

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00127 vom 23. Oktober 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-10-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00127

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00127 du 23 octobre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00127 del 23 ottobre 2023

Erwägungen

E. 1

Juni 2015 als Gipser für die A.____ AG, B .____ , tätig , wobei er ab dem 2. Oktober 2020 zu 100 % krankgeschrieben war . Am 15. Oktober 2020 meldete er sich unter Hinweis auf ein chronisch es

myofasciales

cervicovertebrales und lumbospon dylo genes Schmerzsyndrom, degenerative Veränderungen der Hals- und Lenden wirbelsäule sowie einen Verdacht auf Beriberi bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, führte erwerbliche und medizinische Abklärungen durch und holte ein rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten bei der MEDAS C.____ GmbH ein, das am 24. August 2022 erstattet wurde (Urk. 9/59). Mit Vorbescheid vom 15.

Dezember 2022 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 9/65) und verfügte am 9. Februar 2023 wie angekündigt (Urk. 9/70 = 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 Invaliden versicherung (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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz . 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs aufgrund der am 15. Oktober 2020 erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug (Urk. 9/5) bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt (Art. 29 Abs. 1

IVG), sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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

E. 1.3

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

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

E. 1.4

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 2. März 2023 unter Beilage verschiedener Arztberichte (Urk. 3/3-4) Beschwerde mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung vom 9. Februar 2023 sei aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab 19. Oktober 2020 eine ganze Invalidenrente basierend auf einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auszurichten, eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, mit der

Auflage, den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit durch entsprechende objektive fachärztliche Gutachten abklären zu lassen (Urk. 1 S. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 30. Mai 2023 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Am 13. Juni 2023 äusserte sich der Beschwerdeführer erneut und hielt an seinen Anträgen fest (Urk. 11), worauf die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme verzichtete (Urk. 13) . Davon wurde dem Beschwerdeführer am 19. Juli 2023 Kenntnis gegeben (Urk. 14) . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin legte in der angefochtenen Verfügung dar, die medizinische Abklärung habe ergeben, dass dem Beschwerdeführer die Tätigkeit als Gipser seit dem 1. Mai 2020 nicht mehr möglich sei, jedoch aus medizinischer Sicht eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei (Urk. 2 S. 1).

Der Invaliditätsgrad sei mittels eines Einkommensvergleichs berechnet worden, wobei sie für den bei guter Gesundheit erzielbaren Lohn auf die Lohnangaben des Arbeitgebers abgestellt und das zumutbare Einkommen mit gesundheitlichen Einschränkungen anhand von statistischen Lohnangaben ermittelt habe. Der daraus resultierende Invaliditätsgrad von 11 % gebe keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2 S. 1 f.)

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, die Beschwerdegegnerin habe sich bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts nur auf den somatischen Teil des MEDAS-Gutachtens gestützt und den psychiatrischen Teil ausgeklammert, da sie davon ausgegangen sei, dieser sei aufgrund von Aggravation nicht beurteilbar. Die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters Dr. D.____ weiche jedoch erheblich von der Beurteilung der behandelnden Fachärztin ab, wobei sich Dr.

D.____ nicht mit den spezifischen Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt habe

(Urk. 1 S. 8). Dr. D.____

habe angeführt, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Hinweise auf ein aggravierendes Verhalten vorlägen , habe es jedoch gänzlich unterlassen, sich mit den hierfür erforderlichen klassifikatorischen Merkmalen auseinanderzusetzen , was aufgrund des deswegen erfolgten Ausschlusses eines psychiatrischen Krankheitsbildes von Krankheitswert angezeigt gewesen wäre. Da das aggravierende Verhalten somit nicht nachvollziehbar sei, erweise sich auch die Verneinung einer chronischen Schmerzstörung nicht als nachvollziehbar (Urk. 1 S. 8 f.). Des Weiteren treffe es nicht zu, dass bisher keine spezifische psychotherapeutische Behandlung der chronischen Schmerzstörung stattgefunden habe, merke doch Dr. D.____ selbst an, dass er sich seit Anfang 2022 in psychiatrischer Behandlung befinde. Dr.

D.____ wäre daher gehalten gewesen, entweder die behandelnde Psychiaterin zu kontaktieren oder die Beschwerdegegnerin zur Vervollständigung der Akten aufzufordern (Urk. 1 S. 9 f.).

In den Akten fänden sich diverse somatische Diagnosen, welche im Gutachten nicht erwähnt, gemäss der behandelnden Psychiaterin die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht jedoch stark beeinflussen würden. Das rheumatologische Teilgutachten beruhe

zudem nicht auf umfassenden funktionsorientierten klinischen Untersuchungen. Der Gutachter gebe selbst an, dass sich die Diagnose der diffusen weichteilrheumatischen Schmerzen als Ausschlussdiagnose ergebe und er die Ursache des ausgedehnten und subjektiv invalidisierenden Schmerzleidens

nicht eruieren können. Weshalb keine somatisch abstützbaren Beschwerden vorliegen sollten und diese nicht auf ein bekanntes somatisch-pathologisches Krankheitsbild abgestützt werden könnten, obwohl die Begutachtung keine Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden ergeben habe, bleibe unklar. Die rheumatologische Diagnosestellung erscheine daher nicht nachvollziehbar. Zudem habe der Gutachter zur Begründung der Konsistenz und Plausibilität angegeben, dass Hinweise für eine Aggravation vorlägen, habe dies jedoch nicht begründet. Das angeführte aggravatorische Verhalten sei demnach nicht nachvollziehbar (Urk. 1 S. 10 f.). Schliesslich sei die Beurteilung des rheumatologischen Gutachters zur Belastungsfähigkeit rein theoretisch (Urk. 1 S. 12).

