

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00433 vom 29. November 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00433

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00433 du 29 novembre 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00433 del 29 novembre 2024

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im April 2021 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Oktober 2021 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

E. 1.2

Erw erbunfähigkeit ist gemäss Art.

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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

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

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zu sprechung der Rente, die geeignet ist,

den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_26/2022 vom 30. Mai 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln.

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sog. Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.).

Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige

Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_54/2021 vom 10. Juni 2021 E. 2.3 m.w.H.). 2.

E. 2

Am 4. September 2023 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 4. Juli 2023 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung, die Einholung eines Gerichtsgutachtens und die neue Entscheidung über den Rentenanspruch spätestens ab dem 1. Oktober 2021 (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 5. Oktober 2023 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer hielt mit Replik vom 22. Februar 2024 (Urk. 13) an seinen Anträgen fest. Die Beschwerdeführerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (Urk. 15), wovon das Gericht mit Verfügung vom 13. März 2024 Vormerk nahm und den Beschwerdeführer darüber in Kenntnis setzte (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Die Abklärungen hätten ergeben, dass die gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bereits vorgängig angepassten Tätigkeit als technischer Kaufmann führten. Es sei aus versicherungsmedizinischer Sicht deshalb eine volle Erwerbsfähigkeit gegeben und eine anspruchsrelevante Einschränkung sei nicht feststellbar. Möglich sei eine leichte körperliche Tätigkeit ohne vermehrte Beanspruchung des Bewegungsapparates (S. 1). Das Gutachten der Z.____ sei nachvollziehbar (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt dem entgegen (Urk. 1), auf das Gutachten der Z.____ könne nicht abgestellt werden. So sei aufgrund des Alters zweier Gutachter (ein Gutachter mit Jahrgang 1946 und ein Gutachter mit Jahrgang 1950) zu bezweifeln, dass diese über die notwendigen Fortbildungsausweise verfügten, weshalb diesbezüglich nachgefragt worden sei. Die Medas habe diese nicht erbracht (S. 6 Ziff. 5.7). Weiter sei ihm mitgeteilt worden, dass die psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. A.____ durchgeführt werde, worauf er die Beschwerdegegnerin um einen Nachweis der Dissertation von Frau A.____ ersucht habe. Darauf sei die Beschwerdegegnerin nicht eingegangen. Die Titelanmassung mache eine Gutachterin unglaubwürdig und sei strafbar (S. 7 Ziff. 5.9). Gemäss Medizinalberuferegister arbeite Frau A.____ auch für die B.____. Es müsse deshalb davon ausgegangen werden, dass sie auch für die C.____ Gutachten verfasse. Dr. med. D.____ arbeite ebenfalls noch für die C.____. Seit Ende 2019 müssten die Gutachterstellen auf Anweisung des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) dafür besorgt sein, die Gutachterteams so zusammenzusetzen, dass pro Gutachterauftrag höchstens eine der begutachtenden Personen auch noch für andere polydisziplinäre Gutachterstellen tätig sei. Da gegen diese Vorgabe des BSV verstossen und dadurch das Zufallsprinzip ausgehebelt worden sei, sei das Medas-Gutachten aus formellen Gründen nicht verwertbar (S. 8 Ziff. 5.10). Weiter sei die Begutachtung spätestens am 23. November 2022 um 11:15 Uhr abgeschlossen gewesen. Der Laborbefund sei jedoch erst am 23. November 2022 um 13:31 ergangen und somit erst nach der Begutachtung übermittelt worden. Dennoch beziehe sich

Dr. E.____ in seinem Teilgutachten vom 2 2. November 2022 auf den Laborbefund, was zeitlich gar nicht möglich sei (S. 8 f. Ziff. 5.11.1 f.). Dasselbe gelte für Röntgenbilder, die am 2 3. November 2022 nachmittags angefertigt worden seien, auf die sich der orthopädische Gutachter Dr. F.____

jedoch in seinem Teilgutachten vom 2 2. November 2022 beziehe (S. 9 Ziff. 5.11.3). Weiter erwähne der neurologische Teilgutachter ein MRI vom 2 3. November 2022, welches nicht stattgefunden habe. Vielmehr habe der Gutachter zugegeben, dass im Gutachten der eine MRI-Untersuchung vom 2 6. November 2020 betreffende Text zitiert worden sei. Eine aktuelle Bildgebung sei nicht erfolgt, und offenbar habe keiner der anderen Gutachter die angeblichen MRI-Bilder vom 2 3. November 2022 sichten wollen . Es sei davon auszugehen, dass nie eine Konsensbesprechung stattgefunden habe (S. 9 f. Ziff. 5.11.4). Zudem sei kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt worden (S. 11 Ziff. 5.11.6). Er sei allein aufgrund seines körperlichen Leidens, insbesondere seiner COPD, nicht mehr in der Lage, seinen Beruf als technischer Kaufmann auszuüben (S. 12 Ziff. 5.12).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 6) hielt die Beschwerdegegnerin fest, es habe am 2 2. und 2 3. November 2022 eine interdisziplinäre Besprechung stattgefunden. Rechtsprechungsgemäss sei eine zusammenfassende Beurteilung auf der Grundlage einer Konsensdiskussion nicht zwingend. Weiter sei die Argumentation des Beschwerdeführers zum Titel von Frau A.____ nicht nachvollziehbar, diese habe sich den Titel gar nie angemasst. Sie sei nach aktuellen Daten auf der Homepage der B.____ und C.____ nicht als medizinische Sachverständige aufgeführt, jedoch auf der Homepage der Z.____ . Dr. D.____ sei als Fachverantwortlicher auf der Homepage der C.____ und derjenigen der Z.____ , nicht jedoch auf derjenigen der B.____ aufgeführt. Somit arbeiteten nicht zwei Gutachter gleichzeitig auch für dieselbe andere Gutachterstelle. Weiter könne eine Indikatorenprüfung unterbleiben, da gar keine psychische Erkrankung festgestellt und auch insgesamt für körperlich angepasste Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden können (S. 2). Auf das Gutachten könne abgestellt werden (S. 3).

E. 2.4

Replizierend (Urk. 13) hielt der Beschwerdeführer an seinen Argumenten fest. Zwar sei zutreffend, dass gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht zwingend eine Konsensbeurteilung verlangt werde. Vorliegend werde jedoch von den Gutachtern selbst behauptet, es hätten Konsensbesprechungen stattgefunden, was klar widerlegt werden könne. Die Beschwerdegegnerin bleibe weiterhin eine Antwort schuldig, weshalb sie in den Akten behauptet habe, Frau A.____ verfüge über einen Dokortitel (S. 4). Es sei davon auszugehen, dass Frau A.____ immer noch für die B.____ tätig sei . Die Vorgaben des BSV seien nicht eingehalten worden (S. 5). 3.

