

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00040 vom 19. April 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-04-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00040

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00040 du 19 avril 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00040 del 19 aprile 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.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Aufgrund der Neuanmeldung vom 6. Dezember 2017 sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbsein kommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V

409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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

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

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

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

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

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung 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 Aufgabenbereich 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 revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 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 mit Hinweisen). 2.

E. 1.5

Mit Vorbescheid vom 26. Juli 2023 stellte die IV-Stelle erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/474) und hielt an dieser Entscheidung nach erhobenem Einwand (Urk. 7/481) mit Verfügung vom 1. Dezember 2023 fest (Urk. 7/494 = Urk. 2).

E. 2

6. Februar 2024

beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass gestützt auf das Gutachten von Dr. B. ___ sowie lic. phil.

C. ___ keine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Das genannte Gutachten stelle überdies keine unzulässige « second

opinion » dar, auch seien weitere medizinische Abklärungen nicht angezeigt.

Zusammenfassend bestehe weiterhin kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Vertreter des Beschwerdeführers im Wesentlichen geltend, dass das A. ___ -Gutachten vom 12. Dezember 2021 die von der Rechtsprechung geforderten Beweiswertkriterien erfülle, sodass von einem umfassenden Gutachten auszugehen sei (Urk. 1 S. 5 f.). Demgegenüber handle es sich beim Gutachten von Dr. B. ___ sowie lic. phil. C. ___ um eine verbotene « second

opinion » (S. 7), zudem mangle es den beiden Teilgutachten an einer konsensualen Beurteilung (S. 9). Weiter begründe Dr. B. ___ die behauptete Aggravation nicht, diese sei zudem gestützt auf das A. ___ -Gutachten auszuschliessen (S. 11). Sofern nicht gestützt auf das A. ___ -Gutachten ab dem 1. Juni 2018 eine ganze Rente zugesprochen werde, sei die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers durch ein gerichtliches Obergutachten zu klären (S. 13). 3. 3.1

Vergleichsbasis im vorliegenden Neuanmeldeverfahren bilden die Verfügungen vom 5. Juli 2012, mit welchen die IV-Stelle dem Beschwerdeführer vom 1. Juli 2005 bis 31. Mai 2006 eine ganze Rente und für die Zeit ab 1. Juni 2006 eine halbe Rente zusprach (Urk. 7/253). Mit Urteil vom 28. Februar 2014 stellte das

hiesige Gericht fest, dass ab 1. Juni 2007 kein Rentenanspruch mehr bestehe (Urk. 7/320). Demgegenüber stellte das Bundesgericht mit Urteil vom 3. September 2014 fest, dass auch vom 1. Juni 2007 bis 31. Mai 2011 ein Anspruch auf eine halbe Rente bestehe (Urk. 7/326). Ab 1. Juni 2011 hatte der Beschwerdeführer demzufolge keinen Rentenanspruch mehr. 3.2

Im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache respektive -aufhebung ist dabei vom folgenden medizinischen Sachverhalt auszugehen:

Dr. med. D. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Gutachten vom 28. Februar 2011 aus, dass keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit zu stellen seien (Urk. 7/200 S. 61); als psychiatrische Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er eine leichte depressive Episode

(ICD-10 F32.0).

Seit dem Unfall von 2004 habe der Ausprägungsgrad der depressiven Episode vorübergehend ein mittelgradiges Ausmass angenommen, was zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit von 30 % geführt habe; die leichte depressive Episode rechtfertige keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 62 unten).

Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, ging in seinem Gutachten vom 19. Oktober 2011 von den folgenden Diagnosen aus (Urk. 7/216 S. 5 f.): - antalgische Fehlstellung des linken Fusses (Status nach Unfall vom 25. April 2004) mit OSG-Distorsion Grad III - Status nach Lisfrancverletzung links - MRI vom 16. August 2004: nicht dislozierte Fissur Metatarsale II und IV parallel zur proximalen Gelenkfläche mit Marködem - konservative Behandlung im Unterschenkel-Gehgips (Entfernung am 20. September 2004) - im Verlauf Morbus Sudeck (CRPS I) mit deutlicher Regredienz - MRI vom 29. Dezember 2004: regrediente Veränderungen mit posttraumatischem Restzustand - Szintigraphie vom 30. Dezember 2004: keine Zeichen mehr für Morbus Sudeck - depressives Syndrom

Im bisherigen Arbeitsverhältnis sei der Beschwerdeführer

seit dem 25. Juli 2004 zu 100 % arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe ab 1. März 2006 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, ab 1. März 2007 eine solche von 100 % (S. 7 f.).

Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil vom 3. September 2014 (Urk. 7/326) fest, es sei von einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit bis Ende Februar 2011 auszugehen (S. 5 E. 4.). Daran anschliessend sei - dem Gutachten von Dr. D.____ folgend - von einer lediglich leichten depressiven Episode ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 4 f. E. 3.2 am Ende). In somatischer Hinsicht bestätigte das Bundesgericht im Ergebnis die Feststellung im kantonalen Urteil, wonach gestützt auf das Gutachten von Dr. E.____ von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit seit März 2007 auszugehen sei (S. 5 E. 3.3.). 4 . 4 . 1

Die für das A.____-Gutachten vom 12. Dezember 2019 verantwortlichen Fachärzte gingen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit von den folgenden Diagnosen aus (Urk. 7/405 S. 7): - Histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4) - Dissoziative Störung, gemischt (= Konversionsstörung; ICD-10 F44.7); DD: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0; vorwiegend dysphorische Stimmungslage, inadäquate suggestible Affektivität, im Rahmen der histrionischen Persönlichkeitsstörung) - Chronische Schmerzen im linken Fuss und im Unterschenkel links mit - Fixierter Supinationsfehlstellung bei - Status nach OSG-Distorsion (Unfall 07/2004) mit initialer Gipsbehandlung - Nichtdislozierter Fissur/Fraktur Metatarsale Basis II und IV und wahrscheinlich auch I - Status nach wahrscheinlichem CRPS (im Szintigramm nicht bewiesen) - Schulterschmerzen beidseits (rechts mehr als links) mit kleinem Supraspinatusriss rechts - Generalisierte Rückenschmerzen (diffus)

Der Beschwerdeführer sei aus rein psychiatrischen Gründen aufgrund der schweren histrionischen Persönlichkeitsstörung und der damit kombinierten Konversionsstörung in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig. Aus rein orthopädischer Sicht wäre eine Tätigkeit auf dem Bau ebenfalls nicht möglich. Da sich die psychiatrische

Symptomatik in allen denkbaren Tätigkeits bereichen gleich auswirke, sei auch in einer angepassten Tätigkeit nicht mit einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 11). 4 .2

Dr. med. F.____ , Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie (RAD), führte in ihrer Stellungnahme zum A.____ -Gutachten vom 24. März 2020 insbesondere aus, dass das fragliche Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge nicht plausibel sei. Die Diagnose der histrionischen Persönlichkeitsstörung sei weder im Gutachten noch in der Beantwortung der Rückfragen (vgl. Urk. 7/409) hergeleitet worden, offenbar kenne der Gutachter die ICD-10-Kriterien nicht. Eine Persönlichkeitsstörung sei weiter auch in früheren Berichten nicht beschrieben, das Verhalten deute vielmehr auf Aggravation hin. Auch die Kriterien einer dissoziativen Störung oder einer somatoformen Störung seien nicht erfüllt , weiter könne auch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode , nicht klar nachvollzogen werden (Urk. 7/416 S. 6 ff.). 4 .3

In seinem psychiatrischen Gutachten vom 31. Januar 2022 konnte Dr. B.____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine Diagnose feststellen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit würde die festgestellte Dysthymie bleiben (Urk. 7 /449 S. 90). Aus psychiatrischer Sicht könne weder in der angestammten noch einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (S. 97).

In seinem Bericht vom 27. Januar 2022 führte lic. phil. C.____ aus, dass aufgrund der auffälligen Befunde und Inkonsistenzen sowohl in der Beschwerdevalidierung wie auch bei diversen neuropsychologischen Testverfahren zur Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht keine Stellung genommen werden könne (Urk. 7 / 450 S. 14). 4.4

Dr. med. G.____ , leitende Ärztin am Psychiatriezentrum H.____ , führte in ihrem Schreiben vom 16. Januar 2024 aus, dass sie in der aktenanamnestischen Zusammenschau der Befunde heute am ehesten von einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) ausgehen würden. Es zeige sich beim Patienten ein nach wie vor unangemessenes Krankheitsverhalten (Schonverhalten, Schmerzmitteleinnahme), ein katastrophisierendes Denken, eine formal gedankliche Fixierung auf den Schmerz, eine Reizbarkeit mit Stimmungsschwankungen, eine erhöhte Aufmerksamkeit für schmerzbedingte Reize sowie viele zwischenmenschliche Konflikte und ein langjähriger Rückzug von Alltagsaktivitäten (Urk. 3/2). 5. 5.1

