

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00019 vom 20. Januar 2026**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2026-01-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2025.00019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2025.00019)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00019 du 20 janvier 2026

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00019 del 20 gennaio 2026

## **Erwägungen**

### **E. 1**

).

Im Dezember 2022 und Februar 2023 wurde der Beschwerdeführer aufgrund eines im August 2013 erlittenen Unfalls an der rechten und linken Schulter operiert ( Urk. 7/72 , Urk. 7/74/2 ).

Die IV-Stelle zog die

Akten der zuständigen Unfallversicherung bei (Urk. 7/7

#### **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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im Mai 2021 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab November 2021

ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

#### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind

ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

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

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

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

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

### **E. 1.4**

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 05.2025 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\_16/2025 vom 24. April 2025 E. 4.3.1).

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.

#### **2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, im August 2022 seien die beruflichen Massnahmen abgeschlossen worden, nachdem der Beschwerdeführer bei seiner bisherigen Arbeitgeberin wieder teilerwerbsfähig gewesen sei. In medizinischer Hinsicht hätten die Abklärungen ergeben, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit seit Juni 2021 zu 90 % erwerbsfähig [recte: erwerbsfähig] sei. Damit bestehe keine langandauernde gesundheitliche Einschränkung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und folglich kein Leistungsanspruch (Urk. 2). 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, das MEDAS-Gutachten, woraus sich (angeblich aus gesamtmedizinischer Sicht) eine 90%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ergebe, stehe in einem nicht lösbaren Widerspruch zur neuropsychologischen Begutachtung. Die in der neurologischen Teilbegutachtung stets als rein subjektiv betitelte rasche Ermüdbarkeit habe anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung eindeutig und nachvollziehbar objektiviert werden können. Anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung seien die Testverfahren validiert worden und die Ergebnisse hätten keine Auffälligkeiten ergeben. Von einer Aggravation könne also nicht ausgegangen und die erhobenen Befunde könnten somit als objektiviert betrachtet werden. Von Pseudobeschwerden könne nicht die Rede sein. Was damit gemeint sei bleibe im Dunkeln.

Die sog. Pseudobeschwerden, welche sich in der psychiatrischen Untersuchung ergeben hätten, seien dort nicht dokumentiert und spielten bei der Validierung der Einschränkungen anlässlich der neuropsychologischen Begutachtung absolut keine Rolle. Selbst wenn der Neurologe und Psychiater von einem rein «subjektiven» Beschwerdebild ausgingen, würden neuropsychologische Einschränkungen vorliegen, welche mit der Testung validiert und objektiviert worden seien. Die Arbeitsunfähigkeit sei im entsprechenden Teilgutachten schlüssig und leitliniengetreu hergeleitet worden. Die interdisziplinäre «Gesamtschau» sei somit in hohem Masse widersprüchlich und nicht nachvollziehbar. Die Begutachtung müsse damit wiederholt werden (Urk. 1). 3. Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 28. Juni 2024 hielten die begutachtenden Fachärzte folgende Diagnosen fest (Urk. 7/133/6 f.): - Zustand nach wake-up-Stroke (ischämischer Infarkt der Medulla oblongata rechts lateral) vom 18. März 2021, thromboembolisch bei offenem PFO mit Wallenberg-Syndrom; - F06.9: minimale bis leichte neuropsychologische Störung (kognitive Einschränkungen in Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen)

mit/bei - Status nach ischämischer Infarkt der Medulla oblongata rechts im März 2021 - Fatiguesymptomatik; - Zustand nach Auffahrunfall vom 26. Januar 2021 [recte 25. Januar 2021, vgl. 7/76/480]

(gemäß biomechanischer Kurzbeurteilung unterhalb oder knapp innerhalb eines Bereiches  $\Delta v$  von 10-15km/h); - Subjektiv Angabe chronifizierter Zervikozephalgien Schmerzsyndrom, links stärker als rechts mit/bei - degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule mit multiplen Diskusprotrusionen von C4-C7 beidseits - radiologisch leichter intraspinaler Wurzelirritation C5 rechts und starke Einengung der Neuroforamina C4-C7 beidseits, ohne Myelomkompression, Myelopathiesignal

und knöcherner Spinalkanal einengung - aktivierte Osteo-Chondrose von C4-C7 rechts betont, ohne Zusammenhang zum Unfalltrauma; - Zustand nach LBS-Tenodese und Labrumrefixation linksseitig am 28. November 2013 und Re-Operation am 01. Dezember 2022 mit Labrumresektion; - Zustand nach LBS-Tenotomie und Labrumrefixation am 25. Februar 2014 rechtsseitig sowie 10. Februar 2023 mit erneuter Labrumrefixation - aktuell ohne funktionales Defizit

der Schultern beidseits, bis auf eine Impingementsymptomatik; - Fehlhaltung der Wirbelsäule bei Rundrücken mit deutlicher muskulärer Dysbalance und Insuffizienz; - Zustand nach vorderer Kreuzband-Ersatzplastik mit gutem funktionellem Ergebnis; - leichte varische Beinachse; - ISG-Blockierung linksseitig; - Plantarfasziitis linksseitig.

Anlässlich der allgemeinmedizinischen Untersuchung hätten sich keine behandlungsbedürftigen Störungsdiagnosen ergeben. Aus rein internistischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsfähig (Urk. 7/133/45).

Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter habe der Beschwerdeführer in erster Linie eine mentale Erschöpfung berichtet. Seine Konzentration nehme je nach Arbeitsbelastung schlagartig

ab. Er habe bei der Arbeit viel mit Excel-Tabellen zu tun. Dabei könne er die Konzentration für 2.5 Stunden halten, danach gehe gar nichts mehr. Am 25. Januar 2021 habe der Beschwerdeführer einen Unfall [Anmerkung des Gerichts: Gestützt auf die Akten der Unfallversicherung brachte der Beschwerdeführer als Fahrzeuglenker seinen Skoda Fabia RAS an einer Kreuzung zum Stillstand. Ein nachfolgender BMW-Fahrer

konnte auf der vereisten Fahrbahn nicht rechtzeitig anhalten und fuhr auf das Heck des Skoda auf, vgl. Urk. 7/76/480, Urk. 7/76/13] und im März 2021 einen Hirnschlag erlitten. Zurzeit des Infarkts habe er einen starken Kopfschmerz gespürt, ein Dalfalgan eingenommen und

sei daraufhin eingeschlafen. Später sei er mit einer Linksseiten-Symptomatik sowie Fazialisparese rechts aufgewacht. Es sei

ihm sofort klar gewesen, dass es sich um einen Hirninfarkt handeln müsse, und er habe die Frau angewiesen, sofort ins Spital zu fahren. Vom Schlaganfall übrig geblieben seien die Beeinträchtigungen auf der linken Körperseite sowie im rechten Gesichtsbereich; ebenso die Müdigkeit, Erschöpfbarkeit und Konzentrationsstörungen. Des Weiteren bestehe ein Tinnitus, welcher zeitlich nach dem Schlaganfall begonnen habe. Alsdann habe er beide Schultergelenke operieren müssen. Diese Verletzungen seien auf den Autounfall zurückzuführen. Zudem bestünden

Nackenschmerzen. Der Beschwerdeführer könne ex post nicht feststellen, was genau welche Ursache habe. Nach psychischen Problemen gefragt, habe der Beschwerdeführer angegeben, eigentlich habe er keine psychischen Probleme. Demgegenüber bestünden Schlafstörungen, die ihn ständig verfolgten. Daher sei er nie ausgeruht. Er würde gerne mehr Zeit mit der Tochter verbringen. Dies schaffe er aber aufgrund der Erschöpfung nicht. Des Weiteren belastete ihn auch, dass man in ihm eigentlich nicht ansehe, wie es ihm tatsächlich gehe. Die Existenzängste und der finanzielle Engpass, welche durch die Versicherungsleistungen bzw. nicht geleisteten Versicherungsleistungen entstünden, würden ihn psychisch sehr belasten. Die Schlafstörungen seien eher schmerzbedingt. Er wache auch wegen des Tinnitus auf oder auch weil sein linker Arm eingeschlafen sei. 2022 habe er erstmals einen Psychiater aufgesucht. Die Sitzungen hätten bis am 15. Februar gedauert. Der behandelnde Psychiater habe keine Diagnose gestellt und keine Medikamente verordnet. Es habe sich um eine reine Gesprächstherapie gehandelt

(Urk. 7/133/50 f., Urk. 7/133/60).

In beruflich-biographischer Hinsicht habe der Beschwerdeführer nach einer vierjährigen Berufslehre zum Maschinenkonstrukteur verschiedentlich temporäre und auch Festanstellungen gehabt. Zwischenzeitlich sei er sieben Jahre als Tauchlehrer in Südostasien und Australien unterwegs gewesen. Während dieser Zeit habe er weiterhin über Anstellungen als CAS-Konstrukteur verfügt und damit etwas verdienen können. So sei er etwa 2002/2003 technischer Direktor im CAD-Vertrieb in Malaysia gewesen. 2005 sei er in die Schweiz zurückgekehrt und bis 2007 Geschäftsführer und Pächter eines Restaurantbetriebes in einem Freibad gewesen. Danach sei der Beschwerdeführer in – näher bezeichneten – Firmen wiederum in seiner angestammten Tätigkeit als Konstrukteur, teilweise in leitender Position, tätig gewesen. Seit 2017 bis aktuell arbeite er bei der Y.\_\_\_\_ AG, wobei er nach einem Arbeitsversuch eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 50% ausübe. In sozialer Hinsicht sei der Beschwerdeführer glücklich verheiratet; seine Ehefrau sei unterstützend und verständnisvoll. Zudem sei er Vater einer fünfjährigen Tochter und verfüge über einen – wenn auch reduzierten – Freundeskreis. Er stehe morgens um 6.30 Uhr auf.

Um 7.30 Uhr sei er in der Firma, wo er bis mittags arbeite. Zum Mittagessen, welches die Ehefrau zubereite, gehe er nach Hause. Danach lege er sich nach Möglichkeit hin. Abends

würde er kochen und mit der Tochter etwas unternehmen. Es gebe Abendrituale und die Tochter werde von beiden gemeinsam ins Bett gebracht. Im Haushalt habe er keine Einschränkungen und helfe ganz normal mit. Als Hobbies habe der Beschwerdeführer Gartenarbeit, mit der Tochter in die Kletterhalle gehen, Modellbauen, Flugzeuge und Autos angegeben. Er habe einen 3D-Drucker zuhause. Zudem besitze er ein Auto und fahre hauptsächlich Auto (Urk. 7/133/52 f.). Regelmässige medizinische Behandlungen fänden derzeit nicht statt; bei Bedarf gehe er zum Hausarzt, wegen der Schulter sei er in regelmässiger Kontrolle. In beruflicher Hinsicht könne er sich eine Pensumserhöhung bei der aktuellen Stelle nicht vorstellen, jedoch möglicherweise in einer anderen, geistig nicht so fordernden Tätigkeit (Urk. 7/133/53). Die vor allem durch die IV verursachten Geldprobleme würden ihn sehr belasten (Urk. 7/133/60).

