

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00130 vom 28. September 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00130

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00130 du 28 septembre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00130 del 28 settembre 2023

Erwägungen

E. 9

/275/2) wird dem Beschwerdeführer eine Persönlichkeitsstörung vom emotional-instabilen Typ bereits in den Berichten von Dr. E.____ vom 14. März 2013 und 1. Februar 2016 attestiert und auch die I.____ habe bereits am 10. April 2013 eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung erwähnt. Im aktuellen Bericht fehle eine nachvollziehbare Herleitung der genannten Diagnose. Da Persönlichkeitsstörungen tief verwurzelt seien und in der Regel bereits im jungen Erwachsenenalter zu Symptomen und biographischen Brüchen führten, sei nicht nachvollziehbar, anhand welcher objektiven Befunde Dr. E.____ begründet feststellen könne, diese seien neu hinzugetreten. Dies insbesondere, da die Diagnose seit Jahren aktenkundig sei und im Rahmen der Gutachten habe überprüft werden können. Das Gutachten von Dr. J.____ sei in der Vergangenheit bereits berücksichtigt worden. Auch im Austrittsbericht der I.____ vom 25. Januar 2017 fänden sich keine neuen Aspekte. Die mitgeteilten Diagnosen seien gegenüber dem Bericht vom 10. April 2013 unverändert. Als Fazit sei fest zuhalten, dass keine neuen medizinischen Sachverhalte dargelegt würden. 4.3 4.3.1

Laut dem Bericht des Zentrums AG.____ vom 17. Juni 2019 (Urk. 9/301) zeigten sich zusammenfassend beim bereits zu Beginn der Untersuchung sehr müde und wenig belastbaren, vermindert schwingungsfähigen, kognitiv sowie psychomotorisch deutlich verlangsamten, antriebsgeminderten Beschwerdeführer mit hypophoner Spontansprache sowie deutlich vermindertem Mimik und Gestik, folgende kognitiven Befunde: leichte bis mittel schwere verbale mnestiche Einschränkungen mit Lern- sowie Abrufschwäche und mit teilschweren bis schweren attentional -exekutiven Einschränkungen (verbale sowie figurale Ideenproduktion, gerichtete und geteilte Aufmerksamkeit in der Verhaltensbeobachtung). Hinzu kämen leichte visuo-konstruktiv-planerische Schwierigkeiten und insbesondere spontansprachliche Auffälligkeiten (deutlich verlangsamte, hypophone Spontansprache, lange Antwortlatenzen, wenig differenziertes Antwortverhalten) sowie ein Schriftzerfall (gemäss Tochter deutliche Veränderung des Schriftbildes) sowie Hinweise für eine Dysgraphie und Dyskalkulie. Die Befunde sowie Verhaltensbeobachtungen und anamnestischen Angaben entsprächen aktuell einer schweren Funktionsstörung vorwiegend fronto-limbischer Hirnareale mit Betonung der sprachdominanten Hemisphäre. Die Befunde seien ätiologisch multifaktoriell bedingt: Einerseits seien diese assoziiert an die affekt pathologische Symptomatik mit der dafür typischen Hypofunktion der sprachdominanten Hemisphäre, aggraviert durch belastungs limitierende metabolisch-toxische Faktoren (chronische Nierenkrankheit) sowie das Schlafapnoe-Syndrom, Differentialdiagnose zusätzliche Aggravation durch die im MRI-Schädel vom September 2015 festgestellte vaskuläre Leukenzephalopathie. Unter Berücksichtigung der

fremdanamnestischen Angaben sei bei progredienter Verschlechterung mnestischer Funktionen sowie Zunahme von Verhaltenssymptomen wie Gereiztheit die zusätzliche Entwicklung einer neurodegenerativen Erkrankung, begünstigt durch verminderte kognitive Ressourcen, aktuell nicht ausgeschlossen. Aus rein neuropsychologischer Sicht liege derzeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vor. Der Beschwerdeführer sei dringend auf eine Invalidenrente angewiesen. 4.3.2