Zu prüfen ist zunächst, ob das Einholen des bidisziplinären Gutachtens (Dr. B.____ , lic. phil. C.____) nach der erfolgten A.____ -Begutachtung eine unzulässige « second opinion » darstellt oder ob sich diese weitere Abklärung aufgrund der Aktenlage aufgedrängt hat.

Dr. F.____ stellte bezüglich der A.____ -Abklärung insbesondere die diagnostische Herleitung der histrionischen Persönlichkeitsstörung in Frage. Die A.____ -Gutachter führten zu ihrer diagnostischen Einschätzung aus, dass mittlerweile eine über 15 Jahre andauernde medizinische Abklärungsphase mit umfangreichster Aktenlage vorliege, wobei von einem dominanten psychiatrischen Problem auszugehen sei. Man könne nur staunen, dass bisher nie eine histrionische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden sei. Auslöser sei wahrscheinlich eine Kombination des eigenen Unfalls 2004 und die Todesfälle zweier Brüder im gleichen Jahr gewesen (Urk. 7/405 S. 70).

In Anbetracht der diagnostischen Leitlinien sind die Bedenken von Dr. F.____ nicht von der Hand zu weisen. So treten Persönlichkeitsstörungen häufig erstmals in der Kindheit oder in der Adoleszenz in Erscheinung und manifestieren sich endgültig im Erwachsenenalter (ICD-10 F60 , spezifische Persönlichkeitsstörungen). Einem auslösenden Ereignis kommt dabei bei einer Persönlichkeitsstörung keine Bedeutung zu, sodass die Ausführungen im Gutachten als nicht schlüssig zu bezeichnen sind. Zumindest hätte im Rahmen der Begründung ausführlich darauf eingegangen werden müssen, wieso sich die Persönlichkeitsstörung erst in der Zeit nach 2004 (im Alter von 39 Jahren) entwickelt hat und erst im Zuge der Begutachtung im Oktober 2019 erstmals diagnostiziert worden ist. Eine solche Auseinandersetzung erfolgt aber weder im Gutachten noch den ergänzenden Erwägungen vom 18. März 2020 ; vielmehr liessen es die Gutachter dabei bewenden, ihr Erstaunen darüber zu äussern, dass in der Vergangenheit nie eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden war . Aus diesem Umstand ist aber unter Berücksichtigung der medizinischen Aktenlage vielmehr zu folgern , dass die bisherigen Diagnosestellungen zutreffend sind. So zeigen sich Persönlichkeitsstörungen typischerweise im Laufe einer mehrjährigen Abklärung .

Dem entsprechend fordern die ICD-10 - Richtlinien auch eine Einschätzung aufgrund von möglichst vielen Informationen. Auch wenn ein Persönlichkeitsbild manchmal durch ein einziges Interview deutlich werde, müsse oft mehr als ein Interview geführt und fremdanamnestic Angaben eingeholt werden (ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Auflage, S. 275). Sowohl aufgrund des beruflichen Werdegangs mit einigen mehrjährigen Arbeitsverhältnissen (Urk. 7/489) wie auch aufgrund der umfangreichen medizinischen Akten, insbesondere etwa dem Gutachten von Dr. D.____ vom 28. Februar 2011 (Urk. 7/200) , ist daher nicht zu beanstanden, dass im Nachgang zum A.____ -Gutachten eine weitere Abklärung in die Wege geleitet worden ist. Damit liegt keine unzulässige « second opinion » vor.

Dass die Bedenken von Dr. F.____ berechtigt gewesen sind, zeigt sich nun auch aufgrund der Ausführungen von Dr. B.____ , welcher seine diagnostische Einschätzung und insbesondere das Nichtvorliegen einer Persönlichkeitsstörung ausführlich begründet (Urk. 7/449 S. 89). Auch der neuste Bericht von Dr. G.____

spricht gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung , geht dieser doch von einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) aus. 5.2

Wie bereits erwähnt begründet Dr. B.____ seine diagnostische Einschätzung ausführlich, insbesondere auch bezüglich des Nichtvorliegens einer Persönlichkeitsstörung (Urk. 7/449 S. 89).