3.1

Die IV-Stelle des Kantons Aargau hatte nach erfolgreicher Umschulung des Beschwerdeführers mit Mitteilung vom 1 7. November 2011 festgehalten, dieser sei in der Lage, eine vollzeitige Tätigkeit auszuüben und ein rentenausschliessen des Einkommen zu erzielen (Urk. 7/122).

Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger gemäss Art. 49

Abs. 1 ATSG schriftlich Verfügungen zu erlassen. Die Verfügungen werden mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen und sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen (Art. 49 Abs. 3 ATSG). Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, können in Anwendung von Art. 51 Abs. 1 ATSG in einem formlosen Verfahren behandelt werden. Die betroffene Person kann nach Art. 51 Abs. 2 ATSG den Erlass einer Verfügung verlangen.

Wird ein – gemäss Art. 51 Abs. 1 ATSG oder einer betreffenden spezialgesetzlichen Bestimmung – zulässigerweise formlos ergangener Verwaltungsakt von der betroffenen Person innert angemessener Frist (vgl. dazu BGE 134 V 145 E. 5.3.1 m.w.H. ; Urteil des Bundesgerichts 8C_673/2008 vom 10. Juli 2009 E. 3.1) nicht gerügt, wird er rechtsbeständig (BGE 132 V 412 E. 5; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_82/2020 vom 12. März 2021 E. 3.1 und 8C_554/2015 vom 19. Oktober 2015 E. 3.4, je m.w.H.).

Die Frist für eine Intervention der betroffenen Person gegen einen unzulässigerweise formlos mitgeteilten Entscheid beträgt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts im Regelfall ein Jahr seit der Mitteilung. Eine längere Frist kommt allenfalls dann in Frage, wenn die betroffene Person – insbesondere, wenn sie rechtsunkundig und nicht anwaltlich vertreten ist – in guten Treuen annehmen durfte, der Versicherer habe noch keinen abschliessenden Entscheid fällen wollen und sei mit weiteren Abklärungen befasst. Ohne fristgerechte Intervention erlangt der Entscheid rechtliche Wirksamkeit, wie wenn er zulässigerweise im Rahmen von Art. 51 Abs. 1 ATSG ergangen wäre (BGE 134 V 145 Regeste, E. 5.3.2 und E. 5.4; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_94/2019 vom 11. Juni 2019 E. 4.1 m.w.H.). 3.2

Der Erlass einer Verfügung wurde vom Beschwerdeführer nach Erhalt der Mitteilung vom 17. November 2011 nicht verlangt, zudem handelte es sich nicht um einen unzulässigerweise formlos mitgeteilten Entscheid. Dementsprechend bildet diese Mitteilung den zeitlich massgeblichen Anknüpfungspunkt zur Prüfung der Frage nach einer anspruchsrelevanten Veränderung (vgl. vorstehend E. 1.4). Streitig und zu prüfen sind somit die aktuelle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Vergleich zur Situation, wie sie sich anlässlich der Mitteilung vom 17. November 2011 präsentierte, und insbesondere der Beweiswert des Gutachtens der Z.____ vom 1. Januar 2023 (Urk. 7/209). 4. 4.1

Der Mitteilung vom 17. November 2011 (Urk. 7/122) lagen im Wesentlichen die folgenden Arztberichte zugrunde:

Bei den Akten liegt eine verkehrsmedizinische Begutachtung vom 17. Mai 1995 (Urk. 7/14), die im Nachgang zu einem Suizidversuch des Beschwerdeführers im September 1994 erfolgte. Gestützt darauf wurde dem Beschwerdeführer die Fahrtauglichkeit für alle Kategorien abgesprochen und eine nächste verkehrsmedizinische Untersuchung an den Nachweis einer regelmässigen spezialärztlichen Behandlung und Kontrolle mit einer Verbesserung und Stabilisierung geknüpft (S. 6-7). 4.2

Dr. med. H.____, Neurochirurgische Klinik des Spitals I.____, stellte mit Bericht vom 30. April 2007 (Urk. 7/16) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A): - Zervikobrachialgie mit bildgebender Myelopathie bei zervikaler Diskushernie auf Höhe C6/7 - Status nach ventraler zervikaler Diskektomie und Einlage eines Cages Als Elektromechaniker sei der Beschwerdeführer seit 9. Januar 2007 zu 100 % arbeitsunfähig (lit. B). Die gesundheitliche Störung wirke sich nicht auf die bis herige Tätigkeit aus, diese sei ohne Einschränkungen zumutbar (Urk. 7/16/3 lit. A). 4. 3

Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte mit Bericht vom 11. Mai 2007 (Urk. 7/18) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A): - Status nach ventraler cervicaler Diskektomie C6/7 und Einlage eines Cages bei breitbasiger Diskusprotrusion C6/7 mit Kompression des Myelons und begleitender Myelopathie am 5. Februar 2007

Er habe den Patienten nie zur psychiatrischen Abklärung geschickt und verfüge über keine entsprechenden Berichte. 4. 4

Dr. med. pract. K.____, regionaler ärztlicher Dienst (RAD), hielt in seiner ärztlichen Beurteilung im Rahmen der IV-Frühintervention vom 5. Juni 2007 (Urk. 7/28) fest, dem Beschwerdeführer seien mittelschwere Arbeiten mehr als 8 Stunden täglich zumutbar, dies in stehender, gehender oder sitzender Form (Ziff. 1 lit. a). Auszuschliessen seien Arbeiten unter Zeitdruck, mit häufigem Bücken, in Zwangshaltungen und mit häufigem Heben und Tragen ohne mechanische Hilfsmittel (lit. b). Angesichts der letztlich unklaren psychischen Situation seien Tätigkeiten mit Verantwortung für Menschen, zum Beispiel Chauffeur Tätigkeiten, ausgeschlossen (lit. c). Wegen des operierten Bandscheibenleidens sollten keine schweren Lasten gehoben werden, auch Zwangshaltungen der HWS seien zu vermeiden. Angesichts des operierten Knieleidens mit belastungsabhängigen Knieschmerzen und der anamnestisch seit Jahren bestehenden, ebenfalls belastungsabhängigen LWS-Beschwerden sollten Tätigkeiten mit häufigem Knien und Bücken vermieden werden (lit. d). 5. 5.1

Der Neuanmeldung vom 26. April 2021 lagen folgende medizinische Berichte zu grunde.