In objektiver Hinsicht hielt der begutachtende Psychiater fest, der pünktlich und äusserlich gepflegt erscheinende sowie zu allen Qualitäten hin orientierte, freundliche und zugewandte Beschwerdeführer habe sich kooperativ und auskunftsbereit gezeigt. Die Kontaktaufnahme habe einwandfrei funktioniert und ein Rapport sei herstellbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe die Konzentration und Aufmerksamkeit während der Untersuchungsdauer gut halten können, ohne Zeichen erhöhter Ablenkbarkeit. Gedächtnisstörungen seien nicht eruierbar und das Denken sei klar und kohärent. Die Sprache des Beschwerdeführers sei unauffällig und das Sprechen in Lautstärke und Tempo normal. Es bestünden keine Hinweise für Ich- und Wahrnehmungsstörungen oder Zwänge und Phobien. Die Intelligenz sei im Normbereich. Im Affekt sei der Beschwerdeführer euthym und in beiden Skalenbereichen gut affizierbar. Seine Willensbildung sei uneingeschränkt und der Antrieb normal. Der strukturierte Fragebogen simulierter Symptome (SFSS) habe eine negative Antwortverzerrung ergeben; der Gesamt-SFSS-Score liege bei 23 Punkten und sei bei einem Cut-off von 16 erhöht. Die einzelnen Scores seien zum Teil signifikant auffällig (Urk. 7/133/53 ff.).

Aus klinisch-psychiatrischer Sicht bestehe weder eine Therapieaktivität noch –  
notwendigkeit

und seien keine Funktionseinbussen erhebbare. Infolge des auffälligen SFSS-Scores seien die vorgebrachten Beschwerden hinsichtlich der Kognition und neurologischen Symptomatik inkonsistent. Mithin sei der Beschwerdeführer aus rein psychiatrischer Sicht voll eingliederungsfähig. Im neuropsychologischen Teilgutachten sei eine minimale bis leichte kognitive Störung mit Fatigue und Leistungsabfall nach drei Stunden festgestellt worden, woraus sich eine Leistungseinschränkung im Umfang von 10% ergebe. Im Übrigen bestünden keinerlei Einschränkungen nach ICF (Urk. 7/133/60 f.). Daraus resultiere für jegliche Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 90%. Dies gelte seit Beendigung des Krankenstandes im Gefolge der Schulteroperationen (Urk. 7/133/61 f.).

Anlässlich der neurologischen Begutachtung habe der Beschwerdeführer 24 Stunden kontinuierlich vorhandene Kopfschmerzen, verbunden mit ziehenden Schmerzen im Nackenbereich und zunehmend unscharf Sehen tagsüber, sowie zunehmende Schmerzen der linken Körperhälfte und tiefer stehendem Mundwinkel rechts berichtet. Die Kopfschmerzsymptomatik verschlechtere sich bei Stressbelastung. Eine begleitende Übelkeit, Erbrechen oder Doppelbilder habe der Beschwerdeführer verneint. Zudem bestehe eine tagsüber progrediente Leseschwäche mit vermehrten Lese- und Schreibfehler

n ; an Tagen ohne Arbeit sei dies weniger stark ausgeprägt. Ausserdem habe der Beschwerdeführer Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich, welche 24 Stunden anhielten mit einer Intensität im Schulterbereich rechts von VAS 1/10, im Nackenbereich von VAS 2-7/10 und im Bereich des linken Armes von VAS 3-7/10. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer infolge des im März 2021 erlittenen wake-up-Stroke s ein Wallenberg-Syndrom, klinisch mit Sensibilitätsstörung der linken Körperhälfte und Horner-Syndrom rechts sowie Fallneigung nach rechts entwickelt. Eine Carotidisdissektion habe sich nicht nachweisen lassen; MR-tomographisch im März 2021 sei eine maximal 3 mm grosse ischämische Läsion im Bereich der rechten lateralen Medulla oblongata dargestellt worden, mit geringer Zunahme der Ausdehnung in den nächsten Tagen. Im Austrittsbericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 29. April 2021 sei ein offenes Foramen ovale als thromboembolische Ursache angesehen worden. Am 9. April 2021 habe der Beschwerdeführer in deutlich gebesserten Zustand aus der Klinik B.\_\_\_\_ entlassen werden können und es sei am 12. April 2021 ein Verschluss des offenen Foramen ovale durchgeführt worden. Während des stationären Aufenthaltes in der Klinik B.\_\_\_\_

sei der Beschwerdeführer umfangreich neuropsychologisch getestet worden, wobei sich nur minimale Einschränkungen im attentionalen Funktionsbereich gezeigt hätten; subjektiv sei eine leicht reduzierte konzentrierte Belastbarkeit bemerkt worden. Während der 60-minütigen Untersuchung habe sich kein Hinweis auf eine Abnahme der konzentrierten Belastbarkeit

gezeigt (Urk. 7/133/67 f.).