Die behandelnde Psychiaterin führe aus, im Rahmen der Therapie zeige sich, dass mehrere Symptome unverändert in schwerem Ausmass vorhanden seien und eine Arbeitsfähigkeit nicht gegeben sei. Die im Gutachten beschriebenen Schmerzen seien im Alltag einschränkend und entsprächen keiner Aggravation. Es bestehe sowohl aufgrund der Schmerzen

wie auch der Xerostomie ein massiver Leidensdruck. Aus psychiatrischer Sicht bestehe ein chronifiziertes psycho-organisches Krankheitsleiden mit invalidisierender Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Allenfalls wäre gemäss dem psychiatrischen Gutachten ein Morbus Fabry in Erwägung zu ziehen. Dies sei bisher noch nicht geprüft worden, sei aber auch gemäss der behandelnden Psychiaterin empfehlenswert (Urk. 1 S. 12 f.).

Die RAD-Ärztin sei ihrer Pflicht nicht nachgekommen, sich mit dem MEDAS-Gutachten korrekt auseinanderzusetzen. Andernfalls hätte ihr auffallen müssen, dass das psychiatrische Teilgutachten erhebliche Mängel aufweise. Es könne nicht darauf und somit im Ergebnis auch nicht auf die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung abgestellt werden. Nachdem sich sein psychischer Gesundheitszustand auch gestützt auf die Akten nicht rechtsgenügend feststellen lasse, erweise sich der rechtserhebliche Sachverhalt als ungenügend abgeklärt (Urk. 1 S. 13 f.).

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin, ihre diversen Abklärungen hätten die Gutachter zum Resultat geführt, dass eine leidensangepasste Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht zu 100 % zumutbar sei.

Anlässlich der rheumatologischen und der psychiatrischen Begutachtung hätten Hinweise für eine Aggravation bestanden. Zudem ergebe sich ein Verdacht auf einen sekundären Krankheitsgewinn, da die Raten für einen Kredit des Beschwerdeführers aufgrund dessen Erkrankung von einer Versicherung übernommen würden. In diesem Zusammenhang sei es denn auch nachvollziehbar, weshalb der Gutachter auf die Einholung eines Berichts bei der behandelnden Fachärztin verzichtet habe. Aus der mit der Beschwerde eingereichten Stellungnahme seien keine neuen Tatsachen in Bezug auf den Sachverhalt und die Diagnosen zu entnehmen (Urk.

E. 2.4

Der Beschwerdeführer stellte in der Eingabe vom 13. Juni 2023 zur Hauptsache einen sekundären Krankheitsgewinn und die Nachvollziehbarkeit der gutachterlich postulierten Aggravation in Abrede (Urk. 11 S. 2). 2. 5

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. 3. 3.1

Der Beschwerdeführer hielt sich wegen starker Rückenschmerzen, einer starken Arthralgie und einer Gangunsicherheit vom 2. bis am 16. Oktober 2020 zur muskuloskelettalen Rehabilitation in der Klinik F.____ der G.____ auf. Im Austrittsbericht vom 16. Oktober 2020 stellten die behandelnden Fachpersonen im Wesentlichen die Diagnosen eines chronischen myofascialen

cervico vertebrale n sowie lumbospondylogenen Schmerzsyndroms, degenerativer Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie eines Verdachts auf Beriberi (Urk. 9/4 S. 1 f.). Der Beschwerdeführer sei in das multimodale Therapieprogramm integriert worden und sei am 16. Oktober 2020 in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (Urk. 9/4/4). 3.2

In seinem Bericht über die Sprechstunden vom 7.

Dezember 2020 bis 6. Januar 2021 und die angefertigten Bildgebungen stellte der behandelnde Dr. med. H.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Diagnosen einer Polymyalgia rheumatica, eines Verdachts auf systemische Sklerodermie beziehungsweise Lupus erythematosus sowie einer psychosozialen Belastungssituation (Urk. 9/43/4). Er legte dar, der Beschwerdeführer klagt gegenwärtig über diffuse muskuloskelettale Beschwerden. Die Nacken- beziehungsweise dorsalen Schulterbeschwerden führen er auf eine segmentale zervikale Dysfunktion C2/3 beidseits und auf eine Haltungsinuffizienz/muskuläre Dysbalance bei protrahierten Schultern beidseits sowie Myogelosen der scapulaführenden Muskulatur zurück. Die chronischen

lumbospondylogenen Beschwerden seien

der deutliche n Haltungsinuffizienz der Becken- und Rumpfmuskulatur sowie eine r verkürzte n

ischio-crurale n Muskulatur geschuldet. Die beklagten proximalen lateralen Oberschenkelbeschwerden links führe er

ebenfalls auf die erwähnte Haltungsinuffizienz/muskuläre Dysbalance bei ausgeprägten Myogelosen des Musculus gluteus medius zurück. Die Beschwerden am linken Grosszehengrundgelenk seien durch eine leicht symptomatische MTP - I - Arthralgie begründet. Zudem bestehe eine beginnende Rhizarthrose rechts bei ansonsten altersentsprechendem unauffälligem Befund (Urk.