Mit Bericht vom 27. Januar 2014 (Urk. 7/145) diagnostizierten die Ärzte der Klinik für Neurologie am Spital L.____ (USZ) rezidivierende Phasen mit Myoklonien im Bereich der Finger, am ehesten einem Residualzustand entsprechend, bei Status nach zervikaler Myelopathie im Jahr 2007 und Diskektomie C6/7 mit Cageeinlage im März 2007 (S. 1). Es werde eine bildgebende Untersuchung der HWS angemeldet (S. 2). 5.2

Eine bildgebende Untersuchung des rechten Kniegelenks des Beschwerdeführers vom 18. Juni 2015 ergab als Hauptbefund einen dislozierten Riss am Innenmeniskus, wodurch Gelenkblockaden denkbar seien, keinen Hinweis auf einen signifikanten Knorpelschaden, einen Verdacht auf ein intermittierendes Plica-Syndrom an der Plica medio- und infrapatellaris sowie eine noch deutliche Reizung unter der Naht des inneren Seitenbandes (Medial Collateral Ligament, MCL). 5.3

Dr. med. M.____, Oberarzt Orthopädie an der Klinik N.____, stellte mit Bericht vom 10. Juli 2015 (Urk. 7/142/5-6) folgende Diagnosen (S. 1): - posttraumatische Gonarthrose mit assoziierter komplexer medialer Meniskusläsion Knie rechts mit und bei - Status nach offener VKB (vorderes Kreuzband) - Rekonstruktion, medialer Meniskusnaht und medialer Seitenbandreinsertion 1990 - Status nach partieller Materialentfernung Knie rechts in den 90er Jahren Der Beschwerdeführer sei aktuell nicht berufstätig (S. 1). Es werde Physiotherapie empfohlen (S. 2). Die klinische Verlaufskontrolle vom 18. September 2015 (Urk. 7/142/3-4) ergab eine unveränderte Diagnose (S. 1). Es bestehe ein erfreuliches Ansprechen auf die physiotherapeutische Behandlung mit deutlich gebesserter Situation. Es seien zurzeit keine weiteren Verlaufskontrollen vorgesehen (S. 2). 5.4

Bei einem Zustand nach Kinnkontusion rechts mit HWS-Distorsion wurde am 27. September 2016 ein Röntgenbild der HWS angefertigt (Urk. 7/142/2). Dieses ergab keinen

Hinweis auf traumatische Veränderungen im Bereich der HWS. Möglicherweise sei es durch die Distorsion zu einer Reaktivierung der Diskopathie und der Unk
vertebralarthrose in den Segmenten C4-C6 gekommen. 5.5

Dr. med. G.____, Facharzt für Rheumatologie, stellte mit Bericht vom 2. Juli 2018 (Urk. 7/147) folgende Diagnosen (S. 1): - Myofaszielles Schmerzsyndrom ausgehend von der Nackenmuskulatur rechtsbetont mit und bei - Status nach zweimaliger Kontusion/Distorsion im September 2016 und Februar 2018, direkte Kausalität beziehungsweise Relevanz für die Beschwerden fraglich - klinisch myofaszielle Hartspannstränge und symptomatische Triggerpunkte der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur rechtsbetont - Status nach zervikoradikulärem Reizsyndrom links C6/7 im Jahr 2006 - konventionell radiologisch korrekte Lage des Cage mit altersüblicher osteochondrotischer Degeneration der darüberliegenden Bandscheibensegmente C4/5 und C5/6 - schwieriges psychosoziales Umfeld mit fraglicher Relevanz für die Verspannungsproblematik Im Anschluss an die HWS-Operation sei es über mehrere Jahre hinweg sehr gut gegangen, dennoch sei es dem Beschwerdeführer nicht gelungen, beruflich nach der Umschulung vom Elektromechaniker zum Kaufmann wieder Fuss zu fassen.

Es bestehe weiterhin eine Stellenlosigkeit und er lebe vom Sozialamt. Im September 2016 sei es im Turnverein erstmals zu einer Kontusion/Distorsion im HWS-Bereich mit vollständiger Erholung innerhalb von drei Wochen gekommen. Im Februar 2018 habe der Beschwerdeführer einen Sturz auf die rechte Körperseite erlitten mit seither persistierenden Nackenschmerzen, die unter Physiotherapie gebessert hätten (S. 1). Die Probleme seien muskulär verursacht, begünstigt durch eine seit längerem bestehende sportliche Inaktivität und sicherlich auch durch ergonomisch schlechte Haltungen am Computer und wohl generell durch die schwierige Lebenssituation mit Stellen- und eigentlich Perspektivlosigkeit, was die berufliche Laufbahn betreffe. Weitere Termine seien nicht vorgesehen (S. 2). 5. 6

Am 26. November 2020 erfolgte ein MRI der Halswirbelsäule (Urk. 7/147/ 3). Die Beurteilung ergab Osteochondrosen und Unkovertebralarthrosen in Höhe C4-6 mit ossären Neuroforamenstenosen beidseits und Hinweise auf intraforaminale C5, weniger C6 Nervenwurzelirritationen-Kompressionen beidseits sowie eine umschriebene Myelomatropie auf Höhe C6/7 mit fokaler Myelopathie im Seitenstrang links. 5. 7

Dr. med. O.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte mit Bericht vom 21. Juli 2021 (Urk. 7/144) ein zervikospondylo radikuläres Schmerzsyndrom mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5). Das zervikoradikuläre Reizsyndrom C6/7 mit Operation im Jahr 2007, der Status nach zweimaliger Kontusion und Distorsion (der HWS) im September 2016 und Februar 2018 sowie die 1990 erfolgte Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes mit medialer Meniskusnaht und medialer Seitenbandreinsertion hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.6).

