

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00143 vom 7. März 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-03-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00143

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00143 du 7 mars 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00143 del 7 marzo 2025

Erwägungen

E. 1

Der 1979 geborene X.____ meldete sich am 23. November 2020 (Ein gang s datum) unter Hinweis auf eine seit dem Jahr 2004 bestehende Krankheit bei der Sozial ver si che rungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungs be zug an (Urk. 7/4). Nachdem die IV-Stelle telefonisch ein Standortgespräch durch ge führt (Urk. 7/8) und die Akten des zuständigen Krankentag geld ver si che rers bei gezogen hatte (Urk. 7/12 , 7/15 , 7/22) , teilte sie dem Versicherten am 28. Mai 2021 mit, dass auf grund seines Ge sund heits zu standes zurzeit keine Ein glied erungsmassnahmen mög lich seien (Urk. 7/17).

In der Folge tätigte die IV-Stelle

beruflich-erwerbliche (Urk. 7/45 [Arbeit geber be richt]) so wie medizinische Abklärungen (Urk. 7/24, 7/27 , 7/28, 7/30 , 7/41) und ver anlasste eine polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten in den Dis zi plinen All ge meine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie sowie Or tho pädie (Urk. 7/33) . Die Gut achter der Y.____ er stat teten ihr Gut ach ten am 23. März 2023 (Urk. 7/48). Nach durchgeführtem Vor be scheid ver fah ren (Vorbescheid vom 30. März 2023 [Urk. 7/52]; Einwand vom 12. Mai 2023 [Urk. 7/60]; Arztbericht vom 15. Juni 2023 [Urk. 7/65]; ergänzter Ein wand vom 17. Au gust 2023 [Urk. 7/ 66]) – einschliesslich Rückfragen an die Y.____ (Urk. 7/69, 7/72) sowie Gewährung des rechtlichen Gehörs (Urk. 7/75)

– ver neinte die IV-Stel le mit Verfügung vom 29. Januar 2024 den Anspruch des Ver si cherten auf Leis tungen der Invalidenversicherung (Urk. 2 [= Urk. 7/ 78]).

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 Inva li den ver sicherung (IVV) in Kraft getreten. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grund sätzen (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 Renten an spruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Ren tenanspruch 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 November 2020 anhängig gemachten (verspäteten) Anmeldung bei der In va lidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Mai 2021 aus ge richtet

werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser Übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in der Version wie dargelegt, zitiert und angewendet wird.

E. 1.2

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

E. 1.3

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

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

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

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

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

E. 1.4

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1; 143 V 409 E. 4.5.2; 141 V 281 E).

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 27. Februar 2024 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer angemessenen Invalidenrente ab 1. Mai 2021, eventualiter sei ein umfassen des polydisziplinäres Gerichtsgutachten einschliesslich einer EFL-Testung gemäss aktueller Schmerzrechtsprechung im Sinne von BGE 141 V 281 in Auftrag zu geben (Urk. 1). Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 11. April 2024 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 15. April 2024 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle erwog in der angefochtenen Verfügung, dass der Versicherte sei in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie sowie Orthopädie begutachtet worden.

Ab April 2020 sei der Versicherte arbeitsunfähig gewesen, eine langanhaltende oder invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei jedoch nicht eingetreten, die Tätigkeit als Lagerist sei wieder vollumfänglich zumutbar.