Auch hinsichtlich des Themenkreises der Aggravation ist die Einschätzung von Dr. B.____ nicht zu beanstanden. Zum einen ist anzumerken, dass auch Dr. B.____

nicht von einer derartigen Aggravation ausging, dass er keine Diagnose stellen konnte. Im Gegensatz zur Einschätzung der A.____ -Gutachter interpretierte er das im Rahmen der A.____ -Begutachtung gezeigte Verhalten des Beschwerdeführers aber – nach Ausschluss der Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung – im Rahmen von Aggravation oder Simulation. Insbesondere hielt er fest, dass zusammen mit dem Resultat der neuropsychologischen Abklärung von einer eindeutigen Situation auszugehen sei. So

beschreibe lic. phil. C.____ eine nicht-authentische neuropsychologische Störung. Für sich genommen würden die aktuellen intellektuellen/kognitiven Leistungen einbussen einer mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung entsprechen. Die Ergebnisse des Symptomvalidierungsverfahrens hätten überwiegend im auffälligen Bereich gelegen. Es seien angesichts der Diagnosen unplausibel ausgeprägte kognitive Minderleistungen gezeigt worden. Minderleistungen, wie sie anlässlich der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung gezeigt würden, wären eher bei grossflächigen Hirnverletzungen, relevanten neurologischen Störungen

oder fortgeschrittener Demenz zu erwarten. Weiter würden Diskrepanzen zwischen den gezeigten intellektuell/kognitiven Leistungen und den während der Anamneseerhebung in der Muttersprache des Beschwerdeführers mit differenziertem, dem Bildungsniveau entsprechendem Vokabular vorgetragene Schilderungen bestehen. Auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer Autofahre spreche, dagegen, dass das gezeigte Niveau dem tatsächlichen Leistungsvermögen entspreche (Urk. 7/449 S. 95 f.).

Bei den Ergebnissen der Teilgutachten kommt dem Fehlen einer eigentlichen interdisziplinären Beurteilung keine Bedeutung zu, zumal Dr. B.____ die neuropsychologische Abklärung eingehend berücksichtigt hat.

Hinsichtlich des Berichts von Dr. G.____ ist anzumerken, dass sich dieser nicht zur Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht äussert (Urk. 3/2) und damit für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts aus versicherungsmedicinischer Hinsicht nichts beizutragen vermag. Das zuletzt eingereichte Arbeitsunfähigkeitszeugnis betrifft weiter einen Zeitraum ab 1. Januar 2024 (Urk. 11/2). Da im Beschwerdeverfahren grundsätzlich der Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (1. Dezember 2023) die Grenze der Überprüfung bezeugnis darstellt (BGE 129 V 4 E. 1.2), ist die eingereichte Bescheinigung vorliegend unbeachtlich; zudem ist bei der Würdigung von hausärztlichen Einschätzungen rechtsprechungsgemäss – da diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen – ohnehin Vorsicht geboten (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 5.3

Insgesamt stellt das Gutachten von Dr. B.____ eine schlüssige und nachvollziehbare Grundlage für die Einschätzung des medizinischen Sachverhalts dar, weshalb darauf abzustellen ist. Aus psychiatrischer Sicht ergibt sich damit keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit, womit

ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 entbehrlich ist (BGE 143 V 418 E. 7.1). Unter Berücksichtigung des orthopädischen Teilgutachtens des A.____-Gutachtens beschränkt sich die Leistungsfähigkeit auf eine sitzende, leichte Tätigkeit ohne Zwangshaltung (Urk. 7/405 S. 50). Damit zeigt sich insgesamt ein Gesundheitszustand, der im Wesentlichen bereits im Zeitpunkt der Leistungseinstellung per 1. Juni 2011 bestanden hat. Mangels Veränderung des entscheiderelevanten Sachverhalts führt dies in Bestätigung der angefochtenen Verfügung zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 8 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie 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 Jürg Maron -
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 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 Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber
GräubSchetty

E. 6

), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. Februar 2024 zur Kenntnis gebracht
wurde (Urk.

E. 9

). Mit Schreiben vom 11. März 2024 reichte der Vertreter des Beschwerdeführers weitere
medizinische Unterlagen zu den Akten (Urk.

E. 10

f.). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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