

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00709 vom 22. Dezember 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-12-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00709

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00709 du 22 décembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00709 del 22 dicembre 2022

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, ist gelernter Zimmermann. Er arbeitete ab 1991 als selbständigerwerbender Schreiner in seiner Einzelfirma Y.____ (Urk. 6/2/1-2, 6/4). Aufgrund lumbaler Rückenschmerzen wurde er ab 1. Juni 2014 zu 50 % krankgeschrieben und bezog Krankentaggelder der Hels ana Versicherungen AG (Urk. 6/11 /1, 6/12/1-3, 6/12/19-22). Am 8. Dezember 2014 unterzog sich der Versicherte einer Spondy lodese L4-S1 (Urk. 6/5 /5). Mit For mular vom 19. Januar 2015 meldete er sich zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (Urk. 6/8/1-6).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, teilte dem Versicherten nach Abklärung der beruflichen und medizinischen Verhältnisse mit Vorbescheid vom 7. Juli 2016 mit, dass ihm seit dem 1. Juni 2014 seine ange stammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sei er seit dem 23. Juni 2015 voll arbeitsfähig und könne mit einer solchen Tätigkeit ein rentenausschlie ssendes Einkommen erzielen, weshalb voraussichtlich ein Rentenanspruch verneint werde (Urk. 6/33/1-4). Am 19. Dezember 2016 erteilte die IV-Stelle dem Versicherten Kostengutsprache für eine Berufswahl abklärung in der Z.____ vom 16. Januar bis 10. Februar 2017 (Urk. 6/65/1-3) und am 18. April 2017 für eine Umschulung zum Sachbearbeiter Planung bei der Stiftung A.____ vom 24. April 2017 bis 28. Februar 2019 (Urk. 6/79/1-3). Die am 24. April 2017 aufgenommene Umschulung brach der Ver sicherte p er Ende Dezember 2017 ab (vgl. Urk. 6/100/1-6, 6/102/22). Mit Verfü gung vom 7. Juni 2018 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch. Dem Antrag des Versicherten auf Wiederauf nahme der beruf lichen Massnahmen im Zusammenhang mit einer allfälligen Anstellung in der Z.____ (Urk. 6/108) wurde mit selbiger Verfügung entsprochen (Urk. 6/112/1-7). Am 27. Juli 2018 erteilte die IV-Stelle dem Versicherten Leistungszusprache für einen Arbeitsversuch im Betrieb B.____ vom 6. August bis 31. Oktober 2018 (Urk. 6/121). Die Beschwerde des Versicherten vom 24. Juni 2018 gegen die Verfügung vom 7.

Juni 2018 mit dem Antrag auf Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen, insbe sondere einer Invalidenrente (Urk. 6/117), wurde mit Urteil des Sozialversiche rungsgerichts des Kantons Zürich IV.2018. 00 565 vom 4. Dezember 2019 in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung insoweit aufgeho ben wurde, als damit ein Rentenanspruch ab 1. Januar 2016 verneint wurde. Diesbezüglich wurde die Sache zu ergänzenden Abklärungen und neuerliche m Entscheid an die IV-Stelle zurückgewiesen, wobei die IV-Stelle angehalten wurde, vor der Veranlassung weiterer medizinischer Abklärungen abzuklären, ob die beruflichen Eingliederungsmassnahmen zwischenzeitlich ausgeschöpft sind (Urk. 6/154, insbesondere S. 20).

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden (BGE 148 V 174 E. 4.1).

E. 1.2

Im Urteil IV.2018.00565 vom 4. Dezember 2019 wurden die rechtlichen Grundlagen insbesondere zu den Begriffen der Invalidität und der Erwerbsunfähigkeit und zum Anspruch auf eine Invalidenrente, im Besonderen im Zusammenhang mit Eingliederungsmassnahmen dargelegt (E. 1.1 bis 1.3 in Urk. 6/153). Darauf wird verwiesen.