Die

Y.____ habe am 19. Oktober 2023 Stellung zu den Vorbringen im Einwand genommen. So habe eine Konsensbeurteilung stattgefunden, die gleichzeitige Diagnosestellung einer mittelgradigen depressiven Episode und einer Anpassungsstörung sei widersprüchlich. Die im Einwandverfahren bei einer milder Beurteilung gestellte Diagnose «Verdacht auf organische Persönlichkeitsstörung» entbehre einer fachärztlich-neurologischen Begründung und sei aufgrund der Aktenlage nicht zu bestätigen. In der neurologischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf eine hirnorganische Einschränkung gezeigt. Ebenso wenig hätten sich anlässlich der neurologischen und psychiatrischen Begutachtung kognitive Einbußen gezeigt. Das Taubheitsgefühl sei eine subjektive Angabe und als residuell radikulär zugeordnet worden, das Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom sei aus internistischer wie neurologischer Sicht beurteilt worden, es seien keine Beschwerden, insbesondere auch keine Tagesmüdigkeit, diesbezüglich beklagt worden. Diese Ausführungen seien nachvollziehbar, weshalb auf das Gutachten abgestellt werden könne (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer vor, das Gutachten der Y.____ sei in Folge einer fehlenden neuropsychologischen und pneumologischen Begutachtung nicht vollständig und somit wertlos. Die Teilgutachten seien nicht mit einem Datum versehen, auch werde behauptet, die Konsensbeurteilung habe am 17. Januar 2023 stattgefunden, was angesichts eines Laborberichtes vom 19. Januar 2023 zwingend darauf hindeute, dass die Teilgutachten erst nach dem 19. Januar 2023 formuliert worden seien, was die Konsensbeurteilung zur Farce mache. Es werde zu dem bestritten, dass sämtliche Gutachter an der Sitzung teilgenommen hätten, weshalb das Gutachten bereits aus formellen Gründen wertlos sei. Dies gelte umso mehr, als zwei Gutachter für mehrere Gutachter stellen tätig seien, was gemäss Vorgabe des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) nicht zulässig sei. So wohl die Y.____ wie auch die IV-Stelle hätten gegen diese Vorschrift verstossen, was zur formellen Ungültigkeit des Gutachtens führe. Weiter habe die psychiatrische Begutachtung nur gerade 80 Minuten gedauert, eine Auseinandersetzung mit den Vorakten habe nicht stattgefunden. Aus rheumatologischer Sicht sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, wenngleich nach wenigen Minuten eine Taubheit der linken unteren Extremitäten aufgetreten und auf radiologischer Ebene Gebrechen an der Wirbelsäule festgestellt worden seien.

Dies sei angesichts dessen, dass der Krankentaggeldversicherer während der maximalen Dauer von 700 Tagen Taggelder ausgerichtet habe, ungläubwürdig. Sodann bagatellisiere der neurologische Gutachter, indem er von einer Unauffälligkeit per se spreche, was aktenausweislich (MRI vom 16. September 2020) nicht der Fall sei. Unseriös sei weiter, dass keine Empfehlung zur Durchführung einer neuropsychologischen Begutachtung ausgesprochen worden sei, auch erstaune, dass trotz Behauptung des Neurologen, wonach

die Defizite als Folge psychischer Interferenzen zu werten seien, die psychiatrische Gutachterin dies nicht thematisiert habe. Dies zeige auf, dass keine Konsensbeurteilung stattgefunden haben könne. Die internistische Begutachtung habe sodann nur 34 Minuten gedauert, in dieser kurzen Zeit sei eine seriöse Abklärung nicht möglich, auch sei die mittelschwere Schlafapnoe-Hypopnoe nicht berücksichtigt worden, weshalb die Begutachtung unvollständig sei.

Sicher sei, dass er seine angestammte Tätigkeit als Lagerist, bei welcher er Gewichte von mehr als 25 Kilogramm zu stemmen habe, nicht mehr ausüben könne. Selbst unter Beachtung des Gutachtens der Y.____ habe er, aufgrund der Arbeitsunfähigkeit ab April 2020, ab 1. Mai 2021 bis Ende März 2023 Anspruch auf eine angemessene Invalidenrente. Unter Berücksichtigung der verhaltensneurologisch-neuropsychologischen Untersuchung, welche eine Erwerbsunfähigkeit von bis zu 70% ergeben habe, des klar ausgewiesenen psychischen Leidens sowie der mit teils schweren Schlafapnoe-Hypopnoe habe er auch nach März 2023 weiterhin Anspruch auf eine unbefristete angemessene Invalidenrente. Eventualiter sei aufgrund der aufgezeigten formellen und materiellen Mängel am Gutachten der Y.____ ein neutrales, umfassendes polydisziplinäres Gerichtsgutachten in den Disziplinen Psychiatrie, Pneumologie, Orthopädie, Allgemeine Innere Medizin, Neurologie sowie Neuropsychologie einschliesslich einer EFL-Testung anzuordnen (Urk. 1). 3. 3.1

Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Gutachten der Y.____ vom 23. März 2023 (Urk. 7/48). Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, führten darin keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 7/48 S. 9). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter die folgenden (Urk. 7/48 S. 9): - Status nach endonasal-transsphenoidaler Exstirpation eines Prolaktinoms vom 28.04.2020 (ICD-10: D35.2) - anhaltende leichte Hyperprolaktinämie, mit Dostinex behandelt - Chronisches Spannungstyp-Kopfweg (ICD-10: G44.2) - Chronisch intermittierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5) - radiologisch Diskushernie LWK5/SWK1 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 links, mässige tieflumbale Spondylarthrose, Blockwirbelbildung BWK12/LWK1 und Degeneration der Iliosakralgelenke (MRI 08.12.2020 und Röntgen 17.01.2023) - residuelles radikuläres sensibles Ausfallssyndrom der Wurzeln L5 und S1 links - Seit einem Monat bestehende Rückenbeschwerden im infraskapulären Bereich beidseits (ICD-10: M54.6) - radiologisch beginnende Degeneration der Brustwirbelsäule (Röntgen 17.01.2023) - Anamnestic rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig unter Behandlung weitgehend remittiert (ICD-10: F33.4) - Adipositas mit BMI von 30.5 kg/m² (ICD-10: E66.01) - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.31) - Arterielle Hypertonie (ICD-10: I10) - Zöliakie anamnestic (ICD-10: K90.0) 3.2

In der allgemein-internistischen Beurteilung legte Dr. Z.____ dar, gemäss den vorliegenden Berichten bestehe eine CPAP-Intoleranz, sodass keine Behandlung des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms bestehe. Der Explorand klagte bei der Anamnese indes nicht über eine vermehrte Tagesmüdigkeit, auch bezüglich der Zöliakie beklagte er keine Beschwerden. Anamnestic bestehe eine arterielle Hypertonie, allerdings gebe der Explorand diesbezüglich keine Medikation an. Der Blutdruck sei leicht erhöht. Der

Explorand gebe an, das Ausüben der aktuellen Arbeit im Umfang von 40 % könne er sich weiter vorstellen, mehr sei nicht realisierbar, eine Büro Tätigkeit könne er sich nicht vorstellen.

Der Hausarzt habe eine Arbeitsfähigkeit von ein bis zwei Stunden pro Tag in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit attestiert, indes sei unklar, aufgrund welcher Diagnosen. Es bestünden keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit aus allermeisten internistischen Sicht jemals längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei (Urk. 7/48 S. 25 f.). 3.3

Dr. A. ___ berichtete aus psychiatrischer Sicht, der Explorand sei angemessen gekleidet und gepflegt, seine Stimme sei leise, das Sprechverhalten bedächtig, es bestünden jedoch keine pathologischen Auffälligkeiten. Der Blickkontakt werde gesucht und gehalten, Mimik und Gestik seien unauffällig. Während der Untersuchung sei kein Schmerz erleben erkennbar, das Kontaktverhalten sei offen und freundlich. Der Explorand sei allseits orientiert und bewusstseinsklar, die Konzentration könne für die Dauer des Gesprächs aufrechterhalten werden, es ergäben sich keine Hinweise für Störungen der Konzentration bei subjektiv beklagten Konzentrationsstörungen. Ebenfalls lägen keine Hinweise für Störungen der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit oder des Gedächtnisses bei subjektiv beklagter Vergesslichkeit vor. Der Explorand könne dem Gesprächsverlauf folgen und adäquat auf Fragen antworten. Als Befürchtung werde ein Unbehagen in geschlossenen Räumen angegeben, was jedoch zu keinen Einschränkungen führe, ebenfalls traten keine körperlichen Symptome auf. Zwangsgedanken oder -handlungen seien nicht explorierbar, affektiv sei der Explorand weitgehend euthym, kurzzeitig sei er bei der Schilderung über den Verlust der Mutter affektlabil, fange sich jedoch rasch. Die Schwingungsfähigkeit sei zu Beginn leicht reduziert, im Verlauf, vor allem nach Beendigung des offiziellen Gesprächs, wo einige Minuten Smalltalk betrieben werde, unauffällig. Psychomotorisch sei er entspannt und ruhig, der Rapport sei herstellbar.