In klinisch-neurologischer Hinsicht seien der Visus und die Okulo- sowie

Pupillomotorik unauffällig. Es bestehe jedoch eine geringgradige Ptose rechts seitig, ohne eindeutige

Enophthalmus. Das Gesichtsfeld sei fingerperimetrisch unauffällig. Es zeige sich kein Hinweis für einen Nystagmus und der Weber Versuch lateralisiere nach rechts. In der rechten Gesichtshälfte bestehe eine Hypästhesie in paramedianer Begrenzung. Das Gaumensegel stehe rechts etwas tiefer als links; die übrigen kaudalen Hirnnerven seien unauffällig.

Die Schluck- und Sprechmotorik sei regelrecht und

die Salivation und Lakrimation

seien unauffällig.

An den oberen und unteren Extremitäten seien

die geprüften Reflexe symmetrisch mit teilhaft auslösbar. Bei der Sensibilitätsprüfung hätten sich ein reduziertes Temperatur- und Vibrationsempfinden der linken Körperhälfte sowie eine linksseitige Allodynie ergeben. Die Muskeltrophik sei symmetrisch und der Muskeltonus imponiere unauffällig.

Die Kraft des linken Beines sei gegen Widerstand allgemein reduziert, proximal und distal. Weitere Zeichen einer spastischen extrapyramidal motorischen oder zerebellären Störung bestünden nicht.

Die übrige Einzelkraftprüfung sei seitengleich unauffällig und auch in der motorischen Komplexprüfung hätten sich keine signifikanten Einschränkungen ergeben.

Gleichermassen hätten sich an den unteren Extremitäten ein stabiler Stand und ein normaler monopodaler Stand ohne Trendelenburgzeichen ergeben. Der Vorfuss- und Hackenstand sowie die dazugehörigen Gangproben seien völlig unauffällig.

Ferner bestehe keine Extremitäten-, Rumpf-, Stand- oder Gangataxie. Das Gangbild sei flüssig mit erhaltenen Halte- und Stellreflexen, ohne Lateralisierung. Im Bereich der Wirbelsäule bestünden keine Klopf- oder Druckdolenzen. Die peripheren Gelenke seien frei beweglich und die Muskulatur sei altersentsprechend, ohne lokalisierte oder generalisierte Atrophien (Urk. 7/133/70).

Aus neurologischer Sicht sei

die beschriebene Ermüdbarkeit im Sinne einer Fatigue bei längerer PC-Arbeit zwar glaubhaft, in der Untersuchungssituation jedoch nicht objektivierbar gewesen. Selbst wenn eine chronische Fatigue bestünde, so sei ein pathophysiologischer Zusammenhang mit dem Insult geschehen vom März 2021 (Wallenberg-Syndrom) äusserst unwahrscheinlich. Versicherungsmedizinisch seien eher fremde Gründe wahrscheinlich, so etwa der vermehrte Alkoholkonsum. So habe der Beschwerdeführer angegeben, etwa 2-3 x wöchentlich 3 Bier zu trinken. In Bezug auf das stattgehabte Insultereignis bestehe kaum noch Therapieaktivität, abgesehen von einer Sporttherapie

mit Massage und Kräftigungsübungen. Auch die im Rahmen der aktuell darstellbaren minimalen bis leichten kognitiven Störungen (siehe neuro-psychologisches Gutachten) seien nicht durch organisch-neurologische Störungen plausibel erklärbar; auch nicht mit dem Status nach Wallenberg-Syndrom, zumal es sich gemäss der MRI-Befunde vom März 2021 um einen singulären begrenzten Befund, ohne andere ischämische Läsionen gehandelt habe und auch keine anderen zerebro-vaskulären Schädigungszeichen feststellbar seien. Pathophysiologisch entspreche die aktuell chronische Kopfschmerzsymptomatik einem chronifizierten oberen Zervikalsyndrom und lasse sich nicht durch das Insultereignis vor drei Jahren erklären. Die zervikalen Diskusprotrusionen erklärten die Kopfschmerzsymptomatik auch nicht. Die Leseschwäche, welche tagsüber progredient sei und bei vermehrter geistiger Belastung auftrete, verbunden mit Schreibfehlern, lasse sich nicht durch das Insultereignis vom März 2021 erklären. Es handle sich um vorbestehende Teilleistungsschwächen. Auch die aktuell bestehende Tagesmüdigkeit könne durch dieses Ereignis nicht erklärt werden, da bei einem Wallenberg-Syndrom keine für kognitive oder attentionale Funktionen relevante Strukturen geschädigt würden.

Der beschriebene Schulterschmerz, sowohl rechts- als auch linksseitig, sei nicht radikulär einzugrenzen. Vorstellbar sei aber, dass die foraminalen Stenosen auf C4/C5 und C5/C6 rechts zu einer Verstärkung der primär durch Schulterpathologie bestehenden Schmerzen führten. Auch die linksseitigen Schulterschmerzen könnten durch die neuroforaminalen starken Engen der HWK 4-7 verschlechtert werden. Andererseits würden keine Analgetika benötigt. Eine relevante Schmerzausprägung, so dass davon sogar kognitive Einschränkungen resultieren sollten, können nicht begründet werden. Aus rein neurologischer Sicht könnten die subjektiv geltend gemachte Leistungsintoleranz und erhöhte Fatigabilität nicht erklärt werden (Urk. 7/133/73). Mangels neurologischer Grunderkrankung ergäben sich auf diesem Fachgebiet auch keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/133/75).

Der orthopädische Gutachter hielt fest, der Beschwerdeführer habe Schmerzen im Bereich der linken Schulter sowie ein Taubheitsgefühl des gesamten linken Arms bis in die Hand rechts beklagt. Zudem bestünden ein Hitzegefühl im Bereich des linken Thorax und ein brennendes Gefühl sowie eine Instabilität im Bereich des linken Beins (Urk. 7/133/82).