9/43/9). 3. 3

Dr. med. I.____, Oberarzt an der Klinik für Rheumatologie des Universitätsklinikums J.____, hielt in seinem auf Zuweisung durch Dr. H.____ erstatteten Bericht vom 17. Februar 2021 fest, zusammengefasst zeige sich ein multilokuläres Schmerzsyndrom, das aktuell nicht objektivierbar sei und weder anamnestisch, laborchemisch, immunologisch noch im klinischen Untersuchungsinhalt Hinweise für eine zu Grunde liegende systemisch-entzündliche Erkrankung liefere (Urk. 9/36/26). 3. 4

Der Beschwerdeführer war vom 30. März bis am 13. April 2021 in der Klinik für Rheumatologie des J.____

zur stationären multimodalen rheumatologischen Komplextherapie hospitalisiert. Die behandelnden Ärzte stellten im Austrittsbericht vom 13. April 2021 die Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eines Zustandes nach Verdacht auf Beriberi sowie einer Hiatushernie (Urk. 9/30/1 f.). Sie hielten fest, in der Zusammenschau der Befunde würden sie gemäss den mitbeurteilenden Kollegen der Psychiatrie von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und einer mittelgradigen depressiven Episode mit Panikattacken ausgehen, wobei das depressive Geschehen letztlich keinen Eingang fand in die Diagnose. Zudem bestünden schmerzunterhaltende psychische/psychosoziale Faktoren. Der Verlauf sei erfreulich. Die Schmerzen hätten abgenommen und die Haltung habe verbessert werden können (Urk. 9/30/2). 3. 5

Vom 22. April bis am 22. Mai 2021 hielt sich der Beschwerdeführer stationär zur multimodalen psychosomatischen Behandlung in der Klinik K.____ der G.____ auf (Urk. 9/32/4). Die behandelnden Fachpersonen hielten die bereits vom J.____

gestellten Diagnosen fest und führten aus, bei Eintritt sei vor allem die Schmerzsymptomatik mit ausgeprägter Kraftminderung und Schwäche im Vordergrund gestanden. Der Beschwerdeführer habe von den multimodalen Therapien nur begrenzt profitieren können. Die Vermittlung eines psychosomatischen Schmerzmodells sei nicht erfolgreich gewesen. Die Symptomatik habe nur minimal gebessert werden können. Während der Rehabilitation sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig gewesen (Urk. 9/32/5).

3. 6

Hausärztin Dr. med. L.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 20. August 2021 eine chronische somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45) und attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 10. August 2019 bis auf Weiteres (Urk.

9/38/2 f.). Mit den Schmerzen sei keine Arbeit auf dem Bau möglich, eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei bei Kooperation des Beschwerdeführers ganztags möglich (Urk. 9/38/4 f.). 3. 7

Am 19. Januar 2022 stellten Dr. med. M.____, Facharzt für Urologie, und PD Dr. med. N.____, Chefarzt Urologie, die Diagnosen einer erektilen Dysfunktion seit zwei Jahren und weiteren urologischen Beschwerden. Dass diese die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden, ist dem Bericht nicht zu entnehmen (Urk. 9/43/2, vgl. auch Urk. 9/62/

E. 5

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere

medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, 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). 2.

E. 5.1

Zu prüfen bleiben die Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auf die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers.

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

E. 5.2

Für die Berechnung des Valideneinkommens übernahm die Beschwerdegegnerin das vom Beschwerdeführer im Jahr 2020 als Gipser bei der A. ___ AG erzielte Einkommen von Fr. 73'034.--,

was unbestritten blieb. Zu Gunsten des Beschwerdeführers nicht berücksichtigt hat sie die vom Jahr 2020 bis zum frühest möglichen Rentenbeginn sechs Monate nach der Anmeldung im Oktober 2020 (Urk. 9/5), mithin

im Jahr 2021; eingetretene negative Nominallohnentwicklung von -0.7

(vgl. Entwicklung der Nominallöhne, Bundesamt für Statistik, T 39, Männer, www.bfs.admin.ch). Dies ist nicht zu beanstanden.

E. 5.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des

Einzelfalles nicht möglich ist (vgl.

BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5. 4

Da der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im April 2021 (Art. 29 Abs. 1 IVG) keiner Arbeitstätigkeit nachging, hat die Beschwerdegegnerin für die Bemessung des Invalideneinkommens zu Recht die Lohnstrukturerhebung 2020 des Bundesamtes für Statistik herangezogen und auf den Zentralwert des monatlichen Bruttolohns für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art männlicher Angestellter von Fr. 5'261.-- (LSE 2020, TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1) abgestellt. Aufgerechnet auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, A-S) und angepasst an die Entwicklung der Nominallöhne für männliche Arbeitskräfte von 2'298 Punkten im Jahr 2020 auf 2'281 Punkte im Jahr 2021 ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 65'328.-- (Fr. 5'261.-- / 40 * 41.7 * 12 / 2298 * 2'281). 5. 5

Das Invalideneinkommen von Fr. 65'328.-- liegt um rund

E. 8

S. 2 f.).

Gründe, am MEDAS-Gutachten zu zweifeln, bestünden keine. Das Gutachten entspreche in jeglicher Hinsicht den vom Bundesgericht geforderten Kriterien an eine beweiskräftige Beurteilung. Zu berücksichtigen sei ferner die Erfahrungstatsache, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag es nicht zulasse, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen würden. Weder in der beschwerdeweise eingereichten Stellungnahme der behandelnden Fachärztin noch im Bericht des Spitals E.____ vom 27. September 2022 seien wichtige Aspekte ersichtlich, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben seien (Urk. 8 S. 3).