Die Behandlung erfolge in unregelmässigen Abständen ; im Jahr 2021 seien bislang zwei Konsultationen erfolgt (Ziff. 1.2). Aktuell werde keine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Ziff. 1.3). 5.8

Dr. O.____ nannte in ihrem Bericht vom 18. Januar 2022 (Urk. 7/171) folgende, hier gekürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1): - chronisches zervikospondylogenes bis -radikuläres Schmerzsyndrom rechts - Knieschmerzen beidseits linksbetont - Verdacht auf

Chronic

Obstructive Pulmonal Disease (COPD) - dysseborrhoisches Ekzem im Gesicht und an der behaarten Kopfhaut Dem Patienten sei es aufgrund der Schmerzen nicht mehr möglich, 8 Stunden täglich an einem Tisch zu sitzen. Es seien eine pneumologische und dermatologische Kontrolle geplant (S. 2). 5.9

Dr. med. P.____ , Leitender Arzt, Klinik Innere Medizin am S pital R.____ , stellte mit Bericht vom 18. Februar 2022 (Urk. 7/174) über die pneumologische Konsultation vom 11. Februar 2022 folgende Diagnosen (S. 1): - COPD Gold Stadium 3, Risikogruppe B - chronische Bronchitis, rezidivierende Exazerbationen, zuletzt Herbst 2021 - normale Diffusionskapazität - persistierender Zigarettenkonsum, 20-40 Zigaretten täglich, 70 pack years - leichtgradige Restriktion - am ehesten bedingt durch abdominell betonte Adipositas Ein kompletter Rauchstopp sei dringend empfohlen. Falls eine genauere Beurteilung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit gewünscht sei, könne eine ergänzende Spirometrie durchgeführt werden (S. 2). 5.10

Dr. med. S.____ , Facharzt für Dermatologie und Venerologie, diagnostizierte mit Bericht vom 2. März 2022 (Urk. 7/179) einen Pflegeschaden der Haut an beiden Oberarmen , seborrhoische Keratosen und eine Seborrhiasis . 5.11

5.11.1

Die Gutachter der Z.____ nannten in ihrem am 4. Januar 2023 nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, orthopädischen, neurologischen und pneumologischen Untersuchung erstatteten Gutachten (Urk. 7/209) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 4.3.1). Die folgenden, hier teilweise gekürzt wiedergegebenen Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 4.3.2): - Status nach einer Versteifung an der Halswirbelsäule in der Etage C6/7 mit Rückenmarksschädigung (Myelopathie) und einer Anschlussdegeneration C4-6 mit einer beginnenden, degenerativen Gefügelockerung sowie Einengung des Wirbelkanals - chronisches zerviko-spondylogenes bis radikuläres Schmerzsyndrom rechtsbetont bei Osteochondrosen und Unkovertebralarthrosen

in Höhe C4-6 mit ossärer Neuroforamenstenose beidseits und Hinweis auf intra foraminale C5, weniger C6 Nervenwurzelirritation. Umschriebene Myelonatrophie auf Höhe C6/7 mit fokaler Myelopathie im Seitenstrang links - mehretägige Abnützungen der Brust- und Lendenwirbelsäule ohne Anzeichen einer Instabilität - beginnende Arthrose Kniegelenk beidseits bei Status nach einer VKB-Plastik und Seitenband-Rekonstruktion rechts - leichtgradige, kompensierte Instabilität OSG links nach einer konservativ therapierten Bandverletzung mit hohem Wadenbeinbruch - anamnestisch Status nach einer konservativ therapierten Sportverletzung am Mittelfinger links - Nikotinabusus anhaltend, 70-80 pack years - Übergewicht - mittelschwere COPD, Erstdiagnose Februar 2022 - mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung - anhaltendes Zigarettenrauchen - keine Hinweise auf eine Störung des Gasaustausches - mit stabilem Verlauf seit Februar 2022 5.11.2

Der internistische Gutachter hielt fest, dass in seinem Fachbereich keine relevanten Krankheiten bestünden. Aus internistischer Sicht bestehe im erlernten Beruf als Elektromechaniker und im umgeschulten kaufmännischen Beruf eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 30). 5.11.3

Die orthopädische Begutachtung ergab degenerative und posttraumatische Beschwerden am Bewegungsapparat (Wirbelsäule, Knie beidseits, OSG links), die sich in der Untersuchung bei einer angepassten Beanspruchung weitgehend kompensiert gezeigt hätten. Aber erfahrungsgemäss und anhand des aktuellen Wissensstandes sollte in Hinsicht auf die kriterienbasierten Diagnosen eine verstärkte Belastung vermieden und ein leicht gesteigerter Pausenbedarf im Tagesverlauf zur Vermeidung von zusätzlichen Beschwerden berücksichtigt werden. Im Hinblick auf die persönliche, soziale und aktuelle psychische Situation ergäben sich anhand der orthopädisch-traumatologischen Anamnese Hinweise für ein gewisses Rückzugsverhalten und auch Auffälligkeiten. Für eine weiterführende Exploration und Beurteilung sei auf das psychiatrische Fachgutachten zu verweisen. Die subjektiv empfundene, vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit könne nicht nachvollzogen und bestätigt werden, da im Rahmen der umfassenden Funktionsprüfung bei einer angepassten Beanspruchung keine Schmerzen oder Einschränkungen auftraten (S. 21).

Zusammenfassend seien im Hinblick auf die Abnützungen und posttraumatischen Beschwerden am Bewegungsapparat körperlich schwere und dauerhaft mittel schwere Arbeiten und Tätigkeiten mit einer vermehrten Beanspruchung des Bewegungsapparates nicht mehr zu empfehlen und zuzumuten. Körperlich leichte, wechselbelastende Berufe könnten aber aus orthopädisch-traumatologischer Sicht uneingeschränkt ausgeübt werden, da sich die Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates im Rahmen der jetzigen Begutachtung bei angepasster Beanspruchung vollständig kompensiert zeigten. Dafür spreche auch der Umstand, dass die Einnahme von Schmerzmitteln nicht notwendig und der Beschwerdeführer laut eigenen Angaben tagsüber viel am Computer tätig sei (S. 22). Als technischer Kaufmann bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit, diese sei bestmöglich angepasst (S. 23). 5.11.4

Die psychiatrische Gutachterin hielt fest, der Beschwerdeführer habe sie freundlich begrüsst, sei mit ihr in Richtung des Untersuchungsraumes gegangen, wobei er an den Aufzügen gestoppt und sich freundlich verabschiedet habe. Dies mit dem Hinweis, dass er schon vorher angekündigt habe, nicht mit einem Psychiater zu sprechen. Er habe dann das Institut verlassen. Das Verhalten des Beschwerdeführers sei auffällig, wobei ohne entsprechende Untersuchung keine Diagnosestellung möglich sei. Bei deutlichen Vorbehalten dem Fachgebiet Psychiatrie gegenüber und deutlich geäussertem Misstrauen liege der Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie oder aber eine wahnhaftige Störung nahe. Es könnte sich aber genauso gut um eine nicht krankhafte Ablehnung handeln (S. 31). 5.11.5

Der neurologische Gutachter hielt fest, es fänden sich keine objektivierbaren klinisch-neurologischen Ausfallerscheinungen. Es bestünden auch keine zentralen oder peripheren Paresen und keine Auffälligkeiten des Muskeltonus an der oberen Extremität, beispielsweise im Sinne einer spastischen Tonuserhöhung bei Myelopathie. Die Muskelreflexe seien erhalten und es fänden sich keine Auffälligkeiten in der Einzelkraftprüfung an der oberen Extremität. Trotz der fehlenden objektivierbaren, klinisch neurologischen Befunde seien inter mittierende Missempfindungen mit dem Befund der zervikalen Myelopathie und dem Befund der bildmorphologisch fassbaren Myelonatrophie erklärbar (S. 41).

