

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00180 vom 20. April 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-04-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00180](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00180)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00180 du 20 avril 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00180 del 20 aprile 2022

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1981, absolvierte eine Anlehre als Karrossierereparateur. Jahrelang arbeitete er jedoch als Hilfsarbeiter, ab 2006 als Gipser bei der Y.\_\_\_\_ AG (Urk. 8/21). Er meldete sich am 17. Oktober 2015 unter Hinweis auf verschiedene gesundheitliche Einschränkungen und eine

bestehende Arbeitsunfähigkeit bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/2). Die IV-Stelle holte medizinische Unterlagen und die Akten des Krankentaggeldversicherers der Y.\_\_\_\_ AG ein (Urk. 8/14, 8/15). Es erfolgte eine Eingliederungsberatung (Urk. 8/22). Weil der Versicherte eine Knieoperation in Aussicht hatte und sich während der Genesungszeit für nicht schulfähig erachtete, schloss die IV-Stelle am 2. Mai 2016 die berufliche Eingliederung ab (Urk. 8/24). Am 14. August 2016 meldete sich der Versicherte wieder an und beantragte berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urk. 8/28). Die IV-Stelle zog erneut medizinische Akten bei (Urk. 8/30, 8/35), vor allem auch die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) über den am 9. Februar 2008 erlittenen Skiunfall, bei dem der Versicherte am rechten Kniegelenk eine vordere Kreuzbandruptur erlitten hatte (Urk. 8/46/26, Urk. 8/46/40, Urk. 8/46/45) und für dessen Folgen sie am 26. März 2018 ab 1. März 2018 eine Invalidenrente auf der Grundlage eines Invaliditätsgrades von 13% zusprach (Urk. 8/57).

Am 21. September 2017 endete das Arbeitsverhältnis des Versicherten bei der Y.\_\_\_\_ AG (Urk. 8/46/227). Nachdem die IV-Stelle zahlreiche neue ärztliche Verlaufsberichte erhalten hatte, wurde eine interdisziplinäre Begutachtung des Versicherten angeordnet. Am 4. März 2020 erging das MEDAS-Gutachten der Z.\_\_\_\_ AG (Z.\_\_\_\_ AG; Urk. 8/118/1-80). Es wurde dem Regionalen Ärztlichen Dienst vorgelegt (Urk. 8/122/22), daraufhin erging der Vorbescheid vom 23. April 2020, worin ein Rentenanspruch verneinend entschieden in Aussicht gestellt wurde (Urk. 8/124). Der Versicherte liess erneut zahlreiche medizinische Unterlagen einreichen (Urk. 8/130-137), was zu Rückfragen bei den MEDAS-Gutachtern (Urk. 8/138) und zu einer ergänzenden Beurteilung vom 25. September 2020 führte (Urk. 8/147). Nachdem sich der Versicherte dazu unter Beilage verschiedener Berichte hatte vernehmen lassen (Urk. 8/152-157), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. Februar 2021 einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 8/158 = Urk. 2).

### E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den

Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

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

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) 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 (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.5**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (Administrativgutachten) darf voller Beweiswert zuerkannt werden, 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 9C\_168/2020 vom 17. März 2021 E. 3.2 ).

Nicht näher begründete, anders lautende Einschätzungen der behandelnden Ärzte sind in der Regel nicht geeignet, den Beweiswert eines Gutachtens in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_146/2021 vom 25. Juni 2021 E. 3.1 und 9C\_86/2018 vom 20. August 2018 E. 5.4.1 mit Hinweis).

Psychische Störungen sind nach der jüngeren Praxis anhand eines strukturierten Beweisverfahrens, gestützt auf systematisierte Indikatoren, auf ihre invalidisierenden Wirkungen hin zu untersuchen (BGE 143 V 409 E. 4.5; 141 V 281 E. 2). Der Untersuchungsgrundsatz ( Art. 61 lit . c ATSG) verpflichtet das Gericht , von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_448/2020 vom 3. März 2021 E. 2.4.1 mit Hinweis). Massnahmen zur Klärung des rechtserheblichen Sachverhalts müssen vorgenommen oder veranlasst werden, wenn dazu auf Grund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hin reichender Anlass besteht (SVR 2009 IV Nr. 4 S. 6, I 110/07 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Rechtserheblich sind dabei alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist (SVR 2013 UV Nr. 9 S. 29, 8C\_592/2012 E. 5.2). In Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sind etwa weitere Abklärungen vorzunehmen, wenn der festgestellte Sachverhalt unauflösbare Widersprüche enthält oder eine entscheidungswesentliche Tatfrage bis lang auf einer unvollständigen Beweisgrundlage beantwortet wurde (statt vieler: BGE 146 V 240 E. 8.1). Der Sachverhalt ist solange und soweit abzuklären, bis mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass von Beweisweiterungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_146/2021 vom 25. Juni 2021 E. 3.4 mit Hinweisen). 2.

## **E. 2**

Dagegen liess der Versicherte am 15. März 2021 Beschwerde einreichen mit dem Begehren, es sei die Verfügung aufzuheben und ihm mit Wirkung ab September 2016 eine Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ( Urk. 1 S. 2).

Seiner Beschwerde legte er neuere medizinische Berichte bei ( Urk. 3/2-4). In der Beschwerdeantwort vom 25. Mai 2021 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde ( Urk. 7). Der Beschwerdeführer reichte am 14. und 28. Juni 2021 weitere ärztliche Behandlungsberichte ein ( Urk. 10, Urk. 11/1-3, Urk. 13, Urk. 14) . Dazu nahm die Beschwerdegegnerin am 8. Juli 2021

Stellung ( Urk. 16). Am 26. Oktober 2021 reichte der Beschwerdeführer nochmals einen ärztlichen Bericht ein ( Urk. 19), zu dem sich die IV-Stelle nicht mehr äusserte, jedoch hielt sie am Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest ( Urk. 21) , was dem Beschwerdeführer am 11. November 2021 zur Kenntnis gegeben wurde ( Urk. 22).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin verneinte in der angefochtenen Verfügung den Rentenanspruch gestützt auf das eingeholte MEDAS-Gutachten und die ergänzende Stellungnahme dazu. Sie ging davon aus, dass die angestammte Tätigkeit als Gipser aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht mehr zumutbar sei, hingegen erachtete sie eine sehr leichte Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, wiederholte Überkopfarbeiten, kniende oder kauernde Positionen sowie andere Zwangshaltungen in einem Pensum von 90 % als möglich. Die im Rahmen nach verschiedenen Operationen aufgetretenen vollständigen Arbeitsunfähigkeiten erachtete sie als nicht relevant für die Rentenfrage, da es sich um nicht lang andauernde Einschränkungen gehandelt habe. Sie errechnete einen Invaliditätsgrad von 10 % (Urk. 2).

