigten sich foraminale Engen C5 links sowie

und C7. Da der Beschwerdeführer auf eine Infiltrationstherapie keineswegs angesprochen habe und eine multisegmentale Degeneration vorliege, sei er, Dr. L.\_\_\_\_, mit einem operativen Vorgehen zurückhaltend (S. 2). Eine Steigerung der körperlichen Aktivität mit Ausdauer und Krafttraining sei mit dem Beschwerdeführer besprochen worden und es werde ihm eine MTT-Verordnung zugestellt. Vorerst sei keine geplante Wiedervorstellung vorgesehen (S. 3). 3. 1 2

Dr. D.\_\_\_\_ bestätigte mit ärztlicher Bescheinigung vom 2. Oktober 2023 (Urk. 10/157), dass der Beschwerdeführer seit 17. November 2020 in ihrer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Die Konsultationen hätten initial wöchentlich stattgefunden. Aus Kapazitätsgründen könnten seit Juni 2022 nur Termine in 14-tägigen Intervallen angeboten werden. 3. 1 3

Dr. I.\_\_\_\_ führte mit Stellungnahme vom 7. Dezember 2023 (Urk. 10/163/4-5) aus, dass die geplante erneute Behandlung in der E.\_\_\_\_

spreche nicht gegen eine Verbesserung oder Stabilisierung. Weitere Abklärungen seien nicht notwendig (S. 1). Seit November 2020 könne von einer Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (S. 2). 3. 1 4

Mit Arbeitsunfähigkeitszeugnissen vom 19. Dezember 2023 (Urk. 10/167) und vom 3. Januar 2024 (Urk. 10/169) attestierte

Stationsarzt S.

M.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 12. bis 31. Dezember 2023 und vom 1. bis 31. Januar 2024. 3. 1 5

Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Pneumologie, O.\_\_\_\_, berichtete am 9. Februar 2024 (Urk. 10/174) über eine Konsultation vom 1. Februar 2024 und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - leichtgradiges obstruktives Schlafapnoesyndrom in Rückenlage, Erstdiagnose Januar 2024 - Einschlaf- und Durchschlafinsomnie - PTBS - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - rezidivierende depressive Störung, mit stationären Aufenthalten

Der Beschwerdeführer sei für zirka einen Monat stationär im C.\_\_\_\_ gewesen. Es sei darunter zu einer Stabilisierung der aktuellen Situation (Belastungssituation) gekommen (S. 1). Auffällig sei eine Hyperarousabilität von 49 % sowie ein ausgeprägter Bruxismus. Es biete sich die Behandlung des Bruxismus an, gegebenenfalls auch Anpassung einer Unterkieferprotrusionschiene bei leichtgradigem obstruktivem Schlafapnoesyndrom in Rückenlage (S. 2).

3. 1 6

Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, O.\_\_\_\_, nannte mit Bericht vom 14. März 2024 (Urk. 10/175) folgende Diagnosen (S. 1): - unklarer Gewichtsverlust von 14 kg seit Mai 2023 - unklar erhöhte Pankreasenzyme - Verdacht auf Leberhämangiom Segment VII - kleines Nebennierenadenom links - leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), Erstdiagnose Januar 2024 - chronisches zervikales Schmerzsyndrom - lumboradikuläres Schmerzsyndrom - PTBS - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - rezidivierende depressive Störung - Adipositas - Raynaud-Phänomen - schwerer Vitamin B12-Mangel

Die Pankreasenzyme seien in den nächsten zwei bis drei Wochen nochmals zu kontrollieren. Falls die Werte weiterhin erhöht seien, seien weitere Abklärungen zu erwägen (S. 2 f.) 3. 1 7

Ärzte der K.\_\_\_\_ Klinik, Rheumatologie und Rehabilitation,

führten mit Sprechstundenbericht vom 18. März 2024 (Urk. 10/176) aus, es werde am ehesten von einer Überlappung einer radikulären Genese bei bekannter Diskushernie mit rezessaler Kompression der L5- und S1-Wurzel rechts ausgegangen, einer beginnenden symptomatischen Coxarthrose linksbetont, lumbospondylogenen Schmerzen und myofaszialen Befunden mit auch leichter Reizung des Tractus iliotibialis. Zudem ergebe sich der Verdacht auf eine Schmerzausweitung bei bekannter chronischer Schmerzstörung, zudem bekannter Depression und PTBS. Es werde als erster Schritt bei vorgängig gutem Ansprechen auf den Sakralblock ein erneuter Sakralblock geplant (S. 3).