Im Bericht vom 22. Oktober 2019 (Urk. 9/29 1 / 1-2) des Zentrums AG.____ wird festgehalten, die in der Untersuchung vom Juni 2019 festgestellte schwere neurokognitive Funktionsstörung vorwiegend fronto- limbischer Hirnareale lasse sich unter Berücksichtigung des zwischenzeitlich erhobenen MRI-Befundes weiterhin multifaktoriell bedingt beurteilen. Diese sei assoziiert an die affektpathologische Symptomatik sowie die vaskuläre Leukenzephalopathie, aggraviert durch belastungslimitierende metabolisch-toxische Faktoren (chronische Nierenkrankheit) sowie das Schlaf-Apnoe-Syndrom. Die fremdanamnestisch berichtete Verschlechterung des kognitiven Zustandes in den letzten Jahren sei sehr gut passend zu der im MRI des Schädels festgestellten Mikroangiopathie (Fazekas Grad II), wobei eine sich zusätzlich entwickelnde neurodegenerative Erkrankung nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne. Der Beschwerdeführer sei aufgrund der Schwere der kognitiven Einschränkungen auf dem freien Arbeitsmarkt nicht vermittelbar und dringend auf weitere IV-Massnahmen angewiesen. 4.4

Laut dem Bericht von Dr. AH.____, Fachärztin für Neurologie, vom 22. Oktober 2019 (Urk. 9/290/8-11) bestehen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen: 1. Chronischer diffuser Schwindel sowie chronische Schmerzen im Bereich der HWS und Schulter-Nacken-Muskulatur bei ausgeprägtem Muskelhartspann und Bewegungseinschränkung der HWS 2. Vaskuläre Enzephalopathie (MRI 2.10.2019) 3. Leichte bis mittelschwere verbale mnestische Einschränkung, mittelschwere bis schwere attentional exekutive Einschränkung, leichte visuokonstruktive planerische Schwierigkeiten, insgesamt Bild einer schweren Funktionsstörung vorwiegend frontallimbischer Hirnareale (Sonographie der hirnversorgenden Gefässe vom 2.10.2019: keine Stenosen, beginnende Arteriosklerose der Carotisbifurkation rechts) 4. Depression, rezidivierend, mit nach anamnestischen Angaben mehrfachen stationären psychiatrischen Behandlungen 5. Chronische Schmerzkrankheit mit Schmerzmittelübergebrauch 6. Diabetes mellitus, insulinführt, aktuell nach anamnestischen Angaben sehr wahrscheinlich entgleist 7. Klinisch und elektrophysiologische leichtgradige distal-symmetrische axonale Polyneuropathie der unteren Extremitäten bei Diabetes mellitus

8. Arterielle Hypertonie 9. Hypercholesterinämie 10. Niereninsuffizienz

E. 11

Asthma bronchiale

E. 12

Hepatitis B

E. 13

Lymphknotenschwellung rechte Halsseite

Der Beschwerdeführer sei ein multimorbider Patient mit im Vordergrund stehender schwerer depressiver Störung. Darüber hinaus bestehe ein metabolisches Syndrom mit einem insulingeführten Diabetes, der laut Aussagen des Beschwerdeführers aktuell sehr wahrscheinlich deutlich entgleist sein dürfte. Für den Beschwerdeführer im Vordergrund stünden neben der depressiven Symptomatik ein chronischer Schwindel und Spannungskopfschmerzen, wobei hier sehr wahrscheinlich auch ein sekundärer medikamentenindizierter Kopfschmerz bei hohem Analgetika-Konsum bestehe. In der Zusammenschau der Befunde sei der Beschwerdeführer sowohl aus neurologischer als auch vor allem aus psychiatrischer Sicht als dauerhaft arbeitsunfähig einzuschätzen in seiner zuletzt ausgeführten Tätigkeit und auch in jeder Verweistätigkeit. 5.5.1