## E. 2.2

Der Beschwerdeführer rügt diesen Entscheid zum einen damit, dass das erwähnte Profil der angeblich zumutbaren Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unrealistisch und nicht auffindbar sei, weshalb er nur schon deshalb Anspruch auf eine ganze Rente habe (Urk. 1 S. 17). Zum andern erachtet er das Gutachten und die Ergänzung dazu aufgrund ihrer zahlreichen Mängel und fehlenden Schlüssigkeit als keine hinreichenden Beweismittel und kritisiert sie detailliert. 3. 3.1

Aus den Suva-Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 9. Februar 2008 bei einem Skiunfall am rechten Knie eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes erlitten hatte, die am

23. Mai 2008 ein erstes Mal und am 6. August 2008 ein zweites Mal in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_\_

operativ versorgt werden musste. Der Beschwerdeführer arbeitete ab 18. April 2009 wieder vollzeitig als Gipser (Urk. 8/46/26, Urk. 8/46/71, Urk. 8/46/75).

Im Herbst 2015 wurde er wegen nun beidseitiger Kniebeschwerden wieder ärztlich behandelt, was der Suva als Rückfall gemeldet wurde (Urk. 8/46/99). Es wurde von den Ärzten der Universitätsklinik A.\_\_\_\_\_

ein MRI des Knies rechts angefertigt und ein progredienter Knorpelschaden im Bereich des Trochlea

femoris mit Knochenmarksreaktion und intraossärer Zystenbildung festgestellt und zunächst eine konservative Behandlung vorgeschlagen (Urk. 8/46/82). Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. B.\_\_\_\_\_, attestierte ab 19. Oktober 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, dies nachdem der Beschwerdeführer an diesem Tag wegen einer chronisch rezidivierenden Tendovaginitis de Quervain an der rechten Hand operiert worden war. Weiter diagnostizierte der Hausarzt ein zervikospindylogenes Syndrom, chronische Schulterschmerzen rechts, chronische Knie schmerzen rechts und links und eine koronare 1-Asterkrankung (Urk. 8/14, Urk. 8/46/109).

Die geklagten, vorwiegend linksseitigen Schulterschmerzen liess der Beschwerdeführer ebenfalls in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_\_ abklären. Dabei zeigte das Arthro-MRI der linken Schulter vom 25. April 2016 einzig eine minimal auffällige Bizepssehne, die leicht tendinopathisch verändert sei, so dass kein klares anatomisches Korrelat zu den geäußerten Beschwerden gefunden werden konnte (Urk. 8/50/20).

Im Bericht vom 22. März 2016 diagnostizierten die Ärzte der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ eine Chondromalazie der Trochlea

femoris mit persistierenden Knie schmerzen rechts, unklare Schulterschmerzen beidseits linksbetont, eine koronare 1-Asterkrankung, ein chronisches zerviko-spondylogenes Syndrom und eine chronisch rezidivierende Tendovaginitis de Quervain rechts . Der Versicherte klagt über Knieschmerzen beim normalen Gehen, teilweise in der Nacht und am Mor gen und auch bei Belastung. D ie Ärzte stellten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der

Gipsertätigkeit fest

und erachteten eine diagnostisch-therapeutische Knie a rthroskopie für notwendig ( Urk. 8/46/133) . Diese wurde a m 9. Mai 2016 in der Universitätsk linik A.\_\_\_\_

am rechten Knie durchgeführt und es wurden e ine

Plica -Resektion, Knorpeldébrideme nt mit Microfracturing

Trochlea und ein Teil- Débridement des v orderen Kreuzbandes vorgenommen; in der Folge wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 21. Juni 2016 attestiert ( Urk. 8/46/154). Es bestanden weiterhin Beschwerden im rechten Knie und eine weitere O peration wurde in der Folge diskutiert ( Urk. 8/35/7), die schliesslich am 11. Oktober 2017 in Form einer diagnostisch-therapeutischen Kniearthroskopie mit intraartikulä rem Débridement , Notchplastik , lateraler Teilmeniskektomie Vorderhorn und einer Osteosynthesematerialentfernung am medialen Tibi a kopf

vorgenommen wurde ( Urk. 8/46/261).

Der Beschwerdeführer war vom 23. Oktober bis 27. November 2017 in der Rehaklinik C.\_\_\_\_

zur stationären Therapie. Im Austrittsbericht vom 4. Dezem ber 2017 stellten die Ärzte persistierende Knieb eschwerden und eine Belastungs intoleranz des rechten Knies bei Knorpelschaden der Trochlea

femoris , unklare Schulterschmerzen beidseits linksbetont, eine koronare 1-A sterkrankung, ein chronisches ze rviko-spondylogenes Syndrom und eine chronisch rezidivierende Tendovaginitis de Quervain rechts, einen Status nach Karpaltunnelspaltung links 2011 und rechts 2012 , eine mittelgradige depressive Episode mit Panikattacken (ICD-10: F32.1) und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit somatoformer Überla gerung (ICD-10: F Z73.1) fest ( Urk. 8/46/274 ff.). Im Rahmen der stationären Rehabilitation habe keine namhafte Verbesserung der Kniebeschwerden erzielt werden können .

E s habe auch eine psych o somatische Abklärung stattgefunden. Der Beschwerdeführer habe über Symptome geklagt, die am ehesten auf eine mittelgradige depressive Episode mit Panikattacken auf dem Nährboden einer akzen tuierten Persönlichkeit zutreffen würden. Das Ausmass der physischen Ein schrän kungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinis c hen und bildgebenden Abklärungen sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur teilweise erklären. D er Beschwerdeführer zeige ein auffälliges Schmerz- und Leistungsverhalten, es habe eine mässige Symptomausweitung stattgefunden. Die Ärzte äusserten sich nur zur unfallbedingten kniebeeinträchtigten A rbeits fähigkeit; die Tätigkeit als Gipser sei nicht mehr zumutbar, eine leichte bis mittelschwere Arbeit hingegen sei möglich, wobei die Ärzte

jedoch zusätzliche Einschränkungen vorsahen . Die zumutbare Arbeitsfähigkeit könne noch nicht abschliessend festgelegt werden, da eine Revision der Halswirbelsäulenproblematik in Aussicht stehe

( Urk. 8/46/276).