Der Explorand sei nach einer abgeschlossenen Lehre ins familieneigene Lebensmittelgeschäft eingestiegen, wo er seither arbeite. Im Jahr 2004 sei ein Prolaktinom festgestellt, jedoch noch nicht

behandelt worden. Aufgrund von objektiv eingeschätzter Suizidalität sei er während eines Jahres psychiatrisch behandelt worden, Akten lägen nicht vor. Er habe über Jahre mit vollem Pensum gearbeitet, jedoch unter den Folgen der Dostinex-Einnahme gelitten, insbesondere aufgrund von Kopfschmerzen und dem Gefühl, von innen aufgefressen zu werden. Nach der Operation habe er sein Arbeitspensum

bis auf 40 % steigern können, er habe das Gefühl, seine Arbeit ordentlich zu erledigen, gebe jedoch an, seine Vorgesetzten sähen dies nicht immer so. Aufgrund der verringerten Belastbarkeit könne er sich kein höheres Pensum vorstellen. Er sei in zweiter Ehe verheiratet und habe drei Kinder, er kümmere sich aktiv um deren Erziehung und Betreuung, bringe sie in die Kita, spiele mit ihnen, sei zuletzt im Herbst 2022 alleine mit ihnen mit dem Auto nach Bosnien gefahren. Nach einer Konfliktsituation im Jahr 2021 habe sich die Situation beruhigt, er stehe seither in ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung und nehme Wellbutrin ein, die Behandlung empfinde er als hilfreich.

Im Vordergrund des Beschwerdebildes stehe anamnestisch eine rezidivierende depressive Störung mit wahrscheinlich einer ersten Episode im Jahr 2007/2008 und einer weiteren Epi

so de im Jahr 2021. Zum Untersuchungszeitpunkt habe klinisch-phänomenologisch keine depressive Symptomatik festgestellt werden können, die Schwun gungs fähigkeit sei gegeben, es fänden sich keine formalgedanklichen oder kog ni tiven Auffälligkeiten. Die Angaben zu Tagesablauf und Aktivitäten würden auf kei ne relevanten Einschränkungen hinweisen, weshalb von einer weitgehen den Re mission der rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei. Die in den Vor akten aufgeführte generalisierte Angststörung könne nicht bestätigt wer den, der Explorand beklage keine entsprechenden Beschwerden. Ebenfalls er gäben sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung oder einer Ab hän gig keitserkrankung. Im Jahr 2021 sei der Explorand verhaltensneurolo gisch und neu ro psychologisch untersucht worden, wobei offenbar eine mittel gra dige neu ro psychologische Funktionsstörung diagnostiziert worden sei . Einige Auf fälligkeiten sowie die Tatsache, dass der Explorand über eher wenig Pro blem be wusstsein ver füge, könn ten im Rahmen der neuropsychologischen Fun ktions stö rung nach Hypo phy sen operation aufgetreten sein, diesbezüglich werde auf das neu ro lo gische Teil gut achten verwiesen. Zu empfehlen sei die Fortsetzung der psy cho therapeu tischen und psychopharmakologischen Behandlung. Vorübergehend und sicher zu Zeiten der stationären Behandlung habe eine Arbeitsunfähigkeit be standen, sicher seit dem Zeitpunkt der Untersuchung sei eine volle Ar beits fä hig keit anzu neh men