E. 9

Dr. med. P.____, Spitalarzt an der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals-, und Gesichtschirurgie des J.____,

stellte in seinem Bericht vom 18. Mai 2022 die Diagnosen einer chronischen

Nasenatmungsbehinderung, Differentialdiagnose nicht-allergische Rhinitis, und einer Refluxerkrankung (Urk. 9/62/17). Anlässlich einer Verlaufskontrolle vom 29. August 2022 hielt er fest, die Befunde im ORL-Bereich seien aktuell weiterhin regelrecht. Die Problematik schein sehr komplex und diffus zu sein, am ehesten systemischer Genese. Er empfahle eine Vorstellung bei einem Rheumatologen oder Immunologen (Urk. 9/62/18). 3.

E. 10

. 4

Die Experten kamen zum Schluss, der Beschwerdeführer sei aus rheumatologischer Sicht seit Mai 2020 als angestellter Gipser nicht arbeitsfähig. Eine leichte, wechselbelastende Arbeit in freiem Rhythmus in wechselnden Körperstellungen ohne Heben von Gewichten über 5 kg sei dem Beschwerdeführer zu 100 % möglich. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Aggravation nicht beurteilbar (Urk. 9/59/87 f.). 3. 1 1

In ihrem Bericht vom 27. September 2022 diagnostizierten die behandelnden Ärzte des Instituts für Dermatologie und Venerologie des Spitals E.____ eine diskrete Follikulitis Dekolleté, eine Erythrosis interfollicularis

colli und eine Xerodermie. In der Systemanamnese habe der Beschwerdeführer jedes erfragte Symptom ausser Gewichtsverlust angegeben. Laborchemisch und klinisch sähen sie keine Anhaltspunkte für einen Lupus erythematodes oder eine systemische Sklerodermie, obschon dies mit dem histologischen Befund vereinbar wäre (Urk.

9/62/12 f.; vgl. auch Urk. 3/4/1). 3.1 2

Dr. med. R.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, wies in ihrer Stellungnahme zum bidisziplinären Gutachten vom 28. Februar 2023 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers zunächst darauf hin, dass im rheumatologischen Gutachten diverse somatische Diagnosen und vom Beschwerdeführer geschilderte Symptome nicht erwähnt würden, welche die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht stark beeinflussen würden (Urk. 3/4 S.

2 f.). Die im Gutachten beschriebenen Schmerzen seien im Alltag einschränkend und entsprächen keiner Aggravation, wie dies im psychiatrischen Gutachten beschrieben werde. Es bestehe sowohl aufgrund der Schmerzen, die vom Beschwerdeführer differenziert beschrieben würden, wie auch bezüglich der Xerostomie ein massiver Leidensdruck. Zudem sei in keinem Bericht eine Aggravation beschrieben worden. Der Beschwerdeführer habe körperliche Beschwerden von Krankheitswert, wie sich aus diversen Berichten ergebe, unabhängig von einer überlagerten psychiatrischen Schmerzakkzentuierung. Zusätzlich sei die psychische Erkrankung von mittelgradigem bis schwerem Ausmass (Urk. 3/4 S. 3).

Der Bericht des während der Hospitalisation im J.____ durchgeführten psychiatrischen Konzils fehle in den Akten. Der Beschwerdeführer habe zudem für kurze Zeit zwei Psychologen aufgesucht.

Der psychiatrische Gutachter, der auch Facharzt für Neurologie sei, erwähne, dass allenfalls noch ein Morbus Fabry in Erwägung zu ziehen sei. Eine solche Abklärung sei bisher nicht durchgeführt worden und sei aus psychiatrischer Sicht zu empfehlen (Urk. 3/4 S. 3).

Die vom rheumatologischen Gutachter angenommene Belastungsfähigkeit von 5 kg sei rein theoretisch und nicht über einen längeren Zeitraum erprobt. Eine dem Belastungsprofil entsprechende Tätigkeit werde zudem nicht vorgeschlagen (Urk.

3/4 S. 3).

Dr. R.____ diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45) und eine mittelgradige bis schwere depressive Episode

(ICD-10 F32.1/2) mit schwerem Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0/5 bei komplexer organischer komorbider Erkrankung (Urk. 3/4 S. 4). Der Beschwerdeführer sei nicht arbeitsfähig, auch nicht in einer angepassten Tätigkeit (Urk.

3/4 S. 6). 4. 4.1

Die angefochtene Verfügung vom 3. November 2022 basiert in medizinischer Hinsicht massgeblich auf dem rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten der MEDAS C.____ vom 24. August 2022 (Urk. 9/59). Der Beschwerdeführer bestreitet den Beweiswert sowohl des rheumatologischen als auch des psychiatrischen Teils gut achtens (Urk. 1 S. 8 ff.) . 4.2

4.2.1

Bezüglich des rheumatologischen Teilgutachtens bringt der Beschwerdeführer insbesondere vor, es seien nicht alle aktenkundigen Diagnosen berücksichtigt worden und der Umstand, dass lediglich eine Ausschlussdiagnose gestellt worden sei, zeige, dass keine umfassende Untersuchung stattgefunden habe (Urk. 1 S. 10) . 4.2.2

Die vom rheumatologischen Gutachter Dr. Q.____ gestellte Diagnose diffuser weichteilrheumatischer Schmerzen unklarer Ursache stütze dieser auf den Befund von ausgeprägten, als myofascial bei ausgeprägter myofascialer Dysbalance imponierende n Schmerzen, die auf weite Teile des Körpers verteilt seien, wobei er keine somatischen Pathologien erheben konnte .