Am 23. November 2017 berichteten die Ärzte der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ von einer Wirbelsäulenuntersuchung des Beschwerdeführers . Sie diagnostizierten eine Nuchalgie und eine intermittierend schmerzhaft sensorische C7 - Radikulopathie links mit/bei Prothesenlockerung nach einer Diskusprothesenimplantation M6 C6/7 im März 2013. Eine aktuelle Radikulopathie

habe nicht nachgewiesen werden können . Allerdings bestehe beim Implantat eine ausgeprägte Lyse , weshalb zusammen mit der ausgeprägten Zervikalgie eine operative Revision gerechtfertigt sei

( Urk. 8/45). Im Bericht vom 28. November 2017 an die IV-Stelle erachteten sie die angestammte wie auch eine angepasste Tätigkeit für nicht möglich ( Urk. 8/43/4). 3.2

Ab Sommer 2017 begab sich der Beschwerdeführer zu Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung. Dieser diagnostizierte am 4. Dezember 2017

eine depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD 10 : F32.1) , mit einem chronischen Verlauf seit Herbst 2016 und einer Zunahme seit Juli 2017, und eine chronische Schmerzstörung (ICD-10 :

F45.41) mit psychischen und physischen Faktoren aufgrund einer HWS-Bandscheibenprothese C6/7 und persistierender Kniebeschwerden . Er berichtete, nach der stationären Behandlung in C.\_\_\_\_ habe sich der Versicherte wieder bei ihm gemeldet und es sei nun eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung etabliert worden. Gegenwärtig sei nicht von einer Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft auszugehen. Der Beschwerdeführer sei psychisch labil und seit Monaten erheblich verunsichert, im Antrieb und in der Kraft mittelgradig gehemmt , mit Rückzugstendenz, er nehme alles persönlich.

Da ihm die berufliche Aktivität ausgesprochen wichtig sei, wäre eine baldige berufliche Aufklärung im geschützten Rahmen in Teilzeit (ev. 50 % ) mit anschliessendem Training und einer Eingliederung hilfreich ( Urk. 8/42).

Für die geklagten Schmerzen ausgehend von der Halswirbelsäule wurde am 12. Dezember 2017 von den Ärzten der Klinik E.\_\_\_\_ ein chronisches zervikovertebragenes Schmerzsyndrom , ohne radikuläre Komponente bei Zustand nach zervikaler Mikrodiskektomie C6/C7 im Jahr 2013 mit Einlage einer Diskusprothese diagnostiziert . Dies erlaube die Tätigkeit als Gipser nicht mehr ( Urk. 8/48). Ebenso klärten Fachärzte für Neurologie und Paraplegie der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ die Nacken-Schulderschmerzen, ausstrahlend in den linken Arm, ab. Sie kamen im Bericht vom 14. Dezember 2017 zum Schluss, die geltend gemachten motorischen und sensiblen Defizite im Bereich des linken Armes seien nicht sicher einem Dermatom / Myotom zuzuordnen. Es bestehe MR - tomographisch zervikal kein Hinweis auf eine foraminale oder recessale Einengung oder Nervenkompression. In den untersuchten Segmenten hätten elektrophysiologisch diskret neurogene Veränderungen der Myotome C7 und C8 festgestellt werden können, ohne Hinweise auf eine akute Denervierung ( Urk. 8/47/3). Ein Arthro -MRI der linken Schulter

vom 23. Februar 2018 ergab neu eine SLAP-Läsion und zeigte die vor bestehende Tendinopathie der Supraspinatussehne ( Urk. 8/56).

Der Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ berichtete zusammenfassend am 5. Dezember 2017 über den Verlauf. Er äusserte die Ansicht, es sei zurzeit keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Die Prognose sei reserviert, dies umso mehr, als alle bisherigen Therapievorsuche keinen Erfolg gebracht hätten. Der Beschwerdeführer sei perspektivlos, man habe es versäumt, für ihn rechtzeitig eine Umschulung vorzusehen ( Urk. 8/44). 3.3

Am 9. Oktober 2018 wurde in der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ bei der Indikation einer Nuchalgie und einer intermittierend schmerzhaften C7-Radikulopathie links bei Diskusprothesenlockerung und noch leichter Foramina stenose C6/7 wegen des hohen Leidensdruckes eine Revisionsoperation vorgenommen in Form einer Prothesenentfernung, einer mikrochirurgischen Re-Dekompression C6/7 und einer Spondylodese C6/7 ( Urk. 8/66/9).

Wegen eines akuten lumbospondylogenen Schmerz- und Reizsyndroms S1 links begab sich der Beschwerdeführer sodann vom 19. bis 28. November 2018 stationär ins Universitätsspital F.\_\_\_\_. Es wurde ursächlich ein Anulusriss LWK7/SWK1 links ohne Nervenwurzelkompression festgestellt und es konnte eine Verbesserung der Schmerzen während des Aufenthalts erzielt werden. Bis zum Austritt aus dem F.\_\_\_\_

attestierten die Ärzte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 8/63). Nach der Überweisung zur Weiterbehandlung in die Rheumatologische

Abteilung der Universitätsklinik

A.\_\_\_\_ berichteten die dortigen Ärzte am 3. Januar 2019 von weiterhin bestehenden Nackenschmerzen, Schlafstörungen, beidseitigen Knie- sowie Schulterschmerzen. Den Diagnosen eines akuten lumbospondylogenen Schmerz- und Reizsyndroms S1 links, eines prothesen-assoziierten Infekts mit Propionibacterium

acnes, ED 19. Oktober 2018 (vgl. Urk. 8/66/14), des Status nach Kniearthroskopie rechts vom 11. Oktober 2017, von rezidivierenden depressiven Episoden und Panikattacken sowie von chronischen unklaren Schulterschmerzen beidseits massen sie Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit bei ;

sicher sei

die Tätigkeit als Gipser nicht mehr möglich, eine körperlich schwer belastende und auch eine länger andauernde mittelschwere körperliche Tätigkeit sei nicht mehr denkbar. Inwieweit die somatischen Beschwerden durch die psychische Situation aggraviert

würden, sei nicht klar ( Urk. 8/64/12). Im Bericht vom 11. Januar 2019 der Abteilung Orthopädie der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ wurde festgehalten, ein Arbeitsversuch mit zweistündiger wechselbelastender Tätigkeit pro Tag solle gestartet werden ( Urk. 8/66/7).

3.4

Ab 10. August 2018 befand sich der Beschwerdeführer in Behandlung bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dieser diagnostizierte im Bericht vom 18. Februar 2019 eine schwere depressive Episode (ICD-10 : F32.2). Der Beschwerdeführer dissoziiere, was als Symptom der Depression im Sinne eines Abdriftens gewertet werde,

tatsächlich psychotische Symptome lägen nicht vor.

Differentialdiagnostisch komme weder eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis noch eine eigenständige diesbezügliche Diagnose in Frage. Der Versicherte habe stark übermässige Leistungserwartungen an sich selber ( ICD-10: Z73.1 ; DD: ICD-10: F60.5

anankastische Persönlichkeitsstörung aufgrund kindheitlicher Prägung mit emotionaler Verwahrlosung, Degradierung, Prügelopfer, Zeuge des Verprügelns der Geschwister, Armut und Hunger, Kinderarbeit etc.) . Der Arzt attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Vermutlich könne erst in ein bis zwei Jahren bei einem optimalen Verlauf mit einer Eingliederung begonnen werden ( Urk. 8/67/9).