(Urk. 7/48 S. 33-37). 3.4

Im orthopädischen Teilgutachten führte Dr. B.____ aus, spontan gebe der Explo rand an, heute ein bisschen Rückenbeschwerden zu haben. Es würden auf der lin ken Seite Ausstrahlungen über den dorsalen Ober- und Unter schen kel erfolgen, doch bestehe auch am lateralen Vorfuss eine Gefühlsstörung. Zurzeit sei der un tere Rückenabschnitt nicht betroffen, wenn der Nerv indes ent zündet sei, könne er sich nicht bewegen, weshalb er Physiotherapie durchführe. Er entwickle lang sam Kniebeschwerden links, Untersuchungen seien noch keine erfolgt. Täglich trete Kopfweh auf, ansonsten sei alles gut. Bei gewissen Bewegungen wie etwa beim Aufstehen aus liegender Position müsse er sich konzentrieren, sitzende oder kniende Positionen ertrage er aufgrund der Taubheit des linken Beines nicht länger, grössere Strecken könne er indes durchaus laufen. Er verzichte auf Anal getika, habe auf wiederholt am Rücken erhaltene Infiltrationen vorübergehend gut angesprochen. Die letztmals vor wenigen Wochen erfolgte Physiotherapie ha be zu einer gewissen Erleichterung geführt, er werde weder orthopädisch noch neurochirurgisch oder rheumatologisch betreut. Bei der Untersuchung der Wir bel säule zeige sich die Beweglichkeit zervikal etwas vermindert, in den üb rigen Ab schnitten frei, auch an den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine freie Aus lenkung. Die gesamte ausführliche Untersuchung könne bei guter Koope ration im Stehen, Gehen, Liegen und Sitzen problemlos durchgeführt werden, es kom me ganz offensichtlich zu keinem höhergradigen Leidensdruck im Bereich der Wirbelsäule, wohl aber etwa im Sitzen mit hängenden Beinen zur Taubheit der linken unteren Extremität. In guter Übereinstimmung mit den anamnes tischen Angaben liessen sich im tieflumbalen und iliosakralen Bereich keine hö her gradigen Veränderungen abgrenzen ; inwieweit die anamnestisch intermittier end auftretende linksseitige Ischialgie auf neurologischem Fachgebiet eine Ent sprechung finde, stelle Gegenstand des entsprechenden Teilgutachtens dar. Die thorakal sowohl dorsal als auch ventral angegebenen Beschwerden könnten auf Ebene des Bewegungsapparates nicht klar zugeordnet werden. Der Einschätzung von Dipl. med. D.____ , Facharzt für Rheumatologie und für All ge meine In nere Medizin , vom 12. Februar 2021, welcher

seitens sämtlicher Wirbelabschnitte eine freie Beweglichkeit ohne Schmerzprovokation samt angelegter Fazettensymptomatik bei lumbaler Extension dokumentiert habe, könne aufgrund der heutigen Untersuchung im Sinne einer bezüglich der klinischen Untersuchung von Stamm und Extremitäten weitestgehend unauffälligen Befundes gut gefolgt werden. Für körperlich leichte und mittelschwere Verrichtungen, wie sie der Explorand anamnestisch weiterhin ausübe, bestehe auf Ebene des Bewegungsapparates eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, auch in der Vergangenheit habe für derartige Tätigkeiten keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung bestanden (Urk. 7/48 S. 39 und S. 44-47) . 3.

E. 5

ATSG sieht

in der seit 1. Januar 2022 geltenden Fassung ausdrücklich vor, dass die Fachdisziplinen bei polydisziplinären Gutachten von der Gutachterstelle abschliessend festgelegt werden. Darüber hinaus stellt die neuropsychologische Abklärung lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, wohingegen es Aufgabe des psychiatrischen und/oder des neurologischen Facharztes ist, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung aller relevanten neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_282/2023 vom 28. August 2023 E. 4.2.8; 8C_380/2022 vom 27. Dezember 2022 E. 10.2.1). Vorliegend erachteten die Gutachter eine Begutachtung in der Fachdisziplin Neuropsychologie nicht als notwendig (vgl. auch E. 3.8), was angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdeführer sowohl von einem Facharzt für Neurologie wie auch von einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychologie begutachtet wurde, welche im Rahmen ihrer eigenen Untersuchungen keine kognitiven Auffälligkeiten beschrieben und sich dabei auch

mit dem Bericht des Zenitums G.____ vom 21. Januar 2021 (Urk. 7/27) auseinandersetzen, nicht zu beanstanden ist (vgl. E. 3.3 und E. 3.5). Das selbe gilt für die unterlassene Begutachtung in der Fachdisziplin Pneumologie. Die Schlafapnoe-Hypopnoe wurde – wie die Gutachter zu Recht ausführten (vgl. E. 3.8) – im Rahmen des internistischen wie auch des neurologischen Teilgutachtens diskutiert

(vgl. E. 3.2 und E. 3.5), ihr jedoch kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen. Wie dem neurologischen Teilgutachten – und auch dem internistischen Teilgutachten (vgl. 3.2) – zu entnehmen ist, klagte der Beschwerdeführer subjektiv über keine dadurch bedingten Einschränkungen respektive Beschwerden, sondern merkte an, er versuche, länger zu schlafen. Darüber hinaus gab er an, nach Einnahme des Dostinex sei er am Nachmittag und manchmal am Folgetag sehr müde (E. 3.5).