Eindeutige Befunde, die für ein entzündliches Leiden oder eine Kollagenose sprechen würden, konnte er auch nicht eruieren . Ein die Schmerzen erklärende s somatische s

Korrelat ist sodann auch den medizinischen Vorakten nicht zu entnehmen, obwohl bereits zahlreiche Abklärungen durchgeführt worden waren . Dr. H.____ diagnostizierte eine

Polymyalgia rheumatica und erwähnte degenerative Veränderungen in der Hals- und Lendenwirbelsäule, untermauerte seine Diagnose indes im Wesentlichen lediglich mit diffusen muskuloskelettalen Beschwerden und Haltungsinsuffizienzen (vgl. Urk. 9/43/4 und 9). Auch die Rheumatologen des J.____ erachteten das Schmerzsyndrom als nicht objektivierbar (Urk. 9/36/26) und fassten dieses mit den mitbeurteilenden Kollegen der Psychiatrie als Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (Urk. 9/30/1). Vor diesem Hintergrund ist daher ohne weiteres nachvollziehbar, dass Dr.

Q.____ lediglich eine Ausschlussdiagnose nannte ;

dies stellt keinen Hinweis für eine ungenügende Untersuchung dar .

Dafür, dass die klinische Untersuchung nicht fachgerecht durchgeführt worden wäre , bestehen im Übrigen keinerlei Anhaltspunkte .

Der Beschwerdeführer legte denn auch nicht dar, welche Abklärungen Dr. Q.____ konkret unterlassen haben soll . Einzig die gemäss dem psychiatrischen Gutachter - der zudem über einen neurologischen Facharztstitel verfügt - in Erwägung zu ziehende Diagnose eines Morbus Fabry , einer Stoffwechselstörung (Urk. 9/59/ 81) ,

diskutierte Dr.

Q.____ nicht , wobei indessen auch die behandelnden Ärzte keine weiteren Abklärungen in diesem Zusammenhang

für erforderlich gehalten, sind doch seit der Erstellung des Gutachtens vor rund einem Jahr keinerlei diesbezüglichen Untersuchungen aktenkundig oder dargelegt. Dies er seitens des begutachtenden Psychiaters

lediglich in Betracht gezogenen Diagnose ist sodann die Bedeutung einer Verdachtsdiagnose bei zu messen, mit welcher aus invaliden Versicherung rechtlicher Sicht ein Leiden von vornherein nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erstellt gelten kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_539/2020 vom 3. November 2020 E. 6.2.1).

4.2.3

Dr. Q.____

erhob eine detaillierte Anamnese und nahm entgegen dem Beschwerdeführer ausführlich zu den von diesem

geklagten Beschwerden und den von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen Stellung (Urk. 9/59/23 f.). So hielt er übereinstimmend mit der Aktenlage (Urk. 9/43/1 f., Urk. 9/62/5, Urk. 9/62/17 f.) fest, die Abklärungen der internistischen Beschwerden

–

namentlich

epigastrische Beschwerden, Xerostomie, erektile Dysfunktion, Miktionsbeschwerden mit Inkontinenzsymptomen und gemäss aktuellen Aussagen intermit tierender Stuhlinkontinenz – hätten zum Grossteil keine somatischen Befunde ergeben. Es seien zwar gewisse Diagnosen gestellt und behandelt worden, diese seien jedoch für das beklagte Beschwerdebild und das für die Funktions einschränkung relevante Schmerzerleben nicht erklärend. Ein klinisches Korrelat für die

bildgebend nachgewiesene degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule konnte er ebensowenig ausmachen, wie klinische Zeichen einer

Periarthropathie

humeroscapularis bei Bursitis subacromialis. Eine Beriberi-Erkrankung wurde sodann auch von den behandelnden Ärzten ausgeschlossen (Urk. 9/30/1). Gemäss dem behandelnden Orthopäden sind sodann

die Beschwerden der Lendenwirbelsäule auf eine Haltungsinsuffizienz zurückzuführen (Urk. 9/43/9) und nicht auf ein degeneratives Rückenleiden und die diagnostizierte Rhizarthrose bereitete dem Beschwerdeführer keine Beschwerden (Urk. 9/43/6).

Von Dr.

Q.____ nicht berücksichtigte Leiden sind somit nicht ersichtlich, weshalb insoweit der Beweiswert der Expertise ungeschmälert ist. 4.2.4

Was die sich erst aus den nach Gutachtenserstellung eingegangenen Berichten ergebenden Diagnosen betrifft, ist zunächst hervorzuheben, dass nicht jegliche Beschwerden relevant im Sinne der Invalidenversicherung sind. So führt selbst das Vorliegen einer ärztlich gestellten Diagnose nicht schlechthin zu einer Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit. Aus diesem Grund müssen auch nicht zwingend alle vorhandenen Beschwerden gutachterlich abgeklärt werden, sondern nur jene, welche einen relevanten dauernden Einfluss auf die

Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit haben oder haben könnten. Der Beschwerdeführer erwähnte während

der gutachterlichen Untersuchungen

im Juni/Juli 2022 (Urk.

9/59/2) weder Kopfschmerzen noch Sehstörungen oder Schwindel, obwohl diese gemäss dem Bericht der Notfallpraxis des Spitals O.____

vom 6. Mai 2022 bereits seit einem Jahr bestehen (Urk. 9/62/5). Es ist daher nicht davon auszugehen, dass er im Alltag dadurch erheblich eingeschränkt ist. Die Verdachtsdiagnose eines Lupus erythematosus

bestätigte sich sodann nicht (Urk. 9/62/13). Inwiefern die Diagnosen einer

Folikulitis, Erythrosis und Xerodermie (Urk.