Gemäss dem Arztbericht der den Beschwerdeführer seit Juli 2020 behandelnden Psychiatrin Dr. L.____

vom 16. November 2020 (Urk. 9/302, vgl. auch Urk. 9/306) ist dem Beschwerdeführer keine Erwerbstätigkeit mehr zumutbar. Die Prognose sei sehr schlecht. Einer Wiedereingliederung stünden neurokognitive Funktions einschränkungen, eine niedrige Frustrationstoleranz und ein schneller Verlust der Impulskontrolle im Weg. Die schwere Schmerzproblematik blockiere den Beschwerdeführer im Denken und Handeln. Es bestehe fast keine Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit. Bei Belastungen reagiere der Beschwerdeführer aggressiv und zerstöre Mobiliar. 5.2

Laut dem Arztbericht der Rheumatologin Dr. C.____ vom 20. November 2020 (Urk. 9/307) ist der Beschwerdeführer für immer zu 100% arbeitsunfähig, sowohl in der angestammten Tätigkeit als Maurer als auch für leichte Tätigkeiten. Die Situation sei hoffnungslos, die Schmerzattacken seien nicht behandelbar. Die medizinische Situation sei eigentlich stabil, aber der (Blut-)Zucker sei katastrophal. Die Prognose sei miserabel, in den letzten 20 Jahren sei nie ein Arbeitsversuch durchgeführt worden. Es seien alle Therapien ausgeschöpft. 5.3

Gemäss dem Arztbericht der Klinik für Nephrologie des Universitätsspitals M.____ vom 3. Dezember 2020 (Urk. 9/308) wurde dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Nierenerkrankung des Beschwerdeführers sei im aktuellen Zeitpunkt gut kontrolliert und stelle keinen primären Grund für die

Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers dar. Es würden alle 6 Monate Kontrollen durchgeführt, anlässlich welchen die Nierenfunktion überprüft werde. 5.4

Laut dem Arztbericht der Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie des Universitätsspitals M.____ vom 10. Februar 2021 (Urk. 9/312) wurde dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der Beschwerdeführer komme jährlich zur Kontrolle. Die Erkrankungen, welche den Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit einschränkten, würden dabei nicht behandelt. 5.5

Im Verlaufsbericht vom 6. Dezember 2021 erklärte Dr. L.____, der Gesundheitszustand habe sich seit einem Jahr weiter verschlechtert. Die Frustrationstoleranz sei mittlerweile so tief, dass der Beschwerdeführer nichts mehr dulden könne. Es komme täglich zum Verlust von Impulskontrolle (Urk. 9/338/22-23). 5.6

Im Bericht des Spitals AI.____, Endokrinologie, vom 13. Dezember 2021 wird festgehalten, das Hauptproblem des Beschwerdeführers stelle ein chronisches Schmerzproblem dar, kombiniert mit einem hohen kardiovaskulärem Risikoprofil, einem

schweren obstruktiven Schlafapnoesyndrom, einer Dyslipidämie, IgG-assoziierten Erkrankungen und einem Guillain-Barré-Syndrom (Urk. 9/338/3-4). 5. 7

Gemäss dem polydisziplinären Gutachten der N.____ AG vom 16. März 2022 (Urk. 9/336) bestehen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen (Urk. 9/336/11-12):

Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit 1.

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.00/F33.10) 2.

Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10 E11.7) -

aktuell ungenügend eingestellt mit Basis-Bolus-Insulinbehandlung (HbA1c

9.2%, Norm 6.3%) -

vorwiegend sensible Polyneuropathie bei Diabetes mellitus Typ 2 (ICD 10 G63.2)

Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit 1.

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10 F45.41)

-

chronisches, somatisch nicht abstützbares Schmerzsyndrom HWS und BWS mit diffuser Ausstrahlung in Kopf und Arme (ICD-10 R52.9)

2.