3. 18

Dr. P.\_\_\_\_ , O.\_\_\_\_ , führte mit Bericht vom 26. April 2024 (Urk. 10/186) aus, die Symptomatik beim Beschwerdeführer habe sich nicht wesentlich verändert. Aufgrund eines Druckgefühls im Oberbauch sei eine Gastroskopie zu planen, gegebenenfalls mit einer Endsonographie (S. 2). 3. 19

Ärzte der K.\_\_\_\_ Klinik, Rheumatologie und Rehabilitation, führten mit Bericht vom 13. Mai 2024 (Urk. 10/189) gestützt auf eine Telefonkonsultation vom 6. Mai 2024 (S. 1) aus, leider habe auch die transforaminale Infiltration der Nervenwurzel L5 rechts vom 23. April 2024 keine Beschwerdelinderung erbracht. Auf Wunsch des Beschwerdeführers werde um ein direktes Aufgebot hinsichtlich möglichem operative m Vorgehen gebeten. Eine radikuläre Genese der Bein schmerzen rechts bei Provokation der Schmerzen während der transforaminalen Infiltration L5 rechts werde als bestätigt angesehen . Vorerst werde das Weiter führen der Physiotherapie sowie Analgesie empfohlen (S. 2). 3. 2 0

Fachpersonen des C.\_\_\_\_ nannten mit Austrittsbericht vom 11.

Januar 2024 (Urk. 3) über eine stationär-psychiatrische Behandlung vom 12.

Dezember 2023 bis 10. Januar 2024 als Hauptdiagnose eine PTBS (ICD-11 F43.1) und als Nebendiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegen wärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD10 F33.2; S. 1). Es handle sich um einen geplanten, freiwilligen Eintritt nach Zuweisung durch Dr. D.\_\_\_\_ aufgrund zunehmender familiärer Konflikte bei depressiver und post traumatischer Symptomatik . Vor einem Monat sei die Tante verstorben, was beim Beschwerdeführer viele Bilder aus der Vergangenheit hochgebracht habe. Vor drei Wochen sei es zudem zu einem Konflikt mit der Ehefrau gekommen, was mit grossem Stress verbunden gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe ein erhöhtes Anspannungsniveau mit Schlafstörungen, Nervosität und innerer Unruhe. Hinzu kämen Schwierigkeiten im Umgang mit Alltagssituationen. Letzte Woche sei es zum Entscheid, sich von der Ehefrau zu trennen, gekommen. Die Kinder seien zuerst informiert worden. Aktuell sei er mit der Ehefrau in einer «diplomatischen Akzeptanz» (S. 2). Der Beschwerdeführer habe initial eine Vielzahl von Symp tomen geschildert, die sowohl die Kriterien eines schweren depressiven Syndroms als auch einer PTBS erfüllten, wobei die Depression als reaktiv auf die psychischen Belastungen durch die PTBS und die sozialen Belastungen zu Hause gewertet werde. Nebst den regelmässigen ärztlichen und interdisziplinären Gesprächen habe zum multimodalen Behandlungskonzept die Teilnahme am Stationsalltag zur Förderung einer Tagesstruktur und an den interdisziplinären Fachtherapien gehört, wo der Beschwerdeführer von der Bewegungs-, Kunst- und Achtsamkeitstherapie sowie von der Einzel-Bewegungstherapie profitiert habe (S. 3).

N ach ständiger Rechtsprechung ist der Zeitraum bis zum Abschluss des Ver waltungsverfahrens – vorliegend somit bis zum Erlass des angefochtenen Einspracheentscheids vom 23. Mai 2024 – Bezugsgrösse für den entscheid rele vanten Sachverhalt. Spätere Arztberichte sind dann in die Beurteilung mitein zubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (BGE 143 V 409 E. 2.1, Urteil des Bundesgerichts 9C\_361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 3.3). Der

vorgenannte Bericht bezieh t sich auf eine im vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum durchgeführte Behandlung und lässt damit Rückschlüsse auf den im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebenen Gesundheitszustand de s Beschwerdeführer s zu und ist daher zu berücksichtigen . 4.

## E. 12

Februar 2021 (vgl. auch vorstehend E. 3.1) ,

von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit aus. Der rheumatologische Gutachter kam aufgrund eines chronischen lumbospondylogenen und eines chronischen zervikospondylogenen Schmerzsyndroms sowie einer Coxarthrose zum Schluss, in der bisherigen Tätigkeit bestehe eine 70%ige und in einer angepassten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit , dies seit Anfang 2021 . Interdisziplinär wurde aufgrund einer Teiladdition eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit angenommen (vorstehend E. 3.5) .

Nach einer geplanten erneuten stationären Behandlung in der

E.\_\_\_\_

und mit einer besseren Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme ging der psychiatrische Gutachter mit grosser Wahrscheinlichkeit davon aus, dass diese Massnahmen zu einer weiteren Verbesserung und Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustandes führten, und dass der Beschwerdeführer dadurch auch seine Arbeitsfähigkeit werde verbessern und schliesslich eine mindestens 80%ige Arbeitsfähigkeit erreichen könne n . Daraus folgte aus interdisziplinärer Sicht, dass nach dem stationären Aufenthalt (also ab Mai 2023, vgl. vorstehend E. 3. 7 ) in der bisherigen Tätigkeit eine 60%ige und in einer angepassten Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (vorstehend E. 3.5) .

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