Dr. B.\_\_\_\_ äusserte sich erneut zusammenfassend im Schreiben vom 31. Juli 2019. Er stellte dar, dass der Versicherte noch immer an Schultergürtel-/Nackenschmerzen, Schulterschmerzen, Knieschmerzen, Lendenwirbelsäulenproblemen und an einer mittelschweren Depression mit einer Panikstörung leide. Es bestehe eine nun vierjährige Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 8/88).

Am 4. Oktober 2019 berichteten die Ärzte der Universitätsklinik

A.\_\_\_\_ von einer medialen Meniskusklausion links bei varischer Beinachse und medialen Knorpelschäden, die sich im MRI vom 3. Oktober 2019 gezeigt habe ( Urk. 8/95). 3.5 3.5.1

Im November 2019 fand die polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers statt. Er wurde durch die Fachärzte Dr. med. H.\_\_\_\_ , Orthopädische Chirurgie, Dr. med. I.\_\_\_\_ , Innere Medizin, Dr. med. J.\_\_\_\_ , Neurologie , und Dr. med. K.\_\_\_\_ , Psychiatrie, untersucht.

Die Gutachter stellten in der interdisziplinären Beurteilung als für die Arbeitsfähigkeit relevante Diagnosen ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 : M54.2/T81.4/Z98.8), ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 : M54.5), chronische Kniebeschwerden rechts und links (ICD-10 : T93.8/M19.86/Z98.8; M19.86/M79.66), chronische Schulterbeschwerden der dominanten linken Seite (ICD-10 : M79.61/M75.4/M75.8) und eine koronare Ein-Ast-Erkrankung (ICD-10 I25.1).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Diagnosen einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0), Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: 42.1), Status nach wiederholten Infiltrationen und Operation bei Tendovaginitis de Quervain

rechts (ICD-10: Z98.8), Status nach Karpaltunnelspaltung links und rechts

(ICD -

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **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**

: Z98.8), Morbus Basedow (ICD-10 : E05.0) mit Status nach totaler Thyreoidektomie , unter Substitution aktuell euthyreote Schilddrüsenwerte.

Die Ärzte erklärten dazu, die seitens des Bewegungsapparates massiv beklagten Schmerzen liessen sich durch die klinischen, radiologischen, szintigraphischen und intraoperativen Befunde keinesfalls vollständig begründen. Es seien Beschwerden bei höhergradiger Belastung der Wirbelsäule, der linken Schulter und der Kniegelenke nachvollziehbar, doch fehlten objektivierbare Zeichen einer länger dauernden Schonung der linken oberen Extremität, und die erhebliche Beschwierung der rechten Hand sei mit dem angegebenen sehr passiven Lebensstil nicht vereinbar. Insgesamt lägen klare Hinweise für ein nicht-organisches Geschehen vor ( Urk. 8/118/10). 3.5.2

Aus orthopädischer Sicht bestehe für körperlich sehr leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Zu vermeiden seien dabei wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, kniende und kauende Positionen, ein wiederholter Einsatz der oberen Extremitäten über Schulterniveau und längere Zwangshaltungen ( Urk. 8/118/11).

Aus internistischer Sicht bestehe eine koronare Ein-Ast-Erkrankung nach Myokardinfarkt im Januar 2010 und ein im Juni 2019 operativ sanierter Morbus Basedow. Die Herzerkrankung sei gut eingestellt , auch die medikamentöse Substitution nach der Entfernung der Schilddrüse sei laborchemisch unauffällig eingestellt, und daher bestehe aus internistischer Sicht eine vollumfängliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit für alle leichten und mittelschweren beruflichen Tätigkeiten .

Wegen der koronaren Erkrankung liege eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit für dauerhaft schwere berufliche Tätigkeiten vor ( Urk. 8/118/11).

In neurologischer Hinsicht fänden sich ein HWS-Syndrom mit Status nach Diskektomie und Prothese HWK6/7, ein leichtes LWS-Syndrom ohne radikuläre Beteiligung sowie eine Schmerzstörung. Die Befunde nach zweimaliger HWS-Operation für ein residuelles radikuläres Syndrom seien nicht eindeutig, obwohl nach diesen Operationen gut vorstellbar. Im Laufe der Untersuchung seien zunehmende Beschwerdeausweitungen an den Tag getreten, so dass von einer somatoformen Überlagerung auszugehen sei. Aus neurologischer Sicht resultiere für alle körperlich leichten Tätigkeiten in Wechselbelastung und ohne Rückenbelastung eine vollständige Arbeitsfähigkeit mit einem leicht erhöhten Pausenbedarf ( Urk. 8/118/11).

Psychiatrisch hätten sich keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben, es liessen sich die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen sowie eine Angst- und depressive Störung gemischt feststellen. Es hätten sich bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung keine hinreichenden Anzeichen für eine Depression nach ICD-10 : F32 gezeigt. Da somatische Erkrankungen vorlägen, seien die Schmerzen bis zu einem gewissen Grad durch diese gerechtfertigt. Für darüber hinausgehende Schmerzen sei zu beachten, dass eine Symptomausweitung bzw. Aggravation ausgeschlossen werden müsse. Das könne hier aber nicht geschehen. Es müsse von einer Aggravation der Beschwerden durch den Versicherten ausgegangen werden. Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren könne nicht

diagnostiziert werden ( Urk. 8/118/12).

### 3.5.3

Gesamthaft sei aus den führenden orthopädischen Diagnosen eine vollständige und anhaltende Arbeitsunfähigkeit für alle körperlich mittelschweren und schweren beruflichen Tätigkeiten inklusive der letzten Arbeit als Gipser gegeben. Für körperlich sehr leichte, wechselbelastende Arbeiten bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit mit einer um 10 % reduzierten Leistung wegen eines erhöhten Pausenbedarfs ( Urk. 8/118/12). Die gänzliche Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf bestehe seit September 2015 ( Urk. 8/118/13). In der angepassten Tätigkeit könne nicht von einer länger dauernden, höhergradigen Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer retrospektiven invalidisierenden Erkrankung gesprochen werden, es habe einige postinterventionelle mehrwöchige Rekonvaleszenzen gegeben ( Urk. 8/118/13).