Metabolisches Syndrom

-

Diabetes mellitus Typ 2 (siehe Diagnose 4.3b2)

-

Adipositas (BMI 34.5 kg/m²) (ICD-10 E66.0)

-

Dyslipidämie (ICD-10 E78.0) -

mit medikamentöser lipidsenkender Behandlung unvollständig kompensiert 3.

Asthma bronchiale (ICD-10 J45.8)

-

mit inhalativer Behandlung klinisch asymptomatisch 4.

IgG4-assoziierte Nierenerkrankung (ED 11/2014) (ICD-10 N18.9)

-

Nierenfunktion stabil leicht eingeschränkt (GFR 64 ml/min/1.73m²) 5.

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10 G47.3)

Der Beschwerdeführer habe als Hauptbeschwerden Nacken- und Rückenschmerzen angegeben, welche seit einem Unfall 2004 persistieren würden. Im Laufe der Zeit seien

noch verschiedene andere Beschwerden hinzugekommen wie Depressionen, Schwindel, Diabetes und Nierenerkrankung. Bei den rheumatologischen Untersuchungen sei ein chronisches, somatisch nicht abstützbares Schmerzsyndrom, vorwiegend im oberen Wirbelsäulenabschnitt, diagnostiziert worden. Die klinischen Befunde und die spontanen Bewegungsmöglichkeiten seien diskordant zu den Beschwerdeangaben des Beschwerdeführers gewesen. Objektiv könne vom Bewegungsapparat her keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zumindest für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit festgestellt werden. Bei der neurologischen Untersuchung hätten ausser einer sensiblen Polyneuropathie, welche als Komplikation des Diabetes mellitus bestehe, keine Ausfälle oder Erklärungen für die Schmerzen gefunden werden können. Aufgrund der Polyneuropathie bestünden qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung sei ein metabolisches Syndrom im Vordergrund gestanden. Der Diabetes mellitus sei ungenügend eingestellt. Die übrigen Diagnosen wie Nierenfunktionsstörung und Asthma bronchiale seien medikamentös kompensiert und stabil. Körperlich schwere Tätigkeiten seien aus allgemeininternistischer Sicht nicht mehr geeignet. Ebenso sollte Schichtarbeit vermieden werden, damit Insulininjektionen regelmässig gemacht werden könnten. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, diagnostiziert worden. Diese schränke die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aktuell ein. Weiter bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Diese Diagnose erkläre die subjektiven Beschwerden und Einschränkungen, welche bei den somatischen Untersuchungen nicht hinreichend hätten objektiviert werden können (Urk. 9/336/11).

Beim Beschwerdeführer würden sich erhebliche Belastungsfaktoren durch die chronischen Beschwerden und die psychosoziale Situation ergeben. Er habe früher eine IV-Rente bekommen und sei nun von der Sozialhilfe abhängig. Im Haushalt sei er auf die Hilfe der Kinder angewiesen. Er habe aber auch Ressourcen. Die Einschränkungen im Alltag könnten mit den medizinischen Befunden und auch mit dem spontanen Verhalten während den Untersuchungen nicht objektiviert werden. Es müsse von einer erheblichen Selbstlimitierung ausgegangen werden (Urk. 9/336/12).

Für schwere und andauernd mittelschwere Tätigkeiten sowie solche auf Leitern, Gerüsten und unebenem Gelände sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Hilfsarbeiten auf dem Bau könne er damit nicht mehr ausüben, der Beschwerdeführer sei für solche Tätigkeiten seit 2006 arbeitsunfähig. Körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Schichtarbeit und ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten seien dem Beschwerdeführer während einer Präsenzzeit von 8 Stunden pro Tag zumutbar. Aufgrund der depressiven Symptomatik ermüde er rascher und benötige verlängerte Erholungspausen. Der Beschwerdeführer sei deshalb in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig. Diese Arbeitsfähigkeit könne seit dem Zeitpunkt der letzten IV-Anmeldung im Februar 2019 bestätigt werden. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mit medizinischen Massnahmen sei nicht möglich. Es würden in den einzelnen Fachgebieten Behandlungen zur Erhaltung des derzeitigen Gesundheitszustandes vorgeschlagen (Urk. 9/336/12-13).