Während der Anamneseerhebung habe der Beschwerdeführer ohne Lagewechsel sitzen können. Er habe auch nicht im Zimmer umhergehen müssen. Alsdann habe er ein flüssiges raumgreifendes Gangbild und eine normale Abrollung der Füße

mit gleichmässigem Schrittmass auf ebener Boden

gezeigt. Der Beschwerdeführer stehe stabil und die Wirbelsäule sei im Lot bei Schulter- und Beckengeradstand. Den

Einbeinstand

habe er

beidseits sicher demonstrieren können und der Zehenspitzenstand und -gang sowie Hackenstand und -gang seien beidseits sicher. Es hätten sich keine Gleichgewichtsstörungen gezeigt.

Die

tiefe Kniebeuge und das Neigen des Oberkörpers hätten sich ohne Probleme gestaltet; ebenso das Aufrichten.

Das An- und Auskleiden sei problemlos und ohne Schonhaltung im Stehen und im Sitzen erfolgt. Dabei habe sich der Beschwerdeführer auch nicht abstützen müssen. Beide Arme seien frei beweglich, seitengleich einsetzbar und hätten über Schulterhöhe angehoben werden können. Der Hawkins Impingement

Test sei jedoch beidseits positiv ausgefallen. Alsdann habe der Beschwerdeführer ein normales Zugreifen mit den Händen gezeigt. Das Hinlegen und Drehen auf der Untersuchungsfläche sei ohne Probleme erfolgt. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei bis auf eine minimal eingeschränkte Seitneigung nach links altersentsprechend frei. Die paravertebrale Muskulatur sei nicht wesentlich verspannt, habe jedoch linksseitig eine leichtgradige Gegenspannung gezeigt. Die Hüft-, Knie- und Sprunggelenke seien ebenfalls seitengleich frei beweglich und deren Funktion altersentsprechend; beim rechten Knie habe sich eine minimale Instabilität nach Kreuzbandoperation gezeigt. Des Weiteren habe sich eine ISG-Blockade linksseitig im Bereich der Lendenwirbelsäule und an den Füßen eine Plantarfasziitis linksseitig gezeigt, welche auf eine Verkürzung der Wadenmuskulatur zurückzuführen sei.

Groborientierend bestünden auch keine neurologischen Störungen (Urk. 7/177/85 ff.).

Im Rahmen der körperlichen Untersuchung habe sich eine eher geringe Beschwerdesymptomatik mit nur geringem Druckschmerz und ohne wesentliche Funktionseinschränkung, weder der Arme noch der Wirbelsäule, ergeben. Die angegebenen Beschwerden seien nur zu einem geringen Teil auf die orthopädischen Befunde zurückzuführen. Nach dem Frisbee-Sturz 2013 seien im November 2013, Februar 2014 sowie Dezember 2022 und Februar 2023

die Schultern beidseits operiert worden (Urk. 7/133/87, vgl. auch Urk. 7/133/82, Urk. 7/133/84). Anlässlich der aktuellen Untersuchung habe sich diesbezüglich ein sehr gutes

Ergebnis gezeigt . Dasselbe gelte nach stattgehabter Knieoperation rechts. Hinsichtlich der ISG-Blockade und Plantarfasziitis linksseitig seien physiotherapeutische Massnahmen resp. eine Extensionsbehandlung im Bereich der linken Wade sowie eine Einlagenversorgung mit Fersenspornaufbau zu verordnen ( Urk. 7/133/87 f.) . In seiner angestammten Tätigkeit sowie für eine angepasste Tätigkeit ohne ständiges Arbeiten über Kopf mit starker Belastung der Schultergelenke oder Arbeiten ausserhalb des Körperlots mit nach vorne geneigtem Oberkörper sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig ( Urk. 7/133/88 f.).

Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer eine im Vordergrund bestehende rasche Ermüdbarkeit, Schmerzen und neurologische Symptome (Brennen im Bein, Einschlafgefühl an diversen Orten) berichtet . Durch die zunehmende /n Müdigkeit und Kopfschmerzen im Tagesverlauf würden zudem Konzentrationsprobleme auftreten. Nach 3-4 Stunden Arbeit sei er völlig erschlagen. In den Fragebögen habe er zudem depressive Symptome und eine ausgeprägte Fatigue angegeben.

Fremdanamnistisch habe seine Frau berichtet, dass der Beschwerdeführer nie erholt und immer müde sei. Er habe nicht dieselbe Energie wie früher. Manchmal sei er vergesslich, mit Daten habe er Mühe. Alsdann sei er oft gereizt, wohl wegen der Müdigkeit, den Kopfschmerzen und dem Tinnitus ( Urk. 7/133/

### **E. 3**

ff.) .

Am 14.

April 2023 erteilte sie dem Versicherten Kostengutsprache für einen betriebsinternen Arbeitsversuch vom 1. April bis 7. Oktober 2023, begleitet durch einen Job Coach der Z. \_\_\_ AG und zuzüglich eines Taggeldes ( Urk. 7/84 f. ; vgl. Abschlussbericht vom 18. Oktober 2023 , Urk.

7/103 ). Ab dem 8. Oktober 2023 arbeitete der Beschwerdeführer im Sinne eines angepassten Arbeitsplatzes mit reduziertem Pensum (50 % ) als Entwicklungsingenieur bei der bisherigen Arbeitgeberin

(vgl. Arbeitsvertrag, Urk.