9/62/12) - allesamt oberflächliche Hauterkrankungen - die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit beeinflussen sollten, ist sodann nicht ersichtlich, dies gilt auch für die diagnostizierte Nasenatmungsbehinderung und Refluxerkrankung (Urk. 9/62/17). Eine Arbeitsunfähigkeit wurde von den behandelnden Ärzten für sämtliche genannten Diagnosen und Beschwerden nicht attestiert. Die

abweichende fachfremde Einschätzung der behandelnden Psychiaterin (Urk. 3/4 S. 2 f.) reicht jedenfalls nicht aus, um die fachärztliche Beurteilung des rheumatologischen Gutachters in Zweifel zu ziehen. Die von ihr schliesslich aufgeführten, diversen weiteren Symptome (Urk. 3/4 S. 2) basieren einzig auf der subjektiven Darstellung des Beschwerdeführers, eine diesbezügliche fachärztliche Objektivierung oder Zuordnung zu einer Diagnose oder eine Folgenabschätzung erfolgte nicht.

Insgesamt ist somit nicht ersichtlich, dass Dr. Q.____

massgebende Beschwerden beziehungsweise Diagnosen nicht berücksichtigt hätte.

Vielmehr erweist sich das rheumatologische Gutachten als umfassende Auseinandersetzung mit den relevanten Leiden, der Anamnese und den von den behandelnden Ärzten erstellten medizinischen Berichten. 4.2. 5

Was die vom Beschwerdeführer gerügte, fehlende Begründung der Aggravation betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass es nicht zutrifft, dass Dr. Q.____ gestützt darauf eine somatische Erkrankung ausschloss beziehungsweise irgend welche für den Beschwerdeführer negative Schlüsse daraus zog. Vielmehr legte er in diesem Zusammenhang hauptsächlich dar, dass das subjektive Invalidisierungsausmass unerklärlich hoch sei (Urk. 9/59/24), was angesichts der fehlenden objektiven Befunde ohne weiteres nachvollziehbar ist. 4.2. 6

Nach dem Gesagten erfüllt das rheumatologische Gutachten die rechtsprechungs gemässen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise und die Beschwerdegegnerin hat für die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu Recht darauf abgestellt. 4. 3

4.3.1

In psychiatrischer Hinsicht stellte der begutachtende

Dr. D.____

gestützt auf eine ausführliche Anamnese und klinische Untersuchung (Urk. 9/59/32 ff.) die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/59/79). Der Beschwerdeführer brachte dagegen

zunächst vor, Dr. D.____

habe sich nicht mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt und habe es insbesondere unterlassen, einen Bericht der behandelnden Psychiaterin einzuholen (Urk. 1 S. 8 f.). Dazu ist zunächst zu bemerken, dass sich der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben zwar im Gutachtenszeitpunkt seit mehr als einem halben Jahr in psychiatrischer Behandlung befand, in dieser Zeit jedoch bloss vier Therapiesitzungen durchgeführt wurden. Etwas anderes ist den medizinischen Akten nicht zu entnehmen, nannte doch die Hausärztin am 20. August 2021 als weitere Behandler nur die Klinik für Rheumatologie des J.____ (Urk. 9/38/2). Der Schluss von Dr. D.____, es sei bisher keine leitliniengerechte Therapie durchgeführt worden (Urk. 9/59/78), erweist sich daher ohne Weiteres als nachvollziehbar. Deshalb sowie gestützt auf die Aussage des Beschwerdeführers, wonach er nur eine Therapie in Anspruch nehme, da seine Versicherung bei Nachweis einer Krankheit die Raten seines Kredites für sein Auto zahle (Urk. 9/59/34), ist nicht zu beanstanden, dass Dr. D.____ auf die Einholung eines Berichtes von Dr. R.____ verzichtete. Dabei darf auch berücksichtigt werden, dass es rechtsprechungsgemäss im Ermessensspielraum des Gutachters steht, fremd anamnestische Auskünfte einzuholen (Urteil des Bundesgerichts 8C_602/2017 vom 1. März 2018 E. 4.4).

Was den fehlenden Bezug des Berichtes des anlässlich des stationären Aufenthaltes in der Klinik für Rheumatologie des J.____

angeblich durchgeführten psychiatrischen Konzils betrifft, bleibt unklar, ob ein solcher Bericht existiert oder ob es sich dabei lediglich um einen nicht weiter dokumentierten mündlichen Austausch handelte, wird doch im Austrittsbericht lediglich von den «freundlicherweise mitbeurteilenden Kollegen der Psychiatrie» gesprochen (Urk. 9/30/2). Wie es sich damit genau verhält, kann offen bleiben. Denn die im damaligen Zeitpunkt gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ergibt sich

ohne Weiteres aus dem Austrittsbericht vom 13. April 2021 (vgl. vorstehende E. 3.4), so dass Dr. D.____ in der Lage war, sich damit auseinanderzusetzen und diese Diagnose auch bestätigte (Urk. 9/59/79). Angesichts der übereinstimmenden Diagnosen – entgegen dem Beschwerdeführer diagnostizierten die im damaligen Zeitpunkt behandelnden Fachpersonen keine von der Schmerzstörung unabhängige depressive Episode (vgl. Urk. 9/30/1) – erweist sich eine vertiefere Diskussion nicht als erforderlich, zumal auch die behandelnden Fachpersonen der Klinik K.____ der G.____ von derselben Diagnose ausgingen (Urk. 9/32/2). 4.3.2

Zum weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers, die Einschätzung des Gutachters weiche erheblich von der Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr.