Der Beschwerdeführer berichte, dass er aktuell keine Therapien mehr wahrnehme. Physiotherapie habe ihm nicht geholfen. Aus neurologischer Sicht wäre dennoch eine

entsprechende Physiotherapie zu empfehlen. Die intermittierenden Beschwerden mit Parästhesien in beiden Händen bei einer bestimmten Haltung der Arme nach vorne seien durch die Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule und in den bildmorphologischen Befunden der Myelonartropathie und zervikalen Myelopathie erklärt. Aus neurologischer Sicht führe dies nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Beruf des technischen Kaufmanns. In angepassten Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsstelle wäre so zu gestalten, dass der Beschwerdeführer nach Möglichkeit wenig in sitzender Tätigkeit arbeiten müsste. Im Gehen und Liegen träten die Beschwerden im Bereich der oberen HWS nicht auf. Der Beruf des technischen Kaufmanns sei aus neurologischer Sicht bereits bestmöglich angepasst (S. 42). 5.11.6

Der pneumologische Gutachter hielt fest, die Obstruktion sei am Tag der Begutachtung «nur noch» mittelschwer gewesen und entspreche einem Gold Stadium 2B. Zu dieser Verbesserung sei es gekommen, obwohl der Beschwerdeführer weiterhin rauche und nicht inhaliere. Ein koexistierendes Asthma bronchiale sei möglich. Die Adipositas dürfe ein zusätzlicher Faktor sein, welcher die Lungenvolumina einschränke (S. 47 unten). Lungenfunktionsmässig seien die Werte bei der Untersuchung wesentlich besser als anlässlich der Erstdiagnose vor 9 Monaten. Was zu dieser Verbesserung geführt habe, sei unklar. Für die Tätigkeit als technischer Kaufmann bestehe, solange die COPD stabil verlaufe, eine volle Arbeitsfähigkeit. Pneumologisch sei die Arbeitsfähigkeit in diesem Sinne nie eingeschränkt gewesen (S. 48). Diese Tätigkeit sei angepasst. Um ein mögliches Fortschreiten der COPD zu vermeiden oder wenigstens abzubremsen, müsse der Beschwerdeführer mit dem Rauchen aufhören. Auch eine Gewichtsabnahme könne für die pulmonalen Ressourcen nur dienlich sein (S. 49). 5.12

Dr. med. T. ____, Fachärztin für Neurologie, RAD, hielt am 9. Januar 2023 zum Gutachten fest, es habe aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bereits vorgängig angepassten Tätigkeit als technischer Kaufmann festgestellt werden können. Es hätten dabei nur die somatischen Befunde und Diagnosen berücksichtigt werden können, da von psychiatrischer Seite keine Einschätzung möglich gewesen sei. Zwar hätten sich in den somatischen Begutachtungen Hinweise für Auffälligkeiten in der Persönlichkeit ergeben, diese hätten jedoch nicht fachärztlich-psychiatrisch beurteilt werden können. Die psychiatrische Gutachterin habe eine Zweitbeurteilung bei einem durch den Beschwerdeführer gewählten Psychiater vorgeschlagen. Da jedoch bereits früher keine psychiatrische Exploration gelungen sei, werde dieses Vorgehen aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht nicht als erfolgsversprechend erachtet. Da der frühzeitige Abbruch des psychiatrischen Gutachtens nicht unbedingt krankheitsbedingt interpretiert worden sei, und der Beschwerdeführer als Ursache für die Verschlechterung einzig somatische Diagnosen angegeben habe, könne damit aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht auf die in den somatischen Teilgutachten erhobenen Befunde abgestützt werden. Der Beurteilung sei zu folgen (Urk. 7/ 211/10-11). 5.13

Auf entsprechende Nachfrage der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/218) hielten die Gutachter der Z. ____, am 24. Mai 2023 (Urk. 7/223) fest, das im neurologischen Gutachten auf Seite 40/56 unter dem Abschnitt «Zusatzuntersuchungen» sowie auf der Seite 41/56 unter dem Abschnitt «Diagnosen» zitierte Datum einer MRT-Untersuchung der HWS vom 23. November 2022 sei nicht korrekt. Der im Gutachten zitierte Text entspreche wörtlich der MRT-Untersuchung der HWS vom 26. November 2020 (vgl. vorstehend E. 5.6). Dieser

Befund habe für die neurologische Begutachtung vorgelegen und auf diesen Befund beziehe sich die inhaltliche Aussage im Rahmen der neurologischen Beurteilung (S. 1 f.). Im Rahmen der ausführlichen klinisch neurologischen Untersuchung hätten sich keine objektivierbaren Ausfallerscheinungen gezeigt. Insbesondere hätten sich keine zentralen oder peripheren Paresen und keine Auffälligkeiten des Muskeltonus an der oberen Extremität gefunden. Die Muskelreflexe seien erhöht und es hätten keine Auffälligkeiten in der Einzelkraftprüfung an der oberen Extremität gezeigt. Trotz der fehlenden objektivierbaren neurologischen Befunde seien intermittierend Missempfindungen durch den vorbekannten Befund der zervikalen Myelopathie und der degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule erklärt. Unter Berücksichtigung des zeitlichen Verlaufes, der bekannten bildmorphologischen Befunde in der MRT-Untersuchung vom 26. November 2020 und dem klinisch-neurologisch nicht richtungsweisenden pathologischen Befund verspreche man sich aus neurologischer Sicht keine zusätzlichen Informationen aus einer erneuten MRT-Untersuchung. Weiter seien die radiologischen Untersuchungen des Bewegungsapparates, die auf S. 21 des Gutachtens vermerkt seien, nicht am 22., sondern am 23. November 2022 durchgeführt worden. Der orthopädische Gutachter bat, den Schreibfehler zu entschuldigen. Natürlich habe er die Bildgebung selbst gesichtet, befundet und vollumfänglich bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (S. 2). 6. 6.1

Im Jahr 2011 lagen eine Zervikobrachialgie mit Myelopathie bei zervikaler Diskushernie auf Höhe C6/7 und ein Status nach Diskektomie C6/7 mit Einlage eines Cages vor. Aufgrund dieser Diagnosen waren dem Beschwerdeführer gemäss Einschätzung von RAD-Arzt Dr. U._____

mittelschwere Arbeiten in stehender, gehender und sitzender Form vollumfänglich zumutbar, wobei Arbeiten unter Zeitdruck, mit häufigem Bücken, in Zwangshaltungen und mit häufigem Tragen und Heben auszuschliessen waren. Zu vermeiden

waren schwere Lasten, Zwangshaltungen der HWS und aufgrund des bereits damals bekannten operierten Knieleidens und der belastungsabhängigen LWS-Beschwerden Tätigkeiten mit häufigem Knien und Bücken (vgl. vorstehend E. 4.2-4.4). Die ungeschulte Tätigkeit als technischer Kaufmann war im Rahmen des Belastungsprofils ohne Einschränkungen zumutbar (Urk. 7/121/2 unten; vgl. auch Urk. 7/120/1).