Inwieweit sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Verneinung des Rentenanspruches verändert habe, sei schwierig anzugeben. Das depressive Leiden habe sich wahrscheinlich etwas verstärkt. Die allgemein internistische

Situation habe sich wahrscheinlich mit der Verschlechterung des Diabetes mellitus etwas verändert. Die Veränderung habe sich schleichend ergeben. Pragmatisch gesehen könne sie auf die letzte Anmeldung zum Leistungsbezug im Februar 2019 datiert werden. Die Arbeitsfähigkeit habe sich aus psychiatrischer Sicht etwas verschlechtert. Aus allgemeininternistischer Sicht sei höchstens eine qualitative Veränderung der Arbeitsfähigkeit eingetreten (Urk. 9/336/13).

Zwischen den anamnestischen Angaben und dem spontanen Verhalten des Beschwerdeführers während den Untersuchungen habe eine erhebliche Diskrepanz zu den angegebenen Arbeitsunfähigkeiten bestanden. Vor 2019 habe keine höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (Urk. 9/336/14). 5. 8

Laut der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. O. ___ vom 30. März 2022 (Urk. 9/336/5-7) geht das Gutachten der N. ___ AG detailliert auf die Aktenlage ein und erhebt umfassend selbsttätig Befunde. Es könne deshalb darauf abgestützt werden. 5. 9

Gemäss dem Verlaufsbericht von Dr. L. ___ vom 17. Februar 2023 (Urk. 3)

hat sich der Gesundheitszustand

des Beschwerdeführers

seit dem 6. Dezember 2021 stark verschlechtert. Der Beschwerdeführer sei fast lebensmüde und seine Schmerzen müssten fast jeden Tag mit Betäubungsmitteln behandelt werden. Die Schmerzlinderung sei aber nur kurz, was dem Beschwerdeführer die letzte Hoffnung nehme. Wegen Schlafapnoe könne er in der Nacht überhaupt nicht schlafen, mit dem Sauerstoffapparat gehe es schlecht. Die Frustrationstoleranz des Beschwerdeführers werde immer schlechter. Er schreie zu Hause seine Ehefrau an und schmeisse Gegenstände herum. Oft müsse er erbrechen. Er sei vergesslich geworden. Die Blutzuckerwerte seien trotz Therapie mit Insulin extrem hoch. Brennende Rückenschmerzen und Schmerzen in den Beinen machten ihn fast ohnmächtig. Der Beschwerdeführer sei jeweils sehr müde, weil er überhaupt nicht schlafen könne. Keine Medikamente würden helfen. Verschiedene Antidepressiva hätten keine Besserung erbracht. Schlafmittel würden überhaupt nicht wirken. Es sei alles ausgeschöpft. Es könnten lediglich noch Esketanin-Infusionen probiert werden, für welche aber aufgrund der somatischen Probleme eine Kontraindikation bestehe. Der Beschwerdeführer sei in seiner Lebensqualität und in seiner Arbeitsfähigkeit extrem eingeschränkt. Er sei zu 100 % arbeitsunfähig. 6.

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischen dem Erlass der rentenabweisenden Verfügung vom 13. Oktober 2016 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. März 2023 in anspruch relevanter Weise verschlechtert hat. 6.1

Das polydisziplinäre Gutachten der N. ___ AG vom 16. März 2022 (Urk. 9/336) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E. 1. 5). Es beruht auf sorgfältigen, umfassenden internistischen, psychiatrischen, rheumatologischen und neurologischen Untersuchungen und wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden sowie in Auseinandersetzung mit der medizinischen Aktenlage abgegeben. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt daher grundsätzlich volle Beweiskraft zu. 6.2

Der Beschwerdeführer bringt gegen das Gutachten der N. ___ AG vor, dass keine neuropsychologische Abklärung vorgenommen worden sei, obwohl das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich im Rückweisungsentscheid vom

E. 17

August 2020 festgehalten habe, es bestünden Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in neuropsychologischer Hinsicht. Hierzu ist festzuhalten, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes ist. Eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich - aber immerhin - eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_127/2022 vom 8. Juli 2022 E. 5.3).