### **E. 7**

/101 ; vgl. auch Urk. 7/103/3 ). Im Hinblick auf die Rentenprüfung veranlasste die IV-Stelle das polydisziplinäre (Allgemeine Innere Medizin/Psychiatrie/Neurologie/Orthopädie) Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle ( MEDAS )

A. \_\_\_ , vom 28.

Juni 2024 ( Urk. 7/133/1-123). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 7/135, Urk. 7/139) verneinte sie mit Verfügung vom 26. November 2024 einen Leistungsanspruch des Versicherten ( Urk. 2). 2. Dagegen erhob X. \_\_\_

am 13. Januar 2025 (Eingang) Beschwerde und beantragte, es seien ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 26.

November 2024 die gesetzlichen Leistungen auszurichten ( Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2025 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 19. Februar

2025 angezeigt wurde ( Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

## **E. 10**

3 ff.).

Klinisch seien innerhalb der 3.5 Stunden dauernden Untersuchung Ermüdungszeichen (kleinere Augen, ruhiger werdend, geröteter Kopf) und ein Leistungsabfall (langsamer) beobachtbar gewesen. Das Arbeitstempo habe sich bei komplexeren Aufgaben im Verlauf verlangsamt. Der Beschwerdeführer habe frustriert und angespannt gewirkt, sei teilweise vom Thema abgeschweift und habe einen leicht erhöhten Redebedarf gezeigt. Er habe kooperativ mitgearbeitet. Die Ergebnisse der formalisierten Leistungs- und klinischen Beschwerdevalidierung seien durchgehend unauffällig ausgefallen, so dass sich aufgrund dieser Ergebnisse keine Zweifel an der Validität (Gültigkeit) des erhaltenen Testprofils und an der Glaubwürdigkeit der Beschwerdeschilderung begründen ließen. Es würden somit keine Hinweise auf ein problematisches Leistungs- und Antwortverhalten im Sinne von Verdeutlichung, Aggravation oder gar Simulation vorliegen. Aufgrund des bis herigen schulischen und beruflichen Werdegangs sei von mindestens durchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten auszugehen ( Urk. 7/133/10 5 ).

Die objektivierten Defizite, zusammen mit den klinischen Auffälligkeiten, entsprächen einer persistierenden minimalen bis leichten kognitiven Störung. Zusätzlich bestehe eine Fatiguesymptomatik. Die objektivierten Einschränkungen wie auch die reduzierte Belastbarkeit seien aus rein neuropsychologischer Sicht mit dem ischämischen Infarkt der Medulla oblongata rechts im März 2021 gut vereinbar. Fatigue trete nach Hirninfarkten häufig auf. Grundsätzlich führten kognitiv anspruchsvolle Aufgaben zu einer raschen kognitiven Ermüdung, was wiederum den Abruf von kognitiven Ressourcen erschweren könne. Es könnten sich dann auch Einschränkungen in Bereichen manifestieren, welche an und für sich unauffällig seien, etwa in einer erhöhten Vergesslichkeit oder Fehleranfälligkeit. Kognitive Aktivitäten bräuchten nach einer Hirnverletzung mehr Ressourcen und Energie als bei Gesunden und verstärkten so wiederum die Müdigkeit. Hinweise auf eine reduzierte Leistungsbereitschaft bestünden nicht ( Urk. 7/122/106).

Die neuropsychologischen Untersuchungen während der Rehabilitation im Jahr 2021 sowie die Verlaufsabklärung im September 2022 hätten jeweils leichte kognitive Einschränkungen ergeben. Mehr als zwei Jahre nach dem Schlaganfall sei von keinen bedeutsamen Verbesserungen mehr auszugehen, auch nicht mittels Therapie. Die Leistungsfähigkeit sei seit der letzten Untersuchung im September

2022 stabil. Die Einschätzung der quantitativen Leistungsfähigkeit einzig anhand der neuropsychologischen Untersuchung sei schwierig. Das aktuell vom Beschwerdeführer geleistete Pensum von 50 % und der bisher erfolglose Versuch einer weiteren Steigerung seien jedoch gut nachvollziehbar. Infolge der reduzierten Belastbarkeit und Ermüdung bereits nach drei Stunden bestehe im Rahmen seiner zuletzt ausgeübten 50%igen Tätigkeit

eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit von etwa 10 % . Dies gelte seit September 2022 (letzte neuropsychologische Abklärung). In einer angepassten Tätigkeit hätte der Beschwerdeführer mehr Zeit zur Verfügung, keinen Zeitdruck und könne die Arbeiten seriell bearbeiten. In einer solch angepassten Tätigkeit bestehe keine Leistungseinschränkung . Das Pensum wäre aber hier reduziert . Die zeitliche Belastbarkeit könnte allenfalls mit regelmässigen Pausen oder anderen Arbeitszeiten ( drei Stunden am Morgen, zwei Stunden am Nachmittag) etwas reduziert werden. Auch in einer komplett anderen Tätigkeit (beispielsweise ohne PC, serielle Tätigkeit, kognitiv möglichst anspruchslos) sei von einer Einschränkung der Belastbarkeit auszugehen. Möglich sei, dass die Fatigue hier etwas später auftrete. Dies sei jedoch rein spekulativ und müsse ausgetestet werden ( Urk. 7/133/107 f. ).

Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung hielten die begutachtenden Fachärzte fest , der Beschwerdeführer habe subjektiv eine erhebliche Leistungsintoleranz, kognitive Beeinträchtigungen und Schmerzzustände geltend gemacht, welche ihn an einer Erhöhung seines gegenwärtigen Arbeitspensum von 50 % hindern würden, trotz bereits erfolgter Arbeitsplatzadaptation. Die Beeinträchtigung seitens Leistungsintoleranz und Fatigabilität sehe der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem ischämischen Hirnstamminsult . Diese subjektive Betrachtung, teilweise von Ärzten übernommen, müsse letztlich aus neurologischer resp. pathophysiologischer Sicht als nicht hinreichend nachvollziehbar zurückgewiesen werden .

Insbesondere komme es beim beschriebenen dorsolateralen kleinen Hirnstamminsult (3 mm) im Sinne eines sogenannten Wallenberg -Syndroms ( dorsolaterales Oblongata -Syndrom) eben nicht zu einer Störung neuraler Strukturen, welche im Zusammenhang mit Vigilanz und kognitiven Funktionen stünden. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzzustände seien ebenfalls ungeeignet , die subjektiv angegebene Leistungsintoleranz zu erklären. Insbesondere nehme er gar keine Schmerzmittel ein. Dass er keine Schmerzmittel einnehmen wolle, weil er den Schlaganfall nach abendlicher Einnahme von Dafalgan

erlitten und den Schlaganfall sozusagen verschlafen habe , sei wenig überzeugend - wenn denn auch ein Leidensdruck bestünde . Schliesslich erachte der Beschwerdeführer psychiatrische oder psychologische Massnahmen als nicht erforderlich . Dies decke sich mit dem aktuellen psychopathologischen Befund, in welchem der Versicherte durchwegs unauffällig imponiert habe , speziell auch mit euthymer Stimmungslage und guter Schwingungsfähigkeit in beide Skalenbereiche. Zudem sei der Beschwerdeführer durchgängig als wach, konzentriert und etwa während der allgemein internistischen Begutachtung vielfach lachend beobachtet worden. Dies stehe in erheblicher Diskrepanz zu den im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung vom Beschwerdeführer im Rahmen von Selbstbewertungsskalen zu Depression und Ängstlichkeit (HADS-D) und Fatigue (FSMC) dargestellten subjektiven Beeinträchtigungen, in welchen er einerseits eine leichtere Depressivität und grenzwertige Ängstlichkeit darstellt sowie eine schwergradige Fatigue (sowohl kognitiv wie motorisch) benennt habe. Eine Depressivität könne im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Begutachtung nicht belegt werden und sei auch nicht mit dem bisherigen Verlauf vereinbar . Vielmehr fokussiere sich der Beschwerdeführer auf die ihm von den Ämtern verwehrte finanzielle Kompensation. Die im Rahmen des neuropsychologischen Gutachtens als erkennbar beschriebene Fatigue sei

in keiner der anderen Begutachtung beobachtbar gewesen .

Auch wenn zum Zeitpunkt der aktuellen neuropsychologischen Begutachtung minimale bis leichte neuro-psychologische Störungen (als kognitive Einschränkungen in Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen) sowie auch Fatigue-Symptomatik beschrieben seien und die Leistungsvalidierung nicht auffällig gewesen

sei, sei der eigentliche Kern der neuropsychologischen spezifischen Störungen unter Berücksichtigung der zum Infarkt zeitnahen relativ unauffälligen neuropsychologischen Voruntersuchungen 2021/2022 gering . Die Leistungsvalidierung im Rahmen der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung stehe zudem diskrepant

zur Beschwerdevalidierung im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens .

Soweit der Beschwerdeführer seine Schulterpathologie auf den Heckauffahrunfall vom Januar 2021 zurückführe, habe die biomechanische Kurzbeurteilung vom 2. Februar 2023 delta-v-Werte unterhalb oder nur knapp im Rahmen des versicherungsmedizinisch relevanten Grenzbereichs

ergeben.

Entsprechend hätten sich auch in der Bildgebung keinerlei unfallbezogene Korrelate gezeigt .

Klinisch- orthopädisch sei anlässlich der aktuellen Untersuchung beidseits ein völlig normaler Status erhoben worden , ohne jegliche Auffälligkeit . Auch aus neurologischer Sicht hätten sich im klinischen Status nur minimale Residuen nach dorsolateralem Medulla oblongata Syndrom (Wallenberg -Syndrom) gezeigt, welche überdies in keiner Weise arbeitsrelevante Einschränkungen oder die subjektiv geschilderte Leistungsintoleranz und Fatigabilität sowie die im neuropsychologischen Gutachten festgestellten minimalen kognitiven Störungen zu erklären vermöchten. Zusammenfassend stünden dem subjektiv geltend gemachten begrenzten Leistungsvermögen die fehlende medizinische Plausibilität dieser Symptomatik entgegen. Weder somatisch noch psychiatrisch ließen sich diese beschriebenen Phänomene auf krankheitswertiger Grundlage hinreichend erklären . Die nur minimalen bis leichten kognitiven Störungen seien in der Gesamtbetrachtung multifaktoriell. Demgegenüber sei ein psychomentales Fehl- und Dekonditionierungsverhalten im Kontext externer Faktoren ,

etwa subjektiv empfundener Ungerechtigkeit durch verwehrte IV-Leistungen, überwiegend wahrscheinlich. Solche Faktoren habe der Beschwerdeführer auch auffällig oft wiederholt. Er sehe sich von der Verwaltung ungerecht behandelt, indem ihm Leistungen verwehrt würden ( Urk. 7/133/4 ff.). Sowohl die derzeit ausgeübte angepasste Tätigkeit wie auch eine andere angepasste Tätigkeit sei somit nicht signifikant als bleibend eingeschränkt zu beurteilen, auch wenn sich die Fehl- und Dekonditionierungszustände aktuell mit dem Bild einer erhöhten Fatigabilität und minimaler kognitiver Störungen gemäss dem neuropsychologischen Gutachten darstellten ( Urk. 7/133/6). Der Beschwerdeführer könne sämtliche Tätigkeiten in seinem Berufsfeld ohne Einschränkung ausüben. Ständige Arbeiten über Schulterhöhe seien jedoch zu vermeiden .