Die Gutachter erwähnten eine Reihe festgestellter Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers. Es habe zwischen den subjektiven, häufig massiven Beschwerdeschilderungen und seinem Verhalten während der Untersuchung eine auffällige Diskrepanz gegeben sowie vage Aussagen und Schilderungen zu einzelnen Symptomen und deren Lokalisation. Auch habe das Ausmass der geschilderten Beschwerden nicht in Übereinstimmung mit einer leidensgerechten therapeutischen Hilfe gestanden. Die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen seien nicht vollständig nachvollziehbar, erstaunlich mute angesichts der klinischen Präsentation etwa die Angabe an, immer wieder Auto zu fahren. Die organischen Kerne für Knie- und Nackenbeschwerden würden somatoform überlagert ( Urk. 8/118/12). Der Bezug von Rentenleistungen durch den Versicherten stehe im Vordergrund. Eine berufliche Wiedereingliederung werde vor allem durch invaliditätsfremde Faktoren, dem Wunsch nach einer Rente und fehlende Motivation limitiert ( Urk. 8/118/12). 3.6

Nach der Begutachtung war der Beschwerdeführer im Universitätsspital F.\_\_\_\_ stationär vom 2. bis 12. Juni 2020 zur Behandlung lumbaler Schmerzen hospitalisiert. Diagnostiziert wurde am 15. Juni 2020 nach einem MRI der LWS vom 3. Juni 2020 ( Urk. 8/133/1) ein Diskusbulging LWK 4/5 mit lediglich Kontakt zur Nervenwurzel L5 beidseits ohne Kompression ( Urk. 8/131

=

Urk. 8/137).

Sodann stellten die Ärzte der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ am 19. Juni 2020 und nach einem CT der HWS vom gleichen Tag einen Durchbau der Spondylodese fest, die am 9. Oktober 2018 gemacht worden war ( Urk. 8/130). 3.7

Dr. K.\_\_\_\_ von der Z.\_\_\_\_ AG nahm in einer ergänzenden Stellungnahme vom 25. September 2020 zu Vorwürfen des Beschwerdeführers und zu abweichenden psychiatrischen Einschätzungen Stellung. Er blieb zusammengefasst dabei, dass beim Versicherten Einschränkungen aus körperlichen, nicht jedoch aus psychischen Gründen vorlägen. Es müsse aufgrund deutlicher Hinweise auf ein aggravierendes Verhalten und Selbstlimitation geschlossen werden ( Urk. 8/147). 3.8

Im Bericht vom 19. Januar 2021 äusserten sich die Ärzte der Universitätsklinik A.\_\_\_\_

über ihre Untersuchung des Versicherten mittels MRI der HWS und LWS vom 13. Januar 2021. Sie hielten fest, es bleibe im Segment C6/7 eine ossäre Stenose beidseits mit leichten Kompressionszeichen der Nervenwurzel C7 beidseits. Im epiduralen Segment C5/6 bestehe eine moderate Unkovertebralarthrose mit leichter Bandscheibenprotrusion. Sie hielten in der Diagnoseliste eine persistierende Nuchalgie und eine intermittierende schmerzhaft sensorische C7 - Radikulopathie links bei ansonsten im Wesentlichen gleich gebliebenen Diagnosen fest. Es wurde eine Infiltration der Nervenwurzel C7 vorgesehen (Urk. 8/157). Diese führte gemäss einem Bericht vom 9. März 2021 zu keiner Verbesserung der geltend gemachten Beschwerden. Es bestünden noch immer Nuchalgien, auch eine leichte Ausstrahlung in den linken Arm, wobei diese ausstrahlenden Beschwerden nicht im Vordergrund stünden. Die Ärzte stellten fest, auf dem MRI vom 13. Januar 2021 sei neben einer leichten Einengung der C7-Wurzel links auch eine leichte Stenose C5/6 erkennbar. Weil die Schmerzausstrahlung nicht klar dem Dermatome C6 folge, habe man bisher auf eine Infiltration von C6 verzichtet, man werde dies jedoch nun versuchen (Urk. 3/3).

Der Beschwerdeführer suchte am 23. Februar 2021 Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, auf. Dieser hielt eine Revision des Segmentes C6/7 und eine Dekompression beider Neuroforamina sowie eine Dekompression im Segment C5/6

für indiziert (Urk. 8/162 = Urk. 3/4). 3.9

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens liess der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen einreichen, die Behandlungen dokumentierten, die kurz vor oder nach Erlass der angefochtenen Verfügung stattfanden.

Zum einen weilte er vom 7. bis am 21. Mai 2021 stationär im F.\_\_\_\_ aufgrund von Schmerzexazerbationen im Nacken und in den Schultern. Hinsichtlich der Schultern wurde eine Periarthropathia

humeroscapularis beidseits diagnostiziert und eine frozen

shoulder rechts erhoben. Nach medikamentöser Behandlung und Infiltrationen wurden wesentliche Besserungen in der Beweglichkeit der Schulter erreicht. Hinsichtlich der Nackenbeschwerden wurde ein MRI angefertigt, das keine Veränderungen gegenüber den Aufnahmen von Januar 2021 zeigte, so dass es bei der Diagnose einer Nuchalgie und einer intermittierend schmerzhaft sensorischen C7 - Radikulopathie links - mit einer Schmerzexazerbation im Mai 2021

- blieb (Urk. 11/2). Der Versicherte sei in einem multimodalen rheumatologischen Komplexprogramm aufgenommen worden. Gruppentherapien seien nicht möglich gewesen aufgrund von Panikattacken. Die Ärzte diagnostizierten deshalb auch rezidivierend schwere depressive Episoden mit psychotischem Erleben EM 2015, eine Agoraphobie mit Panikstörung und ein rezidivierend dissoziatives Erleben (Urk. 11/2).

Am 14. April 2021 berichtete der neue Therapeut des Beschwerdeführers, pract. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP, über die seit 3. Februar 2021 aufgenommene Behandlung. Er diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig schwerer Ausprägung mit psychotischen Symptomen (F32.30), Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01), narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.80), emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline -Typ (F60.31), paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0) und eine

anankastische Persönlichkeitsstörung (F60.5). Auf Veranlassung des Psychiaters wurde n am 3. Juni 2021 eine verhaltensneu rologisch-neuropsychologische Untersuchung durchgeführt und eine mittelgra dige bis schwere neurokognitive Funktionsstörung festgestellt. Dr. med. N.\_\_\_\_, Neurologin, speziell Verhaltensneurologie, erachtete die Arbeitsfähigkeit allein aus diesem Grund als um 70 bis 90 % reduziert ( Urk. 14).

Sodann liess der Beschwerdeführer den Austrittsber icht der Klinik O.\_\_\_\_ vom 1 4. Oktober 2021 über die stationäre Rehabilitationsbehandlung vom 3 1. August bis 1 1. Oktober 2021 einreichen , wohin er von pract . med.