Damit übereinstimmend

hielten die Ärzte am Spital E.____ im Bericht vom 16. November 2022 (Urk. 7/41) fest, für den Beschwerdeführer bestehe ungeachtet der im Rahmen einer Polysomnographie gezeigten Schlafapnoe-Hypopnoe

ein klare Assoziation zwischen der Müdigkeit und der Therapie mit Dostinex, es sei unwahrscheinlich, dass die Müdigkeit nur im Rahmen der Schlafapnoe bestehend sei. Der Beschwerdeführer habe die CPAP-Therapie nicht getragen, wünschendes keine Unterkieferprotrusionsschiene, weshalb ihm eine Gewichtsreduktion sowie die Verminderung der Rückenlage empfohlen worden sei. Es seien keine weiteren Termine mehr geplant,

der Fall werde abgeschlossen. 4.2. 4

Was die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Lagerist anbelangt, ist dem Arbeitgeberbericht vom 17. Januar 2023 (Urk. 7/45) zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer während der Ausführung seiner Tätigkeit primär leichte Lasten zwischen 0 und 10 Kilogramm zu heben oder zu tragen hat, manchmal mittel schwere Lasten zwischen

E. 10

und 25 Kilogramm und nur selten schwere Lasten von über 25 kg (Urk. 7/45 S. 3). Gegenüber Dr. C.____ gab der Beschwerdeführer über dies selber an, er habe keine schweren Lasten zu tragen respektive es stünden ihm dafür Maschinen zur Verfügung (vgl. E. 3.5). Dass der neurologische Gutachter folglich davon ausging, bei der angestammten Tätigkeit handle es sich um eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, welche dem Beschwerdeführer angesichts der nicht vorhandenen relevanten Funktionsstörungen vollumfänglich zumutbar sei,

ist nicht zu beanstanden. Dies gilt umso mehr, als er überdies fest hielt, über wiegend mittelschwere bis schwere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer gegenüber nicht zumutbar.

Anzumerken ist mit Blick auf das neurologische Teilgutachten zudem, dass Dr. C.____ keineswegs bagatellierte, wie dies der Beschwerdeführer moniert. Der Gutachter hielt unter Bezugnahme auf die Vorakten einzig fest, sowohl das Zerebrum als auch das Hirnparenchym seien in den MRI-Untersuchungen als normal respektive unauffällig beschrieben worden (vgl. E. 3.5). Im MRI vom 16. September 2020 (Urk. 7/12 S. 119) wurde denn auch über ein mögliches minimales residuelles Adenomgewebe berichtet, zudem über eine unveränderte Darstellung der physiologischen Hypophyse, eine regelrechte Darstellung des Hypophysenstiels, eine unauffällige Darstellung des Chiasma opticum und der Nervi optici so wie des Sinus cavernosus links. Ebenso wurden ein regelrechter intrakranieller Befund ohne Hinweis auf entzündliche, vaskulär assoziierte oder maligne Tumoren sowie eine regelrechte Weite der inneren und äusseren Liquorräume dokumentiert, postoperativ sei im ehemaligen operativen Zugangsweg noch eine Schleimhautverdickung erkennbar, die übrigen NNH sowie die Felsenbeine würden regelrecht belüftet.

Auch der im Jahr 2020 operierende Neurochirurg, Prof. Dr. med. H.____, Facharzt für Neurochirurgie, hielt in seinem Bericht vom 3. September 2021 (Urk. 7/24) fest, dem Beschwerdeführer gehe es knapp ein Jahr nach der transspenoidalen Exstirpation ordentlich gut, es ergäben sich keine Hinweise für ein grössenprogredientes Lokalrezidiv im Bereich des Sinus cavernosus rechts. Angesichts dessen handelt es sich bei den Ausführungen von Dr. C.____ keineswegs um eine Bagatellisierung, vielmehr er scheint seine Beurteilung «normal respektive unauffällig» schlüssig und nachvollziehbar. 4.2. 5