Der psychiatrische Gutachter Dr. med. AJ. ___ führte aus, in der klinischen psychiatrischen Untersuchung hätten keine schweren kognitiven Einschränkungen und mnestiche Störungen festgestellt werden können. Insbesondere wäre eine schwerere neuropsychologische Störung auch nicht damit vereinbar, dass der Beschwerdeführer nach wie vor selber kurze Strecken Auto fahre. Schliesslich seien die neuropsychologischen Auffälligkeiten als multifaktoriell und nicht als spezifisch für eine bestimmte hirnorganische Störung bezeichnet worden. Wegen der verschiedenen somatischen Probleme, so auch mit Diabetes mellitus Typ 2, IgG4-assoziiierter Erkrankung mit Niereninsuffizienz, müsse dazu aber aus somatischer Sicht Stellung genommen werden. Ohne eine genaue organische Ursache könne die Diagnose einer psychoorganischen Störung nicht gestellt werden (Urk. 9/336/42). Der Beschwerdeführer macht dazu geltend, es treffe nicht zu, dass er noch Auto fahre. Wie die Aussage ins Gutachten gelangt sei, sei nicht nachvollziehbar, allenfalls handle es sich um eine falsche Übersetzung oder er habe in seiner psychischen Verwirrtheit etwas durcheinandergebracht (Urk. 1

S. 10). Hierzu ist festzuhalten, dass der Umstand, dass der Beschwerde - führer angeblich noch selber Auto fährt, zwar von Dr. AJ. ___

beispielhaft angeführt wird, um Diskrepanzen und Inkonsistenzen zwischen seinen subjektiven Angaben und den tatsächlichen Gegebenheiten aufzuzeigen. Es verhält sich aber nicht so, dass der Einschätzung im psychiatrischen Gutachten die wesentlichen Grundlagen entzogen werden, wenn die Annahme getroffen wird, dass der Beschwerdeführer nicht mehr Auto fährt. Die Einschätzung im psychiatrischen Gutachten beruht primär auf der eigenen Untersuchung und den in diesem Rahmen beobachteten Verhalten des Beschwerdeführers. So konnte sich der Beschwerdeführer beispielsweise beim An- und Auskleiden flüssig bewegen, ohne spontane Schmerzartikulation. Wie auch schon in den früheren Gutachten konnten Selbstlimitierung und aggravatorisches Verhalten festgestellt werden.

Auch die Frage, in welchem Umfang der Beschwerdeführer während seines Ferientaufenthalts im Heimatland Aktivitäten nachgegangen ist, erscheint nebensächlich. Unstrittig ist, dass der Beschwerdeführer diese Reise tatsächlich unternommen hat. Immerhin ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer – wie auf der Tonaufnahme zu hören ist – gegenüber dem psychiatrischen Gutachter auf Nachfragen tatsächlich aus geführt hatte, er fahre noch kurze Strecken Auto. Angesichts der doch detaillierten Ausführungen dazu kann kaum ein Übersetzungsfehler vorliegen (Urk. 10, ca. 14:00 – 15:15; vgl. auch Urk. 9/136/39).