M.\_\_\_\_ überwiesen worden war . Darin wurde n eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer mit psychotischen Symptomen (F33.3), eine Agoraphobie mit Panikstörung (F41.01) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) sowie somatische D iagnosen gestellt . Man habe durch eine geeignete Medikation eine Verbesserung beim Schlaf und eine Reduktion der psychotischen Symptome erreichen können. Der leitende Arzt der Psychosomatik erachtete neben der medikamentösen Behandlung eine möglichst allwöchentliche Psychotherapie als notwendig ( Urk. 19). 4. 4.1

Es ist unbestritten, dass dem Beschwerdeführer bereits seit Oktober 2015 und allein aufgrund seiner Befunde in den Knien nach Skiunfall die schwere Tätigkeit als Gipser nicht mehr zumutbar ist ( Urk. 1 S. 6). Die Stelle als Gipser hat er denn auch seit 2 1. September 2017 nicht mehr inne. Strittig und zu klären ist die Frage der Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit und der allenfalls damit einherge hende Invaliditätsgrad. 4.2

Die zahlreichen geklagten somatischen L eiden wurden im Gutachten der IV-S telle umfassend be urteilt und die damals vorhandenen wesentlichen V orakten dazu gewürdigt. In somatischer Hinsicht erachtet der Beschwerdeführer das Gutachten als überholt. Denn der Schluss der Gutachter, dass sich die seitens des Bewe gungsapparates geklagten massiven Beschwerden durch die klinischen, radiolo gischen, szintigraphischen und intraoperativen Befunde nicht vollständig begründen liessen, habe sich als nicht gerechtfertigt gezeigt . Denn bereits am 1 3. Januar 2021 sei in der Universitätsk linik A.\_\_\_\_ wegen der geklagten Nackenschmerzen wieder ein MRI gemacht worden. Nach der Beurteilung durch diese Klinik habe sich im Segment C6/7 eine ossäre Stenose beidseits mit leichten Kompressionszeichen der Nervenwurzel C7 beidseits gezeigt, i m epifusionellen Segment C5/6 bestehe eine moderate Unkovertebralarthrose

mit leichter Band scheinprotrusion . Die in der Folge deshalb gemachte Infiltration bei C7 habe jedoch zu keiner Besserung geführt. Der aufgesuchte Dr. L.\_\_\_\_ habe die glei chen Bilder anders interpretiert. Er habe betreffend C5/6 lin k s einen lateralen, bis intraforaminär reichenden Bandscheibenvorfall mit erheblicher Stenosierung des linken Neuroforamen mit einem Rest-Durchmesser von weniger als 1,2 mm , und bei C6/7 eine ausgebliebene Fusion bei erhaltenen Facettengelenken, einer ver bliebenen Stenose des rechten und linken Neuroforamens mit einem Restdurch messer von nur 1,6 mm festgestellt und deshalb eine operative Revision dieser Segmente vorgeschlagen ( Urk. 1 S. 8, Urk. 3/4).

Richtig ist, dass der vom Beschwer de führer aufgesuchte Wirbelsäulenchirurg Dr. L.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 2 3. Februar 2021 die zwar nach dem Gutach ten , jedoch noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung in der Universitätsk li nik A.\_\_\_\_ angefertigten MRI-Bilder der HWS als schwerwiegender beurteilt hat als die behandelnden Ärzte, weshalb er ein operatives Vorgehen empfahl. Aus seinem Bericht geht auch hervor, dass sich bei der Untersuchung des Beschwer deführers am 2 3. Februar 2021 eine praktisch

immobiler Halswirbelsäule zeigte, indem die Beweglichkeit nach vorn und rückwärts mit jeweils 0°, die Seitneigung nach links/rechts mit jeweils ebenfalls 0°, die Drehung nach beiden Seiten jeweils mit 5° und ein nicht prüfbarer Kinn-Brustbeinabstand festgehalten wurden (Urk. 3/4).

Demgegenüber hatte der neurologische Gutachter unauffällige spontane Kopfbewegungen festgestellt, und bei der expliziten Prüfung der HWS waren der Kinn-Brustbeinabstand 5 cm und die Drehung nach links bis 30° und nach rechts bis 60° durchführbar (Urk. 8/118/71). Die Werte bei der orthopädischen Untersuchung waren ebenfalls einiges besser als bei Dr. L. \_\_\_\_, nämlich die Drehung links 40° und rechts 50°, die Seitneigung links 20° und rechts 10°.

und beide Gutachter erwähnten explizit die völlig unverspannte und lockere Nackenmuskulatur (Urk. 8/118/58). Die bei Dr. L. \_\_\_\_ gezeigte totale Unbeweglichkeit der Halswirbelsäule ist demnach nicht nachvollziehbar und es ist fraglich, ob es sich dabei um objektivierte Werte handelt. Wie der Beschwerdeführer sodann selber vorbringt, wird er die von Dr. L. \_\_\_\_ vorgeschlagene operative Sanierung nach Besprechungen mit dem Hausarzt und den behandelnden Ärzten wohl nicht vornehmen (Urk. 1 S. 8), was in Anbetracht der andernorts gezeigten

Beweglichkeit trotz teilweiser Versteifung der HWS nachvollziehbar ist und auch in Berücksichtigung der immer wieder gemachten Aussagen der behandelnden Ärzte, dass sich die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht spezifischen Dermatomen oder Myotomen zuordnen liessen und die Beschwerden unklar seien (Urk. 8/48, 8/47/3), gut erklärbar ist. Der neurologische Gutachter Dr. J. \_\_\_\_ hat sein Augenmerk im Gutachten durchaus auf die Frage nach radikulären oder medullären Mitbeteiligungen im Rahmen des HWS-Syndromes gerichtet. Er erörterte, dass prinzipiell bei Zustand nach zweimaliger HWS-Operation ein residuelles

radikuläres Syndrom gut vorstellbar sei, aber auch er kam zum Schluss, dass die Befunde dafür nicht eindeutig seien. So seien die Arm-Eigenreflexe seitengleich, die angegebene Schwäche bei der Abduktion im Schultergelenk wirke arthrogen und der deutlich verminderte Händedruck links sei bei seitengleicher Armmuskulatur und leichten Verschiebungen beidseits nicht plausibel. Auch er nahm deshalb an, dass eine sensible Radikulopathie C7, die durch die behandelnden Ärzte - auch nach der Begutachtung wieder (Urk. 11/2) - erwähnt wurde (Urk. 8/66/9),

als wahrscheinlichste Erklärung für Restbeschwerden dient. Gleichzeitig wies er daraufhin, dass diese Radikulopathie ohne objektivierbare Erklärung und ohne motorische Ausfälle einhergeht, an welchem Schluss sich auch aufgrund der nachträglich eingereichten Berichte der Universitätsklinik A. \_\_\_\_

und auch des F. \_\_\_\_

nichts ändert (Urk. 8/157, Urk. 3/3, Urk. 11/2).

Mit der Diagnose im Gesamtgutachten eines chronischen zervikovertebralen Schmerzsyndroms und in Berücksichtigung der zahlreichen an der HWS getroffenen Massnahmen, gemachten Befunde und gestellten Diagnosen wurde der Pathologie an der HWS Rechnung getragen (Urk. 8/118/8). Der Einwand des Beschwerdeführers gegen das Gutachten in Bezug auf die Beurteilung der HWS ist daher nicht gerechtfertigt.