Auch die hinsichtlich des psychiatrischen Teilgutachtens vorgebrachte Kritik des Beschwerdeführers vermag nicht zu überzeugen. So trifft zunächst nicht zu, dass sich Dr. A.____ nicht mit den Vorakten auseinandersetzte. Vielmehr führte sie aus, die Diagnose einer depressiven Episode im Anschluss an die Konfliktsituation im Jahr 2021 könne nachvollzogen werden, offenbar sei damals keine medikamentöse Behandlung installiert gewesen, sodass keine relevante Symptomatik zum Austrittszeitpunkt angenommen werden könne. Die Diagnosestellung des aktuellen Behandlungsteams sei jedoch ungenau,

es würden sowohl eine Anpassungsstörung wie auch eine rezidivierende depressive Störung festgestellt. Bei einer Anpassungsstörung sei per definitionem keine erhebliche depressive Symptomatik anzunehmen, sodass die Diagnose bei Vorliegen erheblicher depressiver Symptome zu Gunsten einer depressiven Episode angepasst werden sollte. Zugunsten sei, dass die noch im April 2022 beschriebene mittelgradige bis schwere depressive Episode zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr festgestellt werden könne, gegen eine erhebliche depressive Symptomatik spreche auch die Tatsache, dass das Wellbutrin wie der reduziert worden sei. Die generalisierte Angststörung könne aufgrund der Angaben des Exploranden nicht bestätigt werden. Bei langjähriger unauffälliger Arbeitsanamnese und stabilen sozialen Kontakten ergäben sich zudem keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung (Urk. 7/48 S. 35).

Entsprechend schloss Dr. A. ___ in Übereinstimmung mit den klinisch-diagnostischen Leitlinien das Vorliegen einer generalisierten Angststörung bei gleichzeitig beschriebener mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode zu Recht aus (vgl. auch Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikationen psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, Bern 2015, S. 198 f. und S. 209-211). Angesichts der von Dr. A. ___ erhobenen weitgehend unauffälligen Befunde (Urk. 7/48 S. 33 f. und S. 35 f.) erscheint überdies nachvollziehbar, dass sie festhielt, im Untersuchungszeitpunkt habe klinisch-phänomenologisch keine depressive Symptomatik festgestellt werden können, zumal die Schwingungsfähigkeit gegeben sei, sich keine formalgedanklichen oder kognitiven Auffälligkeiten ergäben und die Angaben zu Tagesablauf und Aktivitäten auf keine relevanten Einschränkungen hinweisen würden (vgl. E. 3.3). Damit übereinstimmend diagnostizierte auch Dr. F. ___ in seinem nach Erstattung des Gutachtens beigebrachten Bericht vom 15. Juni 2023 (Urk. 7/65) einzig einen Verdacht auf eine organische Persönlichkeitsstörung. Letztere Diagnosestellung vermag indes – wie von den Gutachtern zutreffend ausgeführt (vgl. E. 3.8) – nicht zu überzeugen, zumal Dr. C. ___ im neurologischen Teilgutachten gerade keine Befunde erhob, welche hirnorganische Einschränkungen begründen könnten (vgl. E. 3.5).

Schliesslich beschrieb

Dr. A. ___

in ihrem Teilgutachten keine kognitiven Auffälligkeiten respektive Einbusen, weshalb sich die von Dr. C. ___ in den Raum gestellte Möglichkeit von psychischen Interferenzfaktoren gerade nicht bestätigten. Inwiefern dieser Umstand so dann, wie vom Beschwerdeführer vorgebracht, darauf schliessen lasse, dass keine Konsensbeurteilung stattgefunden habe, ist nicht ersichtlich. 4.2. 6

Weiter kann aus einer verhältnismässig kurzen Dauer eines Explorationsgesprächs nicht von vornherein auf eine unsorgfältige oder gar unseriöse Abklärung geschlossen werden, zumal es für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichtes praxisgemäss nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei wichtigste Grundlage der gutachterlichen Schlussfolgerungen die klinische Untersuchung bildet (vgl. dazu die Urteile des Bundesgerichts 8C_130/2023 vom 8. August 2023 E. 4.4.4; 8C_354/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 4.2). Anhaltspunkte dafür, dass die psychiatrische Gutachterin oder der interdisziplinäre Gutachter die entsprechenden Vorgaben nicht beziehungsweise nur ungenügend beachtet haben, sind angesichts dessen, dass sowohl Dr. Z. ___ wie auch Dr.