E. 1.3

Zu ergänzen ist, dass

hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes entscheidend ist, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte 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 mit Hinweisen).

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 25. November 2021 Beschwerde mit dem Antrag auf Zusprache einer Invalidenrente, eventualiter auf Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzenden Abklärungen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Vernehmlassung vom 17. Januar 2022 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), worüber der Beschwerdeführer am 18. Januar 2022 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 7). Mit Verfügung vom 27. Juli 2022 wurde der Beschwerdeführer zur Einreichung diverser Unterlagen zum Nachweis seines Verdienstes im Jahr 2014 und zur Stellungnahme zum gemäss IK-Auszug fehlenden beitragspflichtigen Einkommen für das Jahr 2015 aufgefordert (Urk. 8). Die Eingabe des Beschwerdeführers hierzu mit dem ergänzenden Antrag auf Anweisung der Beschwerdegegnerin, den IK-Auszug für das Jahr 2015

berichtigen und ergänzen zu lassen, datiert vom 4. Oktober 2022 (Urk. 11 , insbesondere S. 4). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme dazu (Urk. 14), worüber der Beschwerdeführer in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 15).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die neuerliche Verneinung eines Rentenanspruchs damit, dass dem Beschwerdeführer gemäss der gutachterlichen Beurteilung zwar seine angestammte Tätigkeit als Zimmermann nicht mehr zumutbar sei, dass ihm aber eine optimal angepasste Tätigkeit abgesehen von einem kurzen, nicht rententragenden Unterbruch zwischen 31. Oktober bis 19. November 2016, seit 1. Januar 2016 zu 80 % zumutbar sei. Ausgehend vom gerichtlich festgestellten Valideneinkommen von Fr. 86'434.25 (2015) und dem

gestützt auf die statistischen Werte zu ermittelnden Invalideneinkommen resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 35 %. Ein leidensbedingter Abzug sei beim beigezogenen Tabellenlohn bereits berücksichtigt (Urk. 2 S. 2 f.). Mit der Vernehmlassung führte die Beschwerdegegnerin ergänzend an, für die Berechnung des Valideneinkommens sei auf die Verhältnisse vor Eintritt des Gesundheitsschadens abzustellen, mithin dürfe das Jahr 2014 aufgrund der teilweisen Arbeitsunfähigkeit nicht in die Berechnung miteinfließen (Urk. 5 S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer lässt dagegen im Wesentlichen vorbringen (Urk. 1 S. 7 ff.) , das Gutachten der C.____ sei aus diversen Gründen nicht beweiskräftig. So sei insbesondere nicht nachvollziehbar, weshalb lediglich die lumbalen Schmerzen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit hätten, nicht aber das zervikovertebrale Schmerzsyndrom, die Gonarthrosen und die Handschmerzen. Die Antworten des Gutachters zu den diesbezüglichen Rückfragen trügen weder dem Einfluss der Gonarthrose auf die Leistungsfähigkeit noch den Einschränkungen im linken Handgelenk genügend Rechnung. Auch fehle eine rechtsgenügende Auseinandersetzung mit anderslautenden Akten. Insbesondere fehle es dem psychiatrischen Gutachten an einer genügenden Auseinandersetzung mit der Konsistenzfrage. Bei der Berechnung des Valideneinkommens sei sodann das Einkommen 2014 von Fr. 147'700.--, welches bei Erlass des Urteils IV.2018.00565 noch nicht aktenkundig gewesen sei, in die Berechnung miteinzubeziehen (S.

20

f.). Von Seite des Invalideneinkommens sei sowohl angesichts seines Alters als auch angesichts des gesundheitlich bedingt enorm eingeschränkten Tätigkeitsspektrums und des zusätzlichen Pausenbedarfs ein Tabellenlohnabzug von 25 % vorzunehmen (S. 22 ff.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab 1. Januar 2016 . Unbestritten ist dabei, dass die Beschwerdegegnerin nach Abschluss der beruflichen Eingliederungsmassnahmen (Mitteilung vom 11. Oktober 2018, Urk.