Auch hinsichtlich der übrigen somatischen Einschränkungen betreffend die

Knie - , Lendenwirbelsäule n- und Schulter pathologie

kann auf das Gesamtgutachten abgestellt werden. Der orthopädische und der neurologische Gutachter berücksichtigten die massgebenden bildgebenden Verfahren und untersuchten den Beschwerdeführer eingehend, nahmen auch auf Diskrepanzen Bezug.

So konnte der gezeigte anfänglich erhebliche Finger-Bodenabstand durch den Langsitz relativiert werden, überhaupt konnten im Sitzen Manöver, die stehend nur unter erheblichen Schmerzäusserungen erfolgten, ohne ersichtlichen Leidensdruck nachgemacht werden (Urk. 8/118/63 +64).

Sie nahmen die Diagnosen einer radiologisch breitbasigen

Diskusprotrusion LWK 4/5/SWK1 mit einer möglichen Affektion der Nervenwurzeln L5 beidseits und S1 links, die verschiedenen degenerativen Diagnosen an den Knien und vor allem am dominanten linken,

aber auch am rechten Schultergelenk

zur Kenntnis und zogen diese bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und des zumutbaren Profils mit

ein. Der Umstand, dass nach Erlass der Verfügung im F.\_\_\_\_ im Mai 2021 am rechten Schultergelenk neu eine Frozen

shoulder behandelt wurde (Urk. 11/2) - und dies mit gutem Erfolg - ist vorliegend wegen der Berücksichtigung des Sachverhaltes in zeitlich begrenzter Hinsicht bis zum Verfügungszeitpunkt nicht relevant. 4.3

Die Kritik des Beschwerdeführers am psychiatrischen Teilgutachten von pract. med.

K.\_\_\_\_ unter vielen Aspekten (Urk. 1 S. 9 ff.), die er auch schon im Vorbescheidverfahren vorgebracht hat (Urk. 8/129), ist hingegen in wesentlichen Punkten berechtigt.

Die Beschwerdegegnerin hatte das interdisziplinäre Gutachten vom 4. März 2020 offenbar einem Psychiater des RAD unterbreitet - ohne dies allerdings in den Akten zu dokumentieren (Urk. 8/159/4) - zusammen mit den Einwänden des Beschwerdeführers vom 8. Juni 2020 (Urk. 8/129), worauf pract. med.

K.\_\_\_\_ zu ausführlichen Ergänzungen und Erörterungen aufgefordert wurde.

Seiner Ergänzung vom 25. September 2020 (Urk. 8/147)

schickte er voraus, dass er nicht mehr über die Akten, wie sie ihm bei der Begutachtung zur Verfügung gestanden hätten, verfüge, er könne nur auf die Darstellung in der Aktenlage des Gutachtens (Gutachten S. 22 ff.) zurückgreifen (Urk. 8/147/2).

Die se Darstellungen der Vorakten und Vorbefunde für die psychiatrische Fragestellung im Gesamtgutachten (S. 22 ff.) sind jedoch äusserst rudimentär und erschöpfen sich im Wesentlichen im Zitieren der Diagnosen der behandelnden Psychiater D.\_\_\_\_

und G.\_\_\_\_ und der Ärzte der Rehaklinik C.\_\_\_\_ (Urk. 8/118/23-25). In ihren der IV-Stelle eingereichten Verlaufsberichten, die dem Gutachter anfänglich zur Verfügung gestanden hatten,

waren diese Ärzte von einem die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränkenden Krankheitsgeschehen ausgegangen, das sie jeweils mit von ihnen festgestellten klinischen

Befunden unterlegten . So legte Dr. D.\_\_\_\_ am 4. Dezember 2017 seine ärztlichen Befunde dar, nämlich mittelgradig niedergestimmt, mittelgradig freud - und interessenlos, mittelgradiger Mangel an Antriebskraft, Zurückgezogenheit, Affektlabilität, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Nachtschweiss, Schreckhaftigkeit und Erschöpfung. Die Psychotherapie fand 14täglich statt und der Arzt verschrieb dem Beschwerdeführer die Antidepressiva

Sertralin und Temesta in Reserve ( Urk. 8/42). Dr. G.\_\_\_\_ berichtete unter anderem von Zittern, Schlafstörungen, immer wieder Weinen, Anspannung, Gewichtsverlust, Ungeduld und Dissoziieren und setzte die Medikation fort ( Urk. 8/67). Auch anlässlich der stationären Behandlung in der Rehaklinik

C.\_\_\_\_ wurde berichtet, man habe schwankende Stimmung (hoffnungsvoll bis depressiv) sowie kurzanhaltende Affektinkontinenz beobachten können. Der Versicherte wirkte äusserst aufmerksamkeitsuchend und schmerzgefokussiert, klagte über gedrückte Stimmung, Scham- und Schuldgefühle und über Wertlosigkeit, Vergesslichkeit, Lustlosigkeit, innere Unruhe und Zittern und es seien Panikattacken vorhanden ( Urk. 8/46/277).

Auch pract . med.

K.\_\_\_\_ hielt im Teilgutachten Klagen des Beschwerdeführers über Schlafstörungen, Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, Panikattacken mit Wärmegefühl und Nervosität, Lustlosigkeit und Rückzugstendenzen fest, und das von ihm veranlasste Beck-Depressions-Inventar deutete mit einem Summenwert von 41 Punkten auf die Möglichkeit einer schweren depressiven Symptomatik hin. Damit lagen auch bei ihm Umstände vor, die Teil eines depressiven Geschehens sein können und von den behandelnden Ärzten als solche interpretiert wurden.

Eine Auseinandersetzung mit diesen Vorakten und den wesentlich abweichenden ärztlichen Ansichten unterblieb jedoch sowohl im psychiatrischen Teilgutachten praktisch gänzlich und auch – mangels Aktenkenntnisse - in der Ergänzung. Dies wäre jedoch aufgrund der diametral anderen Einschätzung der psychiatrischen Situation in Bezug auf Diagnostik, Erheblichkeit und Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit durch den Gutachter im Vergleich zu den behandelnden Ärzten umso notwendiger gewesen, als die Fragestellung der IV-Stelle

dahin lautete, das Geschehen im zeitlichen Verlauf seit 2015 darzulegen, was vom Gutachter voll ständig unberücksichtigt blieb ( Urk. 8/118/6). Diese Fragestellung war jedoch zwingend, weil ein Rentenanspruch

- allenfalls auch ein befristeter - ab 2015 zu beurteilen ist.