Im Vergleich zur medizinischen Situation, wie sie sich im November 2011 präsentierte, traten neue Befunde im Sinne von weiteren Beeinträchtigungen der Kniegelenke (vgl. vorstehend E. 5.2-5.3), ein myofaszielles und zervikospondylogenes beziehungsweise -radikuläres Schmerzsyndrom (vgl. vorstehend E. 5.5, E. 5.7-5.8) sowie eine COPD (E. 5.9) hinzu. Damit ist ein Revisionsgrund ausgewiesen und der Rentenanspruch ist in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen (vgl. vorstehend E. 1.4). 6.2

6.2.1

Die Gutachter der Z._____ berücksichtigten die geklagten Beschwerden und die Vorakten sowie die Anamnese und führten die notwendigen Untersuchungen durch. Die psychiatrische Begutachtung wurde vom Beschwerdeführer verweigert (vgl. vorstehend E. 5.11.4), was nach Lage der Akten ohne Konsequenzen im Sinne eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens blieb. Die Beurteilung der medizinischen Situation und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet und dargelegt und die Veränderung

des Gesundheitszustandes wurde geprüft. Das Gutachten vermag somit grundsätzlich den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. vorstehend E. 1.5) zu genügen. 6.2.2

Aus internistischer Sicht wurde keine relevante Krankheit festgestellt (vgl. vorstehend E. 5.11.2). Die orthopädische Begutachtung zeigte, dass bei angepasster Beanspruchung die Beschwerden vollständig kompensiert waren. So stellte der Gutachter eine gut ausgeprägte Muskulatur an den Extremitäten und am Körperstamm ohne Anzeichen einer isolierten Verschmächtigung fest. Eine Einschränkung der Mobilität war nicht erkennbar. Das Aufrichten aus der Rückenlage in den Langsitz war ohne Zuhilfenahme der Arme möglich. Die Prüfung der HWS war unauffällig, ausser dass der Beschwerdeführer intermittierend kurzzeitig auftretende Kribbelparästhesien an beiden Händen angab. Bei der Prüfung des Finger-Bodenabstands konnte der Beschwerdeführer die Hände flach auf den Boden legen und das Aufrichten erfolgte ohne Einschränkungen oder Beschwerden. Die Untersuchung der LWS war weitgehend unauffällig (Urk. 7/209 S. 17). Auch die Untersuchung der Schultern und der Extremitäten zeigte keine Auffälligkeiten (S. 18-19). Die Untersuchung der Knie ergab, dass die aktive Bewegungsprüfung beschwerdefrei möglich war und nur bei der passiven Überdehnung (Hockstellung) ein Ziehen auftrat (S. 19 unten f.). Der Beschwerdeführer nimmt denn auch keine Schmerzmittel ein und keine physiotherapeutische Behandlung oder ein Heimprogramm für den Rücken und die Knie wahr (vgl. Urk. 7/209 S. 14, S. 27). Bereits 2015 hielt Dr. M. ___ hinsichtlich der Knie fest, die Situation sei nach Physiotherapie deutlich gebessert und es seien keine Verlaufskontrollen vorgesehen (vorstehend E. 5.3). Dr. G. ___ verwies 2018 ebenfalls auf unter Physiotherapie gebesserte Nackenschmerzen und hielt fest, die Probleme seien muskulär verursacht, begünstigt durch eine seit längerem bestehende sportliche Inaktivität und eine ergonomisch ungünstige Haltung am Computer (vorstehend E. 5.5).

Dr. O. ___ mass den HWS- und Kniebeschwerden keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (vorstehend E. 5.7). Diese Beurteilungen der Behandler stützen die Angaben des orthopädischen Gutachters. Dieser trug den bestehenden Abnützungen und Beschwerden Rechnung, indem er körperlich schwere und dauerhaft mittelschwere Arbeiten mit einer vermehrten Beanspruchung des Bewegungsapparates für nicht mehr zumutbar befand. Dass er für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausging und die umgeschulte Tätigkeit als technischer Kaufmann als bestmöglich angepasst erachtete, vermag angesichts der aus orthopädischer Sicht objektiv geringen Beeinträchtigungen uneingeschränkt zu überzeugen. 6.2.3

Die neurologische Begutachtung ergab keine objektivierbaren klinisch neurologischen Befunde oder Ausfallerscheinungen. Die intermittierend auftretenden Missempfindungen führte der Gutachter auf die zervikale Myelopathie und die bildgebend dokumentierte Myelonatrophie zurück, ebenso die intermittierend auftretenden Beschwerden mit Parästhesien in beiden Händen bei einer bestimmten Haltung der Arme nach vorne. Der Gutachter sah aus neurologischer Sicht deshalb keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als technischer Kaufmann und erachtete diese Tätigkeit als bestmöglich angepasst, wies aber darauf hin, dass die Arbeitsstelle nach Möglichkeit wenig sitzende Tätigkeiten umfassen soll (vorstehend E. 5.11.5). Dem ist zu folgen, zumal auch ergonomische Hilfsmittel für die Arbeit an Computern erhältlich sind und der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben fähig ist, viel am Computer tätig zu sein (vgl. vorstehend E. 5.11.3). 6.2.4

Aus pneumologischer Sicht ging der Gutachter ebenfalls von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als technischer Kaufmann aus, solange die COPD stabil verläuft. Der Beschwerdeführer vermag dies nach gutachterlicher Einschätzung mittels Sistierung des Rauchens (weiterhin 30 bis 40 Zigaretten täglich; vgl. Urk. 7/209 S. 26 unten) und Gewichtsabnahme positiv zu beeinflussen (vorstehend E. 5.11.6), welche Massnahmen zumutbar erscheinen. 6.2.5

Gestützt auf diese Erkenntnisse kamen die Gutachter zum Schluss, dass die bestehenden Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit als technischer Kaufmann haben.