6/141) zu Recht die Rentenprüfung fortsetzte und in Umsetzung des Urteils IV.2018.00565 ein polydisziplinäres Gutachten einholte.

E. 3.1

Das hiesige Gericht wies die Sache mit Entscheid vom 4. Dezember 2019 (Urk.

6/154) an die Beschwerdegegnerin zurück, weil die medizinischen Akten auf einen sich im Jahr 2016 allmählich verschlechternden Gesundheitszustand

hinwiesen, welcher sich nicht abschliessend beurteilen liess und der Annahme einer rentenausschliessenden

100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit, wie sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (1. Juli 2015) bis jedenfalls Ende 2015 vorlag (E. 4.2 im zitierten Urteil) , entgegen stand. Die Rückweisung erfolgte, damit die Beschwerdegegnerin die Problematik im Bereich der Lenden- wie auch der Halswirbelsäule, der Knie und der Arme sowohl in ortho pädischer als auch neurologischer Hinsicht ergänzend abkläre und zum Ausschluss einer leistungsrelevanten psychischen Beeinträchtigung eine psychiatrische Abklärung durchführe (E. 4.3-4.5) sowie hernach über einen allfälligen Rentenanspruch ab Januar 2016 neu befinde.

E. 3.2

Vorweg zur Begutachtung holte die Beschwerdegegnerin Berichte der behandelnden ärztlichen Fachpersonen ein:

E. 3.2.1

Die Hausärztin Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 2. März 2020 (Urk. 6/161) die Diagnosen einer Lumboischialgie L5/S1 bei Spondylolyse /Spondylolisthesis, Spondylolese L4-S1 2014, einer Gonarthrose beidseits (2013) und einer Anpassungsstörung (2015). Sie attestierte seit 1. Dezember 2017 eine Arbeitsunfähigkeit als selbständiger Sanitär (richtig: Schreiner) zwischen 75 und 100%. Als aktuelle medizinische Symptomatik führte sie eine persistierende chronische Lumboischialgie bei kleinster körperlicher Betätigung und Schmerzen nach längerem Sitzen an (Urk. 6/161/2-3).

E. 3.2.2

Dem Bericht von Dr. D.____ (Urk. 6/171/1-6) beigelegt war die

Beurteilung der am 2. November 2018 durchgeführten SPECT-Untersuchung von PD Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Wirbelsäulen- und Schmerz-Clinic, Klinik F.____, vom 9. November 2018, wonach eine eindeutige Nonunion L5/S1 mit Schraubenaktivierung auf S1 rechts bestehe. Die Cage-Integration L4/5 sei für vier Jahre postoperativ auch viel zu aktiv, sodass dort zusätzlich eine Mikroinstabilität anzunehmen sei, welche bisher noch nicht zu einer Auslockerung im Schraubenbereich geführt habe. Der hier ausgewiesene Zustand einer Pseudarthrose L4-S1 sei durchaus kompatibel mit hartnäckigen lumbalen Beschwerden, welche nicht so sehr radikulären Charakters seien, sondern spondylogenen mit Umlagerungsschmerzen und Dauerbelastungsschmerzen unter axialer oder Schwerlastbeanspruchung. Bei Versagen von konservativen Massnahmen bestehe nunmehr lediglich die Option einer operativen Revision mit intercorporeller Revision L4/5 und L5/S1 und gleichzeitig Ummontage auf Oversize-Implantate. Aufgrund der Sachlage sei der Beschwerdeführer für körperlich

belastende Tätigkeiten wie Zimmermann-Arbeiten oder ähnliches nicht einsetzbar (Urk. 6/161/7-8). Am 23. November 2018 berichtete PD Dr. E.____, dass der Beschwerdeführer die Revisionsoperation ins Auge fasse (Urk. 6/161/9).