R.____

in ihrem Bericht vom 28. Februar 2023 ab (Urk. 1 S. 8), ist sodann auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer

Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). Solche Aspekte sind vorliegend nicht ersichtlich und werden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Daher und da Dr.

R. ___ zudem fachfremd die somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers in ihrer Beurteilung mitberücksichtigte (Urk. 3/4 S. 2 f.), was den Beweiswert ihrer Beurteilung zusätzlich mindert, wird die Beurteilung von Dr. D. ___ durch die abweichende Einschätzung von Dr. R. ___ nicht in Zweifel gezogen. 4. 4

4. 4.1

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, 131 V 49 E. 1.2, je mit Hinweisen). Wann ein verdeutlichendes Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2, Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

4. 4 .2

Dr. D. ___ machte dahingehend ein Aggravationsverhalten des Beschwerdeführers aus, dass er auffällig viele Symptome vortrage sowie Inkonsistenzen zwischen den Beschwerden und dem Verhalten, zwischen dem subjektiven Leidensdruck und der in Anspruch genommenen Therapie sowie zwischen den Angaben zu den eingenommenen

Medikamenten und dem Serumspiegel bestünden (Urk. 9/59/4 8 f.). Inkonsistenzen zwischen den objektiven Befunden und dem subjektiven Invalidisierungsausmass fanden sich zudem auch anlässlich der rheumatologischen Begutachtung (Urk. 9/59/ 76). Des Weiteren erachtete auch die behandelnde Hausärztin Dr. L. ___ eine dem Leiden des Beschwerdeführers angepasste Tätigkeit bei Kooperation des Beschwerdeführers als ganztags möglich (Urk. 9/38/5) und äusserte somit Zweifel am vom Beschwerdeführer vorgetragene Ausmass der Beschwerden . Obwohl nach dem Gesagten gewichtige Hinweise für ein aggravierendes Verhalten des Beschwer deführers bestehen, stellte Dr. D. ___ dennoch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und hielt fest, dass der Beschwerdeführer infolge der Schmerzstörung im Alltag und Beruf eingeschränkt sei .

Einzig d as Ausmass der Einschränkung konnte er nicht näher definieren (Urk. 9/59/8 2 f.) .

Ob die von Dr. D. ___ festgehaltenen Anzeichen den Begründungsanforderungen (auffällig viele Symptome, Inkonsistenzen zwischen Beschwerden und Verhalten, zwischen subjektivem Leidensdruck und Therapie und zwischen Angaben und Serumspiegel ; Urk. 9/59/78) einer Aggravation entsprechen beziehungsweise als genügende Begründung hierfür

genügen, weshalb das Ausmass der Einschränkung nicht beurteilt werden konnte , kann jedoch im Ergebnis offen bleiben . Denn

gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist eine rentenbegründende Invalidität nur dann anzunehmen, wenn die funktionellen Auswirkungen einer psychischen Störung medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 9C_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2.2). Dies ist - wie nachfolgend aufgezeigt - vorliegend nicht der Fall.

4. 5 4. 5 .1

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 4. 5 .2

Im Komplex «Gesundheitsschädigung» ist zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde zunächst darauf hinzuweisen, dass bei der gestellten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren der Schweregrad nicht diagnoseinhärent ist. Wie bereits erwähnt sah sich Dr.

D. ___ sodann ausserstande, das Ausmass der Schmerzen zu beurteilen. Gestützt auf den ansonsten eher blanden psychiatrischen Befund mit Niedrigschlagigkeit, reduzierter Vitalität und eingeschränktem Affektspektrum sowie wiederkehrendem gedanklichen Beschäftigtsein mit bestimmten Themen, sowie den Umstand, dass die behandelnde Psychiaterin von einer mittel- bis schwergradigen psychischen Erkrankung ausging (Urk. 3/4 S. 3),

ist jedenfalls nicht von einer ausserordentlich schweren Ausprägung der chronischen Schmerzstörung auszugehen. Eine invalidisierende Störung kann jedoch nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Entscheidend und daher im Folgenden zusätzlich zu prüfen ist, ob nach den übrigen Standardindikatoren auf einen funktionellen Schweregrad der psychischen Störung zu schliessen ist, der sich nach dessen konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach beurteilt, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen dadurch bedingt beeinträchtigt ist (BGE 143 V 418 E. 5.2.3 mit Hinweisen).

Zur Behandlungs- und Eingliederungsresistenz ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer sich erst seit Anfang 2022 in psychiatrischer Behandlung befindet und bis im Gutachtenzeitpunkt lediglich vier Therapiesitzungen besucht hatte (Urk. 9/59/34). Die verschriebenen Psychopharmaka konnten im Serum nicht nachgewiesen werden, worauf Dr. D. ___ den Verdacht einer Malschuldiagnose äusserte (Urk. 9/59/48 f.).

Eine Therapieresistenz ist daher nicht nachgewiesen, vielmehr ging Dr. D. ___ davon aus, dass bei ausreichend intensiver und langer Behandlung keine schlechte Prognose gestellt werden könne (Urk. 9/59/57).

Eingliederungsversuche wurden zudem bisher keine durchgeführt, so dass auch diesbezüglich keine Resistenz ausgewiesen ist.

Komorbiditäten liegen in psychischer Hinsicht keine vor. Mit der aus rheumatologischer Sicht gestellten Diagnose diffuser weichteilrheumatischer Schmerzen unklarer Ursache (Urk. 9/59/26) liegt zwar in somatischer Hinsicht in gewissem Sinne - nämlich ohne medizinisches Korrelat -

eine Komorbidität vor, die geeignet ist, den psychischen Zustand des Beschwerdeführers zu beeinflussen. Da dies er jedoch in somatischer Hinsicht in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist, kann die Komorbidität nicht als besonders schwerwiegend bezeichnet werden.