In dieser bereits angepassten Tätigkeit besteht somit volle Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter hielten fest, dass zwar die körperliche Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit aufgrund der somatischen Diagnosen und Erkrankungen eingeschränkt ist, aber sämtliche körperlichen Beschwerden bei einer angepassten Beanspruchung soweit kompensiert sind, dass eine leidens angepasste Tätigkeit beziehungsweise der umgeschulte Beruf als technischer Kaufmann uneingeschränkt ausgeübt werden kann (Urk. 7/209 S. 7 oben). Dem ist zu folgen. Damit liegen zwar neue Befunde vor, denen jedoch kein Einfluss auf die weiterhin bestehende volle Arbeitsfähigkeit in der umgeschulten Tätigkeit als technischer Kaufmann zukommt. Dies stellt der Beschwerdeführer denn auch nicht substantiiert in Frage. 7.

E. 7

ATSG 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 ausgleichenen Arbeitsmarkt (Abs. 1). 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. 7.1

Zum Argument des Beschwerdeführers, es sei aufgrund des Alters zweier Gutachter daran zu zweifeln, dass diese über die notwendigen Fortbildungsausweise verfügten (vgl. vorstehend E. 2.2), ist zunächst festzuhalten, dass es für die Beweiskraft eines Gutachtens gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht entscheidend ist, wie alt der Experte ist, sondern ob die Expertise

lege artis erstellt wurde, was vorliegend zu bejahen ist. Insbesondere lässt sich aufgrund des Umstandes, dass manche Rechtsordnungen für behandelnde Ärzte, Notare oder Piloten ein Höchstalter vorsehen, aus Art. 44 ATSG keine allgemeine und klare Altersgrenze für die hier interessierende Expertentätigkeit ableiten (Urteil des Bundesgerichts 9C_555/2017 vom 22. November 2017 E. 3.6, Urteil des Bundesgerichts 9C_275/2020 vom 20. September 2020 E. 3.2).

Weiter sind keine Angaben über den beruflichen Werdegang,

Kopien der Aus- und Weiterbildungstitel und Bescheinigungen der regelmässigen

Fortbildung vorzulegen. Die Nennung der ärztlichen Spezialisierung hat

vielmehr zu genügen, denn aufgrund des Facharztstitels, dessen Erlangung

reglementiert ist, lassen sich hinreichende Rückschlüsse auf den beruflichen

Werdegang und die durchlaufene Aus- und Weiterbildung bis hin zum Spezialarzt ableiten (Urteil des Bundesgerichts I 193/05

vom 7. September 2006 E. 5.4 mit Hinweisen) . Solange wie hier keine begründeten Hinweise für eine mangelhafte fachliche

Kompetenz eines Sachverständigen vorliegen , besteht kein Grund für diesbezügliche Weiterungen .

E. 7.2

Nachdem die psychiatrische Gutachterin A.____ im Gutachten gar keinen Titel der Dr. med. führt und sich diesen somit auch nicht angemasst haben kann (vgl. Urk. 7/209 S. 2, S. 10, S. 31), erübrigen sich diesbezügliche Weiterungen, zumal der Beschwerdeführer die psychiatrische Begutachtung ohnehin verweigerte und deshalb nicht ersichtlich ist, was er mit seiner Argumentation bezweckt.

E. 7.3

Das BSV hat mit seinem Informationsschreiben zu SuisseMED@P vom 26. November 201

E. 7.4

Der neurologische Gutachter erläuterte in der Stellungnahme vom 24. Mai 2023 (vorstehend E. 5.13), dass das im Gutachten zitierte Datum der bildgebenden Untersuchung der HWS des Beschwerdeführers nicht korrekt sei, sondern der zitierte Text demjenigen der Beurteilung vom 26. November 2020 entspreche (vgl. vorstehend E. 5.6). Da sich im Rahmen der Untersuchung keine objektivierbaren neurologischen Befunde fanden - namentlich keine zentralen oder peripheren Paresen und keine Auffälligkeiten des Muskeltonus an der oberen Extremität, erhaltene Muskelreflexe und

keine Auffälligkeiten in der Einzelkraftprüfung an der oberen Extremität , vgl. vorstehend E. 5.11.5 - , bestand kein Anlass für eine weitere bildgebende Untersuchung und deren Fehlen vermag den Beweiswert der neurologischen Expertise nicht in Frage zu stellen.

Zum Röntgenbericht und dessen Würdigung ist festzuhalten, dass dieser vom 23. November 2022 datiert (vgl. Urk. 7/209/59), welches Datum auch im Gutachten zunächst korrekt wiedergegeben wurde (vgl. Urk. 7/209 S. 3 oben) . Im orthopädischen Teilgutachten wurde das Röntgen beziehungsweise dessen Beurteilung mit dem 22. November 2022 datiert (vgl. Urk. 7/209 S. 21 oben).

Der orthopädische Gutachter hielt dazu fest, die radiologischen Untersuchungen hätten am 23. November 2022 stattgefunden und es handle sich im Gutachten um einen Schreibfehler. Daraus folgt, dass, wie der Beschwerdeführer rügt, anlässlich der Untersuchung vom 22. November 2022 (vgl. Urk. 7/209/12 oben) die Bilder noch nicht vorgelegen haben können. Massgeblich ist jedoch, dass die polydisziplinäre Diagnosestellung und die medizinische Beurteilung am 22. und 23. November 2022 erfolgten, womit die Röntgenbilder - was sich auch aus der Diagnoseliste

(vgl. Urk. 7/209 S. 7 Ziff. 4.3.2) ergibt - Berücksichtigung fanden. Dasselbe gilt für den Laborbericht, der am 23. November 2022 um 13.31 und somit ebenfalls innerhalb der Daten der Konsensbesprechung erstattet wurde (Urk. 7/209/57).

E. 7.5

Gemäss Randziffer 1104 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung (KSIR) (gültig ab 1.1.2022; Stand 1.1.2024) erfolgt die Feststellung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 141 V

281). Zwar wird dazu festgehalten, dass dieses auf alle Arten von Gesundheitsschädigungen anwendbar

ist; jedoch stehen psychische Beeinträchtigungen im Vordergrund (vgl. BGE 143 V 418). Auf das strukturierte Beweisverfahren kann jedoch verzichtet werden, wenn aufgrund der vorhandenen ärztlichen Unterlagen eine nachvollziehbare und klare Einschätzung der funktionellen Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit möglich ist (Rz. 1107 KSIR mit Hinweisen). So verhält es sich auch vorliegend: Nach dem Gesagten ist gestützt auf das Gutachten der Z. ___ von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der umgeschulten Tätigkeit als technischer Kaufmann auszugehen, weshalb die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nicht nötig ist. 8.