E. 3.2.3

Der seit 21. Januar 2019 behandelnde Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. G.____, schloss in seinem Bericht vom 3. März 2020 das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose aus. Allgemein sei es zwar so, dass es bei jeder chronischen Schmerzerkrankung eine relevante psychische Komponente gebe, so auch beim Beschwerdeführer. Die psychische Komponente seiner chronischen Schmerzen lasse sich aber nicht in eine psychiatrische Diagnose fassen, da weder Angst, noch Depression, Sucht oder eine PST (gemeint wohl: Persönlichkeitsstörung) vorlägen und er auch nicht die typischen Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung aufweise (Urk. 6/162/3).

E. 3.2.4

Nach neuerlicher SPECT-Untersuchung vom 4. Mai 2020 (vgl. dazu: Urk.

6/165/2-3) berichtete PD Dr. E.____ am 5. Mai 2020 (Urk. 6/165/4-5) über eine Verbesserung der ossären Integration im Bereich L5/S1. Mit Blick auf die Polyarthrosen im Bereich der LWS, der Knie und Sprunggelenke sei aber eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit als Zimmermann kaum zu erreichen. In einer administrativen Tätigkeit wäre eine Teilarbeitsfähigkeit je nach Exploration zu realisieren (Urk. 6/165/4-5).

E. 3.3.1

Im Rahmen der polydisziplinären Abklärung in der C.____ wurde der Beschwerdeführer im August und September 2020 orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch und allgemein-innermedizinisch exploriert (Urk. 6/173 S. 3). Im Rahmen der

interdisziplinären Beurteilung schlossen die verantwortlich zeichnenden Gutachter auf folgende Diagnosen (Urk. 6/173 S. 8):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit): - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom im Status nach Dekompression L5/S1 links, Spondylodese L4-S1, intrasomatische Fusion L4/5 und LS/S1 mit autologer lokaler Spongiosa und Interponaten vom 8.12.2014 mit Pseudoarthrose L5/S1 bei fehlendem ossären Durchbau um die Cages L5/S1 - Gonarthrose beidseits, links mehr als rechts, mit Beuge- und Streckdefizit - Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom bei bekannten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule ohne Hinweis auf radikuläre Defizitsymptomatik

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter unter anderem ein wahrscheinliches Sulcus

ulnaris Syndrom links und eine leichte Funktionseinschränkung des linken Handgelenks bei Ulnarminis -Variante und Verkalkung ulnarkarpal an.

E. 3.3.2

In Zusammenfassung der orthopädischen Expertise (Urk. 6/173/25-41) führten die Gutachter konsensual aus (Urk. 6/173 S. 6), der Beschwerdeführer sei bei persistierender lumbaler linksbetonter Beschwerdediagnostik am 8. Dezember 2014 dekomprimiert und

mittels einer Spondylodese von L4/S1 stabilisiert worden. Bei fortbestehender kaudaler Lumbalgie habe eine SPECT-CT vom 4. Mai 2020 eine zunehmend aktivierte Pseudoarthrose in der Höhe L5/S1 ohne ossären Durchbau um die Cages L5/S1 gezeigt. Bei der aktuellen Untersuchung habe sich die Entfaltbarkeit der LWS nachvollziehbar als eingeschränkt gezeigt und lasse sich ebenfalls erwartungsgemäss ein Federungsschmerz L5/S1 provozieren. Hinweise auf eine radikuläre Defizitsymptomatik bestünden indes nicht. Die Funktion der HWS stelle sich aktuell nur leicht eingeschränkt dar. Die Halsweichteile erschienen unauffällig, die Schulter-Nacken-Muskulatur ohne wesentlichen muskulären Hartspann.

Seitens der bereits mehrfach arthroskopisch assistiert operierten Kniegelenke stelle sich eine valgische Beindeformierung dar und an beiden Kniegelenken ein leichtes Streckdefizit von 5°. Bei der passiven Bewegungsuntersuchung lasse sich zudem ein deutliches retropatelläres Reiben feststellen. Die Beugefähigkeit sei beidseits bei etwa 120° limitiert.