4.5.3

In Bezug auf die Persönlichkeit des Beschwerdeführers ist festzuhalten, dass weder eine Persönlichkeitsstörung noch akzentuierte Persönlichkeitszüge vorliegen (Urk. 9/59/51). Der Persönlichkeitsstruktur ist in Anbetracht dieser Umstände keine ressourcenhemmende Wirkung beizumessen. 4.5.4

Zum Komplex «sozialer Kontext» ist auszuführen, dass der Beschwerdeführer verheiratet ist und mit seiner Ehefrau und dem erwachsenen Sohn zusammenlebt, wobei ihn erstere durch die Erledigung des Haushalts unterstützt. Darüber hinaus pflegt der Beschwerdeführer Kontakte mit seinen Geschwistern (Urk. 9/59/16 und 18) und verfügt über einen Freundeskreis, den er regelmässig besucht,

inklusive einem Kollegen , mit dem er jeweils spazieren gehe (Urk. 9/59/36 f.) . Er macht täglich gymnastische Übungen und mehrere Spaziergänge (Urk. 9/59/18). Über ein stimmend mit Dr. D.____

(Urk. 9/59/49) sind keine Hinweise für einen krankheitsbedingten sozialen Rückzug auszumachen, vielmehr hält der intakte soziale Kontext gewichtige Ressourcen für den Beschwerdeführer bereit. 4. 5 .5

Beweisrechtlich relevant ist sodann der Aspekt der « Konsistenz » mit den verhaltensbezogenen Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4) im Sinne einer Konsistenz prüfung der Folgenabschätzung aus dem festgestellten funktionellen Schwere grad der psychischen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3).

Zum Indikator «g leichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus » fällt auf, dass der vom Beschwerdeführer gegenüber dem begutachtenden Psychiater geschilderte Tagesablauf, wonach er am Morgen jeweils alleine oder mit einem Kollegen einen Spaziergang durchführe und ansonsten viel im Bett liege (Urk.

9/59/36) , in Kontrast zur Beschreibung im rheumatologischen Gutachten steht. Gemäss letzterer stehe der Beschwerdeführer um sieben Uhr auf, mache etwas Gymnastik/Übungen, frühstücke, gehe spazieren, mache wieder Übungen und sei dann zu Hause. Ein Mittagessen nehme er wegen der Schmerzen keines zu sich. Am Nachmittag gehe er spazieren, die Ehefrau komme um 16:30 Uhr nach Hause, meistens gehe er sie zu Fuss abholen. Er könne Autofahren , aber nicht weite Strecken und nicht alleine. Abends schaue er fern und gehe je nach Schmerzen etwa um 21.30 Uhr ins Bett (Urk. 9/59/18). Eine mit einer höhergradigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vereinbare krankheitsbedingte Abnahme des Aktivitätsniveaus ist dementsprechend nicht ersichtlich, vielmehr verfügt der Beschwerdeführer über einen geregelten Alltag mit diversen Aktivitäten.

Was den « behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck » angeht , ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer wie bereits erwähnt erst seit kurzem in Therapie befindet und diese nach den beweisrechtlich massgebenden

«Aussagen der ersten Stunde » (vgl . dazu BGE 143 V 168 E. 5.2.2)

lediglich aufgenommen

hat, weil die Versicherung die Raten für seinen Auto kredit zahlt, wenn er eine Krankheit nachweisen kann (Urk. 9/59/34). Die verordneten Medikamente nimmt er zudem gemäss dem Spiegel im Serum nicht ein (Urk. 9/59/48 f.) .

Ein allzu grosser Leidensdruck ist somit nicht nachgewiesen. 4. 5 .6

Zusammengefasst ist nach dem Gesagten weder eine Therapieresistenz noch ein krankheitsbedingter sozialer Rückzug ausgewiesen, vielmehr enthält das soziale Umfeld des Beschwerdeführers beträchtliche Ressourcen. Darüber hinaus liegen weder relevante Komorbiditäten noch eine ressourcenhemmende Wirkung der Persönlichkeit vor. Hinsichtlich des beweisrechtlich entscheidenden Indikators der Konsistenz ist sodann weder eine massgebliche Einschränkung des Aktivitätsniveaus ersichtlich, noch ist ein erheblicher Leidensdruck ausgewiesen. Auch wenn der psychiatrische Gutachter das Ausmass der Schmerzen und damit die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nicht genauer umschreiben konnte, ist eine Arbeitsunfähigkeit gestützt auf die massgeblichen Indikatoren somit ungeachtet ihrer Ausprägung nicht ausgewiesen. 4. 6

Gesamthaft ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Beschwerden nur leichte, wechselnd belastende Arbeiten zumutbar sind, die in freiem Rhythmus und in wechselnder Körperstellung erfolgen können, und kein Heben von Gewichten über 5 kg erforderlich (Urk. 9/59/87). Diesen Einschränkungen angepasste Tätigkeiten sind jedoch aus somatischer und psychischer Sicht uneingeschränkt zumutbar.

E. 11

% tiefer als das Valideneinkommen von Fr. 73'034.--. Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 % entsteht selbst bei einem maximalen leidensbedingten Abzug vom Invalideneinkommen von 25 % (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-cc) nicht, weshalb auf weitere Ausführungen dazu verzichtet werden kann. Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente somit zu Recht verneint. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ GmbH - 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
FehrEngesser

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