Zudem verfüge der Beschwerdeführer durchaus über sehr gute Ressourcen (intellektuell, beruflich, Sprachen, internationale Erfahrung) und ein intaktes psychosoziales Umfeld ( Urk. 7/133/7).

Mithin bestehe für die zuletzt ausgeübte und bereits adaptierte sowie für jede andere angepasste Tätigkeit eine 90%ige Arbeitsfähigkeit (ganztäglich, minimale Leistungsminderung aufgrund der minimalen bis leichten kognitiven Störungen) mit zügigem Belastungsaufbau von derzeit 50 % . Dies gelte auch rückwirkend, ca. seit drei Monaten nach Eintritt des Medulla- oblongata -Syndroms im März 2021 ; ausgenommen seien nur die kurze Zeiten

[postoperativer Rekonvaleszenz] nach der

arthroskopischen Schulteroperationen ( Urk. 7 /133/ 8 ). 4. 4.1 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 28. Juni 2024 erging in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten und den geklagten Beschwerden sowie gestützt auf die klinischen Untersuchungen. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation und Zusammenhänge ein und liefert nachvollziehbare Schlussfolgerungen. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung deckten die begutachtenden Fachärzte – näher beschriebene - Diskrepanzen auf und begründeten ebenso einlässlich wie plausibel , weshalb ungeachtet der subjektiven Einschränkungen aus medizinisch-objektiver Sicht eine 90%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Die im neuropsychologischen Teilgutachten festgehaltene minimale bis leichte neuropsychologische Störung lässt sich damit zwanglos vereinbaren. Hervorzuheben ist auch, dass die neuropsychologische Gutachterin hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit keine Leistungsminderung postulierte und offenliess , in welchem Umfang eine zeitliche Einschränkung besteht ( Urk. 11/133/108). Des Weiteren legten die begutachtenden Fachärzte nachvollziehbar dar, dass die berichtete Beeinträchtigung der Leistungsintoleranz und Fatigabilität

aus neurologischer resp. pathophysiologischer Sicht nicht hinreichend mit dem erlittenen Hirninfarkt zu erklären seien . Insbesondere komme es beim beschriebenen dorsolateralen kleinen Hirnstammisult (3 mm) im Sinne eines sogenannten Wallenberg -Syndroms (dorsolaterales Oblongata -Syndrom) eben nicht zu einer Störung neuraler Strukturen, welche im Zusammenhang mit Vigilanz und kognitiven Funktionen stünden. Daran ändert auch nichts, wenn einzig die neuropsychologische Gutachterin – aus rein neuropsychologischer Sicht - dafürhielt, die objektivierten Einschränkungen und reduzierte Belastbarkeit seien mit dem ischämischen Infarkt der Medulla oblongata rechts im März

2021 gut vereinbar ;

über diese rein neuropsychologische

Einschätzung hinaus fehlte es ihr an fachmedizinischen Hintergrundwissen. Im Übrigen stellt die neuropsychologische Abklärung lediglich eine Zusatzuntersuchung dar und es bleibt grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen oder allenfalls des neurologischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteil e

des Bundesgerichts 8C\_380/2022 vom 27. Dezember 2022 E. 10.2.1 mit weiteren Hinweisen; 9C\_282/2023 vom 28. August 2023 E. 4.2.8 mit weiteren Hinweisen). Mithin genügt das Gutachten den an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage gestellten Anforderungen (vgl. E. 1. 4 ), weshalb darauf abzustellen ist. Daran ändert im Übrigen auch der Abschlussbericht der Z. \_\_\_ AG

vom 18. Oktober 2023 über das Coaching nichts ( Urk. 7/103). Soweit darin festgehalten wird, eine Steigerung des Arbeitspensums auf über 50 % sei nicht möglich, gibt dies

vornehmlich

die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers wieder; er habe Kopfschmerzen berichtet und aus seinem Belastungsjournal gehe hervor, dass eine erhöhte Müdigkeit nach dem Mittag bestehe. Unter Hinweis auf die gutachterlichen Feststellungen lassen sich die subjektiven Beschwerden

und die Leistungsminderung im

geltend gemachten Umfang nicht hinreichend objektivieren

oder auf eine Krankheit im Sinne von

Art. 3 ATSG zurückführen. 4.2 Nach dem Gesagten ist G estützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 28. Juni 2024

davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer jedenfalls seit Juni 2021 für sämtliche Tätigkeiten in seinem angestammten Berufsfeld sowie jede andere angepasste Tätigkeit zu 90 % arbeitsfähig war. Damit fällt ein Rentenanspruch im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (November 2021) a priori ausser Betracht und erübrigt sich ein Einkommensvergleich. 5. Mithin ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid einen Leistungsanspruch verneint hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Ivo Baumann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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, zuzustellen.

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  
Arnold Gramigna Hediger

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