Seitens der Handgelenke stelle sich eine leichte Einschränkung der Beweglichkeit auch in der Supination und radiologisch neben einer Ulnarminisvariante eine fortgeschrittene Verkalkung ulnokarpal dar.

E. 3.3.3

Im Rahmen der neurologischen Begutachtung (Urk. 6/173/42-54) seien im Bereich der unteren Extremitäten keine radikulären Ausfälle festzustellen gewesen. Hier sei ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der LWS ohne radikuläre Ausfälle festzuhalten. Auch im Bereich der HWS würden chronische Schmerzen angegeben, wobei die Untersuchung weder Hinweise auf radikuläre Ausfälle noch auf eine zervikale Myelopathie ergeben habe. Die anamnestisch beschriebenen intermittierenden Hypästhesien in der ulnaren Hand dürften bei positiven Hoffmann- Tinel -Zeichen über dem Sulcus

ulnaris links für ein Sulcus - ulnaris -Syndrom ohne persistierende Defizite sprechen. Differentialdiagnostisch seien die rezidivierend auftretenden Hypästhesien der radialen Finger und des radialen Unterarms als Ausdruck eines leichtgradigen Carpal tunnelsyndroms oder als sensibles C6- und C7-Syndrom zu sehen. Persistierende sensible oder motorische Defizite seien diesbezüglich bei der Untersuchung nicht aufgefallen. Bereits im Jahr 2008 habe eine elektrophysiologische Abklärung einen grenzwertigen Befund bezüglich eines Carpal tunnelsyndroms gezeigt (Urk. 6/173 S. 6 f.).

E. 3.3.4

Die internistisch (vgl. Fachgutachten, in: Urk. 6/173/67-80) festgestellten erhöhten Blutdruck- und Cholesterinwerte begründeten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch kämen der 2015 sonographisch festgestellten Leberzyste und der kortikalen Nierenzyste kein Krankheitswert zu und bestehe bezüglich des 2013 festgestellten Schlafapnoesyndroms aktuell Beschwerdefreiheit (Urk. 6/173 S. 7).

E. 3.3.5

Im psychopathologischen Querschnitt ergebe sich sodann kein Hinweis für eine psychiatrische Erkrankung, was durch den Bericht von Dr. G.____ bestätigt werde (Urk. 6/173 S. 7).

E. 3.3.6

Nach Zusammenführung und Darlegung der Ergebnisse der einzelnen Fachrichtungen schlossen die Gutachter im Rahmen des Konsens es Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer, internistischer und neurologischer Sicht aus. Be zunehmend auf die Beurteilung des orthopädischen Experten (vgl. dazu: Urk.

6/173 S. 34 ff.) schlossen sie eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als Schreiner zufolge des chronischen lumbospondylo genen Schmerzsyndroms bei fehlendem ossärem Durchbau um die Cages L5/S1 aus. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg, ohne Zwangshaltung (Vorbeuge, in kniender und hockender Stellung) und ohne Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen (Urk. 6/173 S. 9) bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, dies seit Ende 2015, einzig unterbrochen durch eine n stationären Aufenthalt vom 31. Oktober bis 19. November 2016 (Urk. 6/173 S. 10).

E. 3.4

Am 18. Mai 202 1 beantwortete der federführende orthopädische Gutachter, Dr.

med. H.____ die Ergänzungsfragen der B eschwerdegegnerin (Urk. 6/191/1 6), welche im Nachgang zu den Einwänden des Beschwerdeführers im Vorbescheid verfahren

(Urk. 6/184 und 6/186) gestellt wurden . Dabei führte Dr. H.____ aus, dass sowohl das chronische lumbospondylogene als auch das z ervikovertebrale