Für den Zeitpunkt der Begutachtung betonte der Gutachter die fehlende Authentizität und Konsistenz der geklagten Beschwerden und schloss folgerichtig auf Aggravation ( Urk. 8/118/42). Er verwies dabei (in den Fussnoten des Gutachtens) auf zahlreiche Kriterien, die gemäss Literatur und Rechtsprechung heranzuziehen seien, um die fehlende Authentizität zu prüfen. Diese habe er herangezogen und es habe sich gezeigt, dass eine Vielzahl der Kriterien erfüllt seien, die auf eine nicht authentische Beschwerdeschilderung hindeuteten

( Urk. 8/118/42). Die kritische Zusammenschau von Exploration, Untersuchungsbefunden, Verhaltensbeobachtung und Aktenlage habe ergeben, dass der Beschwerdeführer aggraviert ( Urk. 8/118/50). In der Folge unterliess es der Gutachter jedoch, im Detail und unter Bezugnahme auf seine konkreten Feststellungen die

angeblich zahlreichen erfüllten Kriterien zu beschreiben. Im Besonderen unterliess er es - wie gezeigt wurde -, sich mit den entscheidenden Vorakten seines Fachgebietes zu befassen und sich mit den anderen ärztlichen Darlegungen und Meinungen auseinanderzusetzen, und gegebenenfalls in Anbetracht der gänzlich anderen Einschätzung ergänzende Erkundigungen bei den vorbehandelnden Fachärzten über deren Einschätzung und Behandlung einzuholen. Zu seiner beispielhaft erwähnten Verwunderung darüber, weshalb der Beschwerdeführer nach seinen Angaben trotz der Schmerzangaben zwischen 6 bis 7 kein Tramal eingenommen habe, hatte der Beschwerdeführer indes dargelegt, dass es ihn übermässig müde mache (Urk. 8/118/37), was durchaus eine mögliche Erklärung sein kann. Der Gutachter kritisierte auch die nicht leidensgerechte therapeutische Inanspruchnahme trotz des geltend gemachten Ausmasses

der Beschwerden (Urk. 8/118/51). Was er damit genau meinte, bleibt unklar; Tatsache ist, dass der Beschwerdeführer in Psychotherapie bei Dr. G.\_\_\_\_ und dessen angeordneter medikamentöser Behandlung stand, die er - soweit ersichtlich - wahrnahm. Richtig ist, dass die somatischen Teilgutachter auf Inkonsistenzen bei ihrer Begutachtung hinwiesen. Dies allein reicht jedoch nicht aus, um die behauptete bewusste Aggravation zu beweisen, zumal auch eine Abgrenzung zum bloss verdeutlichenden Verhalten (BGE

141 V 281 E. 2.2), das noch keinen Leistungsau s schluss nach sich zieht, unterblieb.

4. 4

Das psychiatrische Gutachten erweist sich als oberflächlich,

ungenau und unvollständig und für die massgebliche Frage einer psychiatrischen Erkrankung des Beschwerdeführers und einer allfälligen Leistungseinschränkung

- und zwar für den Zeitraum ab Anmeldung bei der Invalidenversicherung -

somit als nicht hinreichend begründet und schlüssig. Das wirkt sich auf die Gesamteinschätzung im interdisziplinären Gutachten aus. Auch hinsichtlich der somatischen Krankheitsentwicklung

vermag die äusserst knappe Einschätzung der Gutachter zum Verlauf in zeitlicher Hinsicht nicht zu überzeugen. In deren Einschätzung von einigen nur

« postinterventionellen mehrwöchigen

Rekonvaleszenzen » (Urk. 8/118/13) und damit letztlich von einer ihrer Ansicht nach von Beginn an zumutbaren angepassten Tätigkeit in praktisch vollumfänglichem Pensum mit unbedeutenden postoperativen Unterbrüchen,

setzen sich die Gutachter nicht mit der Ansicht der Ärzte der Universitätsklinik A.\_\_\_\_

auseinander, die Ende 2017 von einer Unzumutbarkeit selbst von angepassten Tätigkeiten ausgingen aufgrund der noch offenen und in Abklärung befindlichen Halswirbelsäulenrevision im Zusammenhang mit der lockeren HWS-Diskusprothese, wobei die Operation schliesslich erst im Herbst 2018 stattfand (Urk. 8/43/4).

In Fällen wie dem Vorliegenden, wo aufgrund des langen zu überprüfenden Zeitraums auch die Frage einer befristeten Rente im Raum steht, ist es umso notwendiger, dass sich die Gutachter mit den Zeitabschnitten und den entsprechenden Vorberichten befassen und

allfällige abweichende Meinungen ausführlich begründen. Darauf sind sie von der IV-Stelle hinzuweisen und deren Ausführungen dazu sind durch die IV-Stelle in besonderem Masse zu überprüfen. Denn nach dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente», wie er in Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung ausdrücklich festgeschrieben worden ist, aber schon vorher gegolten hat, kann vor der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eine Rente nur gewährt werden, wenn die versicherte Person wegen ihres Gesundheitszustandes (noch) nicht eingliederungsfähig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_186/2009 vom 29. Juni 2009 E. 3.2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 121 V 190 E. 4a und c). Dabei ist rechtsprechungsgemäss jedoch dort, wo eine versicherte Person auf grund ärztlicher Beurteilung arbeitsunfähig ist, wo aber gleichzeitig angenommen wird, dass nach durchgeführter erfolgreicher Eingliederung wieder eine deutlich bessere Arbeitsfähigkeit erreichbar sein sollte, der Anspruch auf eine Rente für die zurückliegende Zeit so lange nicht ausgeschlossen, als die bestehende Erwerbsunfähigkeit nicht oder noch nicht mit geeigneten Eingliederungsmassnahmen tatsächlich behoben oder in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verringert werden konnte. Dies gilt auch für Massnahmen der Selbsteingliederung, solange solche noch nicht durchgeführt worden sind und noch keine Aufforderung zur Mitwirkung im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG (beziehungsweise im Sinne der bis Ende Dezember 2002 in Kraft gestandenen Regelung in Art. 31 IVG) ergangen ist (Urteil des Bundesgerichts I 291/05 vom 31. März 2006 E. 3.2 mit Hinweis).

Es ist dem Eventualantrag des Beschwerdeführers daher stattzugeben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zur Neubegutachtung des Beschwerdeführers zurückzuweisen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5. 5.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Verfahren sind sie ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 210 E. 7.1, 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 5.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Als weitere Bemessungskriterien sind die kantonalen Vorschriften das Mass des Obsiegens, den Zeitaufwand und die Barauslagen (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [ GSVGer ] sowie § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [ GebV SVGer ] ).

Unter Berücksichtigung dieser Grundlagen ist eine Entschädigung von Fr. 3'700.-- festzulegen und von der Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu bezahlen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 9. Februar 2021 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons

Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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

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

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

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