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 8.1

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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid 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).

Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Absatz 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV). 8. 2

Ausschlaggebend für die Höhe des Valideneinkommens ist nicht der Verdienst für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, sondern das Einkommen, das die

v ersicherte Person mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erzielen würde, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Das vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte Einkommen ist dafür in der Regel der Anknüpfungspunkt, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1). Konnte eine versicherte Person dank Hilfsmitteln und Umschulung erfolgreich beruflich eingegliedert werden, ist für die Ermittlung des Validen einkommens in einem späteren Zeitpunkt der davor (d.h. vor der Invaliditäts bedingt erfolgten beruflichen Eingliederung) erzielte (höhere) Verdienst heranzuziehen Meyer /Reichmuth , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG] , 4 . Auf l. 20 22 , N. 54 zu Art. 28a IVG).

Der Beschwerdeführer war vor Eintritt der Invalidität, die zur Umschulung führte, als Elektromechaniker tätig (vgl. Urk. 7/7). Er war auf dem umgeschulten Beruf als technischer Kaufmann nie arbeitstätig (vgl. den Auszug aus dem individuellen Konto; 7/139 und Urk. 7/199), wobei dafür keine gesundheitlichen Gründe ersichtlich sind. Der Beschwerdeführer selbst führte die erfolglose Jobsuche auf seinen Leumund zurück (vgl. Urk. 7/209/16 oben). Eine Ausnahme vom vor genannten Grundsatz ist demnach nicht gegeben.

E. 8.3

Eine Arbeitsunfähigkeit trat ab August 2006 auf (vgl. Urk. 7/11/1 Ziff. 1). Zuletzt erzielte der Beschwerdeführer im Jahr 2005 ein Einkommen von insgesamt Fr . 68'803.--, was annähernd dem Einkommen der früheren Jahre entspricht (vgl. Urk. 7/139/2).

Aufgerechnet auf den Zeitpunkt des frühesten Rentenbeginns im Jahr 2021 (vgl. vorstehend E. 1.1) ergibt sich unter Berücksichtigung der

Entwicklung der Nominallöhne der Männer von 1992 Indexpunkten im Jahr 2005 auf 2281 Indexpunkte im Jahr 2021

(BFS, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, T39)

ein hypothetisches Validen einkommen von Fr. 78'785.-- (Fr. 68'803.-- : 1992 x 2281) . 8. 4

Das im Jahr 2020 erzielbare durchschnittliche Einkommen von Männern im Sektor Dienstleistungen betrug im auf den Beschwerdeführer anwendbaren Kompetenzniveau 2

Fr. 5'481.-- monatlich und Fr. 65'772.-- jährlich (LSE 2020 Tabelle TA1_tirage_skill_level). Unter Berücksichtigung der Entwicklung der Nominallöhne der Männer von 2298 Indexpunkten im Jahr 2020 auf 2281 Indexpunkte im Jahr 2021 und angepasst an die wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS , Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total , Tabelle T 03.02.03.01.04.01), ergibt sich ein hypothetisches Invaliden einkommen von Fr . 68'060.-- (Fr. 65'772.-- : 40 x 41.7 : 2298 x 2281).

Die Tätigkeit als technischer Kaufmann ist dem Beschwerdeführer un eingeschränkt zumutbar, weshalb kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist. 8. 5

Der Vergleich der beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ergibt eine Einbusse von Fr. 10'725.-- und damit einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von rund 14 % .

Der angefochtene Entscheid ist rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 9

die Gutachterstellen angewiesen, die Gutachterteams so zusammenzusetzen, dass sich eine Überschneidung der Gutachterinnen und Gutachter zwischen zwei Gutachterteams auf höchstens eine einzelne Person beschränkt.

Dr. D.____ ist nach Angaben auf der jeweiligen Internetseite sowohl für die Z.____ als auch für das C.____ tätig. Psychiaterin A.____ verfügt zwar über Berufsausübungsbewilligungen für den Kanton Bern (Bewilligungsadresse: B.____) und C.____ (Bewilligungsadresse: Z.____), zudem über die Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung im Kanton Zürich (www.medregom.admin.ch, zuletzt besucht am 14. Oktober 2024). Sie ist jedoch weder auf der Homepage der B.____ noch derjenigen der C.____ als psychiatrische Gutachterin aufgeführt (vgl. www.C.____.ch und www.B.____.ch, zuletzt besucht am 14. Oktober 2024), womit keine Überschneidung vorliegt. Für die Behauptung des Beschwerdeführers, Frau A.____

verfasse auch Gutachten für das

C.____, finden sich keine Belege, solche werden denn auch nicht benannt.

E. 9.1

Mit Verfügung vom 2. November 2023 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtsvertretung insoweit gewährt, als die Kosten der Rechtsvertretung nicht durch die Orion Rechtsschutzversicherung AG, welche davon zwei Drittel abdeckt, übernommen werden (Urk. 8). Nachdem die Rechtsschutzversicherung auch die Gerichtskosten lediglich im Umfang von zwei Dritteln übernimmt (vgl. Urk. 11), ist dem Beschwerdeführer auch die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren, soweit die Kosten nicht von seiner Rechtsschutzversicherung übernommen werden.

E. 9.2

Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG

sind auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zuzugewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch im Umfang von Fr. 300.-- einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 9.3

Mit Verfügung vom 13. März 2024 (Urk. 16) wurde unter anderem darauf hin gewiesen, dass gemäss

§ 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 2 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht die Möglichkeit besteht, dem Gericht vor Fällung des Endentscheides eine detaillierte Zusammenstellung über den bisherigen Zeitaufwand und die bisher angefallenen Barauslagen einzureichen, und dass das Gericht im Unterlassungsfall die Entschädigung nach Ermessen festsetzt. Bis dato wurde keine entsprechende Honorarnote eingereicht, weshalb die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Tobias Figi, Zürich, ermessensweise auf Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWST) festgesetzt wird, wobei Rechtsanwalt Figi mit Fr. 800.-- aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist.

E. 9.4

Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss

§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hingewiesen .
Das Gericht beschliesst : In Bewilligung des Gesuchs vom 4. September 2023 wird dem
Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung im Umfang von einem Drittel der
Gerichtskosten gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge
Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung im Umfang von Fr. 300.-- jedoch einst
weilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nach
zahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Tobias Figi,
Zürich, wird mit Fr. 800 .-- (inkl. Barauslagen und MWST) (1/3 von Fr. 2'400.--) aus der
Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht ge
mäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht
Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes
gesetzes 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 Beweis mittel
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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin
Grieder-MartensTiefenbacher

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