Schmerzsyndrom als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit anerkannt worden und unter der Begrifflichkeit «Rückenschmerzen» erfasst seien. Im Bereich des Handgelenks liege aufgrund der anlagebedingten Ulnaminusvari ante und der Verkalkung ulnakarपाल eine leichte Funktionseinschränkung vor. Eine Arthrose könne ausgeschlossen werden. Der Beschwerdeführer habe mit dieser anatomischen Variante in seinem bisherigen Berufsleben als Zimmermann gearbeitet, weshalb man sich fragen müsse, aus welchem Grund diese Funktions einschränkung plötzlich Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bekommen solle. Sodann liege im Bereich des linken Handgelenks ein grenzwertiger Befund bezüglich eines Karpaltunnelsyndroms vor. Dieses sei gut behandelbar und führe zu keiner dauerhaften Arbeitsunfähigkeit. Ausserdem werde der Gonarthrose beidseits durchaus Relevanz im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei gemessen, werde diese doch im Belastungsprofil damit berücksichtigt, dass kniende und hockende Stellungen sowie extreme Temperaturschwankungen aus geschlossen würden (Urk. 6/191 S. 2) .

Was die Konsistenzfrage anbelange, führte Dr. H.____ ins Feld, dass der Beschwerdeführer, welcher selbständig und ohne Hilfe seinen Alltag bewältige, täglich fast 10 km gehe, vollständig auf Schmerzmittel verzichte und leichte Tätigkeiten im Haushalt erledige, angepasst über eine Arbeitsfähigkeit verfüge. Die hinsichtlich der körperlichen Schwere abweichende Einschätzung von Dr.

D.____ könne aufgrund der aktuellen Begut achtung nicht bestätigt werden. Auch lasse sich die von ihr beschriebene muskuläre Dekondi tionierung aufgrund der gutachterlichen Befunde bei mittelkräftig angelegter Muskulatur nicht bestätigen. PD Dr. E.____ habe sich ebenfalls für eine Teilarbeitsfähigkeit in angepasster admi nistrativer Tätigkeit ausgesprochen, ohne dieselbe jedoch zu quantifizieren. Soweit der Beschwerdeführer bemängeln lasse, dass die Divergenzen zwischen seiner Selbsteinschätzung und der gutachterlichen Einschätzung der Arbeits fähigkeit nicht geklärt würden, sei es gutachterliche Aufgabe, die Gesundheits störungen einer versicherten Person anhand der

erhobenen Befunde zu erfassen und zu bewerten. Eine Beschwerdeschilderung könne dagegen nicht automatisch als Symptommachweis gelten (Urk. 6/191 S. 2 ff.).

E. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der C.____ vom 28. Oktober 2020 beruht auf den erforderlichen allgemeininternistischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis

der fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander.

E. 4.2

So erweist sich nicht nur der – unbestrittene - Ausschluss einer leistungsrelevanten allgemein-internistisch begründeten Gesundheitsstörung als ohne Weiteres nachvollziehbar. Auch die Schlussfolgerungen des psychiatrischen Experten überzeugen sowohl im Lichte der unauffälligen klinischen Befunde (Urk. 6/173 S. 57 f.) als auch der übrigen medizinischen Aktenlage, so insbesondere des Berichts des behandelnden Psychiaters Dr. G.____ vom 3. März 2020, worin das Vorliegen einer psychischen Erkrankung ebenfalls nachvollziehbar begründet ausgeschlossen wurde (Urk. 6/16 2/3).

Was die Verlaufsbeurteilung des psychiatrischen Experten anbelangt, wonach sich seit 31. Dezember 2015 keine Änderung der Arbeitsfähigkeit ergeben habe (Urk. 6/173 S. 61), korrespondiert diese Einschätzung mit derjenigen von Dr. med. I.____, Leitender Arzt Psychosomatik der Klinik J.____, vom 8. Dezember 2016, welcher sich dann zumal zwar für das Vorliegen einer Anpassungsstörung gemäss ICD-10 F43.23 und von akzentuierten Persönlichkeitszügen gemäss ICD-10 Z73.1 aussprach, diesen Störungen aber wie den ebenfalls diagnostizierten psychologischen Wirk- und Verhaltensfaktoren (ICD-10 F54) mit maladaptiv suppressorischem Coping keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass (Urk. 6/62 S. 3 f.). Eine von Dr. med. K.____, Facharzt für