Der neurologische Gutachter Dr. med. AK. _ _

stellte in seiner Untersuchung fest, dass der Beschwerdeführer hochgradige Funktionseinschränkungen in allen Lebensbereichen vorwiegend aufgrund der Schmerzsymptomatik beschreibe. Aufgrund der widersprüchlichen Angaben und der diskrepanten Befunde bei der klinischen Untersuchung seien die Angaben aus neurologischer Sicht nicht weiter verwertbar. Die Diskrepanzen hätten sich bereits anlässlich der Begutachtung durch das P. ___ im Jahr 2006 ergeben. Da mehr als erhebliche Hinweise auf eingeschränkte Kooperationsfähigkeit und deutliche Aggravationstendenz bestanden habe, sei schon damals auf eine neuropsychologische Untersuchung verzichtet worden. Diese hätte keine weiterführenden Schlüsse erlaubt. Im Weiteren hat sich Dr. AK. _ _ mit den neuropsychologischen Untersuchungsberichten des Zentrums AG. ___ auseinandergesetzt und dazu ausgeführt, angesichts der offensichtlich Diskrepanzen zwischen den klinischen Befunden und den Angaben des Beschwerdeführers sei es schwierig nachvollziehbar, dass keine Validierungsverfahren eingesetzt worden seien (Urk. 9/336/61). Der Beschwerdeführer wendet zu Recht ein, dass sich entgegen diesen Ausführungen aus dem Bericht des Zentrums AG. ___ vom 17. Juni 2019 (Urk. 9/301) ergibt, dass ein Rey-Memory-Test zur Beschwerdevalidierung durchgeführt worden ist und festgehalten wird, dass sich in den Beschwerdevalidierungsverfahren

keine Inkonsistenzen gezeigt hätten, welche auf eine negative Antwortverzerrung hinweisen könnten. Es wird aber darauf hingewiesen, dass die Symptomatik der schweren Funktionsstörung vorwiegend fronto-limbischer Hirnareale aggraviert sei durch belastungslimitierende metabolisch-toxische Faktoren (chronische Nierenkrankheit) sowie das Schlafapnoesyndrom.

Unter den gegebenen Umständen – insbesondere zumal sie aufgrund der eigenen Untersuchung davon ausgehen konnten, dass eine neuropsychologische Abklärung keine konsistenten Ergebnisse ergeben würde – ist es nicht zu beanstanden, dass die Gutachter der N. ___ AG auf die Durchführung einer eigenen neuropsychologischen Abklärung verzichtet haben. 6.3

Die Diagnose eines Schlafapnoe-Syndroms (ICD-10 G47.3) wird im Gutachten gestellt (Urk. 9/336/12, Urk. 9/336/62). Der neurologische Gutachter Dr. AK. _ _ verwies in diesem Zusammenhang darauf, dass CPAP-Therapieversuche unternommen worden seien, Verlaufskontrollen aber ergeben hätten, dass der Beschwerdeführer das Gerät zu Hause gar nie angewendet habe. Es erfolge nun eine Behandlung mittels nächtlicher Sauerstofftherapie. Eine Schlafapnoe-typische Symptomatik mit vermehrter Schläfrigkeit werde vom Beschwerdeführer nicht beschrieben (Urk. 9/336/57+60). Die Abklärungen bezüglich des Schlafapnoe-Syndroms erscheinen als genügend und es wird auch nachvollziehbar begründet, warum dieses gemäss der Einschätzung des Gutachters keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt.

6.4

Unverändert besteht beim Beschwerdeführer seit dem im Jahr 2003 erlittenen Auffahrunfall eine ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Es hat eine vollständige Arbeitsentwöhnung stattgefunden, eine Wiedereingliederung in eine Erwerbstätigkeit scheint kaum möglich. Es liegt aber eine Selbstlimitierung und aggraviorisches Verhalten vor. Das Gutachten der N. ___ AG setzt sich ausreichend mit den Standardindikatoren auseinander. Es verweist auf die vorhandenen Ressourcen des Beschwerdeführers. Es

kommt zum Schluss,

dass dem Beschwerdeführer bei zumutbarer Willensanstrengung die Ausübung einer behinderungsangepassten Erwerbstätigkeit möglich ist. Seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sich das Gutachten an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist zu bejahen. 6.5