Psychiatrie und Psychotherapie, in seinem Bericht zu Händen des Vertrauensärztlichen Dienstes der Swiss Live AG vom 25. April 2018 gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F33.2), aktuell gebessert (Urk. 6/117/14-16), findet sodann in den übrigen Akten, so auch den zeitnahen Berichten und Zeugnissen der Hausärztin Dr. D.____ (Urk. 6/102/2-4, 6/117/13, 6/146/25), keinen Niederschlag und bietet, nachdem bereits Dr. K.____ die bisherige Arbeit als (nur) wegen der Rückenbeschwerden weiterhin zu 100% eingeschränkt beurteilte (Urk. 6/117/14), keinen Anlass, die Verlaufsbeurteilung des psychiatrischen C.____-Gutachters in Frage zu stellen. Soweit der Beschwerdeführer die Beweiskraft der psychiatrischen Expertise damit anzweifelt, als er geltend macht, es wäre Sache des psychiatrischen Gutachters gewesen, die Diskrepanz zwischen den vom Beschwerdeführer angegebenen massiven Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit und der abweichenden Einschätzung der Gutachter aufzuklären (Urk. 1 S. 19), verkennt er, dass der psychiatrische Experte seine Beurteilung sehr wohl in Kenntnis der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers vornahm (Urk. 6/173 S. 53), jedoch auch im Rahmen der Konsensbeurteilung, mithin in Kenntnis der von somatischer Seite attestierten Arbeitsfähigkeit, keine Veranlassung sah, von seinem gutachterlichen Ausschluss einer

psychischen Krankheit abzuweichen.

E. 4.3

Was die neurologische Expertise anbelangt (Urk. 6/173 S.

39-51), schloss der Gutachter aufgrund seiner klinischen Untersuchung sichere radikuläre Ausfälle im Zusammenhang mit dem chronischen lumbalen und

dem zervikalen Schmerzsyndrom wie auch eine zervikale Myelopathie aus (S. 44 ff.) und verwies auf die diese Befunde bestätigende übrige medizinische Aktenlage (S.

47). Der fehlende radikuläre Charakter der im Vordergrund stehenden lumbalen Schmerzproblematik findet denn auch im Bericht von PD Dr. E. ___ vom 9. November 2018 Bestätigung (Urk. 6/161/7). Dass der neurologische Experte die Schmerzsyndrome der LWS und der HWS mangels festgestellter neurologischer Defizite keiner Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuführte, erscheint folgerichtig. Dass er in diesem Zusammenhang dennoch eine Diagnose stellte, wenn auch ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 45), ist – wie der Beschwerdeführer zu Recht monierte (Urk. 1 S. 11) – nicht ohne Weiteres verständlich, stellt aber die Beweiskraft der gutachterlichen Beurteilung nicht in Frage. Nachvollziehbar erweist sich seine Beurteilung vielmehr auch insoweit, als er die geklagten Armschmerzen mit Einschlafgefühlen in den Händen, links ausgeprägter (S. 41), angesichts der positiven Hoffmann-Tinel-Zeichen einem leichtgradigen Sulcus

ulnaris Syndrom zuordnete und differentialdiagnostisch ein sensibles Reizsyndrom C6/C7 oder ein leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom in Betracht zog, mangels persistierender Defizite dieser Störung aber keine (dauerhaften) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass (S. 45 und S. 48).

E. 4.4

Der orthopädische Experte und mit ihm einhergehend alle im Rahmen des Konsenses verantwortlich zeichnenden Gutachter massen den chronischen lumbospondylogenen und dem chronischen zervikovertebralen Schmerzsyndrom sowie der beidseitigen Gonarthrose Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 6/173 S.

E. 8

00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - 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 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, zuzu stellen.

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

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