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der N.____ AG vom 16. März 2022 (Urk. 9/336) davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer für eine körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Schichtarbeit und ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten zu 70 % arbeitsfähig ist. Dabei ist dem Beschwerdeführer eine Präsenzzeit von 8 Stunden zumutbar, aufgrund der schnelleren Ermüdbarkeit besteht aber erhöhter Pausenbedarf. Anzuführen ist, dass gestützt auf dem Bericht von Dr. L.____ vom 17. Februar 2023 (Urk.3) keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen ist. Darin bringt die behandelnde Psychiaterin keine Gesichtspunkte vor, die im Rahmen der Begutachtung durch die Experten der N.____ AG unerkannt geblieben wären. Selbst im Vergleich zu ihrem Bericht vom 6. Dezember 2021 (Urk. 9/338/22-23) ist keine wesentliche Verschlechterung ausgewiesen. Zwar berichtet der Beschwerdeführer (getreu seinen stetigen Schilderungen) von einer weiteren Verschlechterung, indessen zeigt sich der erhobene Psychostatus im Wesentlichen unverändert (Urk. 3, Urk. 9/338/22-23). 7. 7.1

Laut dem Arbeitgeberbericht der Z.____ AG vom 3. Januar 2005 (Urk. 9/5) hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2005 ohne Eintritt des Gesundheitsschadens einen AHV-pflichtigen Bruttolohn von Fr. 5'151.50 im Monat bzw. von Fr. 66'969.50 (Fr. 5'151.50 x 13) im Jahr erzielt. Angepasst an die Nominallohnentwicklung für

Männer (vgl. Bundesamt für Statistik, Nominallohnindex, Männer, Sektor

Z

Produktion, Tabelle 1. 93 : 20 05 = 114. 7, 201 9 = 130. 6) beträgt das hypothetische Einkommen im Jahr 201 9 Fr. 76' 253 . -- . 7.2

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 Beizug 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). 7.3

Gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) betrug der Durchschnittslohn für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigten Männer im Jahr 20

E. 18

von 41,7 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche [T 03.02.03.01.04.01]) resultiert ein mutmassliches Einkommen von Fr. 67'766.65 pro Jahr. Angepasst an die Nominallohnentwicklung für Männer (vgl. Bundesamt für Statistik, Nominallohnindex, Männer, Total, Tabelle 1. 93 : 2018 = 129.6 , 2019 = 130.7) beträgt das Einkommen im Jahr 2019 Fr. 68'341.85, bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 %

Fr. 47'839.30. 7.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen geschäftlich zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug geschäftlich neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgericht s 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2). 7.5

Die Beschwerdegegnerin hat keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen. Den gesundheitsbedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers und dem damit verbundenen erhöhten Pausenbedarf ist bereits mit der Festlegung der Arbeitsfähigkeit auf 70 % (bei einer Präsenzzeit von 8 Stunden pro Tag) Rechnung getragen worden. Das Lebensalter wirkt sich nicht zwingend lohnmindernd aus

(vgl. dazu auch Urteile des Bundesgerichts 8C_799/2021 vom 3. März 2021 E.

4.3.3, 8C_558/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3.2) und das Merkmal Dienstalter bleibt beim Kompetenzniveau 1 ohne relevante Bedeutung.

Es ist deshalb über - ein stimmend mit der Beschwerdegegnerin kein leidensbedingter Abzug vorzunehmen, womit es bei einem Invalideneinkommen von Fr. 47'839.30 bleibt .

Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 76'253 . --

ergibt sich damit eine Einkommens einbusse von Fr. 28'413.70 bzw. ein Invaliditätsgrad von rund 37 % . Dieser berechtigt nicht zum Bezug einer Invalidenrente. 8 .

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 30. Januar 2023 (Urk. 2) als rechtens erweist, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 9.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist abweichend von Art. 61 lit . a ATSG das

Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt.

Die Gerichtskosten sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem 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: - Rechtsanwalt Daniel Christe - 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 Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber
HurstBrügger

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