A.____ eine Anamnese- und Befunderhebung durchführten, den Beschwerdeführer selber untersuchten, aus den erhobenen Befunden und in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den vorakten Diagnosen ableiteten und gestützt auf die anschliessende versicherungsmedizinische Beurteilung die Arbeitsfähigkeit festlegten, vorliegend jedenfalls nicht erkennbar. 4.2. 7

Aus dem Umstand, wonach der Kranken tag geldversicherer während der maximalen Dauer von 700 Tagen Taggelder ausgereicht habe, vermag der Beschwerdeführer ebenfalls nichts für sich abzuleiten, zumal für die Invalidenversicherung keine Bindung an eine vom Krankentaggeldversicherer allfällige festgestellte Arbeitsunfähigkeit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_905/2014 vom 17. Februar 2015 E. 5). Darüber hinaus hielt Dr. B.____ im orthopädischen Teil gutachten fest, nämlich der Untersuchung der Wirbelsäule zeige sich die Beweglichkeit zervikal etwas vermindert, in den übrigen Abschnitten jedoch frei, auch an den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine freie Auslenkung, es komme ganz offensichtlich zu keinem höhergradigen Leidensdruck im Bereich der Wirbelsäule, gemäss Angaben des Beschwerdeführers indes im Sitzen mit hängenden Beinen zur Taubheit der linken unteren Extremität. Indes liessen sich in guter Übereinstimmung mit den anamnestischen Angaben im tieflumbalen und ilio sakralen Bereich keine höhergradigen Veränderungen abgrenzen. Die thorakal so wohl dorsal als auch ventral angegebenen Beschwerden könnten auf Ebene des Bewegungsapparates nicht klar zugeordnet werden

(vgl. E. 3.4). Dass Dr. B.____

unter Berücksichtigung dieser Befunde keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte, ist folglich nicht zu beanstanden. Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer selber angab, keine Schmerzmittel einzunehmen, weder in orthopädischer noch in rheumatologischer oder neurochirurgischer Behandlung zu stehen, es seinem Rücken zurzeit gut gehe, es zwar manchmal bei längerem Verharren in der gleichen Stellung zu einem Ameisenlaufen komme, dieses indes wieder verschwinden würde, wenn er die Stellung wechsele, und es sich bei der Angabe, wonach es im Sitzen mit hängenden Beinen zur Taubheit der linken unteren Extremität komme, lediglich um eine subjektive Angabe handelt (E. 3.4 f.). 4.2.8

Was schliesslich das Vorbringen des Beschwerdeführers

anbelangt, aufgrund der konsensual attestierten Arbeitsunfähigkeit stehe ihm eine Invalidenrente zu, ist anzumerken, dass sich diese Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit als widersprüchlich im Vergleich zu den einzelnen Teilgutachten erweist (vgl. Urk. 7/48 S. 10), weshalb ihr nicht gefolgt werden kann. Wie aus den einzelnen Teilgutachten ersichtlich ist, attestierten die Gutachter dem Beschwerdeführer weder aus internistischer noch aus orthopädischer oder neurologischer Sicht – auch in der Vergangenheit – eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.2, 3.4 und 3.5), was angesichts des vorstehend Ausgeführten (vgl. E. 4.2.3-4.2.7) nachvollziehbar und schlüssig ist. Einzig Dr. A.____ hielt aus psychiatrischer Sicht fest, zu Zeiten der beiden stationären Behandlungen habe sicher eine Arbeitsunfähigkeit bestanden, eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit attestierte allerdings auch sie nicht (vgl. E. 3.3).

Vor dem Hintergrund, dass sich der Beschwerdeführer akuten ausweislich von 7. April bis 20. April 2021 (Urk. 7/27 S. 11 -15) sowie von 3. Mai bis 10. Juni 2021 (Urk. 7/22 S. 7 -9) in stationärer Behandlung befand, attestierte ihm Dr. A.____

während dieser Zeit zu Recht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dennoch vermag dies keinen Rentenanspruch zu begründen, geht doch aus den schlüssigen Teilgutachten klar hervor, dass der Beschwerdeführer nicht, wie von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG

gefordert, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen ist. Entsprechend fehlt es an der Anspruchsvoraussetzung der erfüllten Wartezeit von einem Jahr, weshalb der Beschwerdeführer für die Zeit ab Mai 2021 keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Dass hinsichtlich der attestierten Arbeitsunfähigkeit von der Konsensbeurteilung abzuweichen ist, führt im Übrigen nicht zur Beweisuntauglichkeit des ganzen Gutachtens.

Die vorliegenden Teilgutachten sind als schlüssig zu bezeichnen, weshalb ihnen voller Beweiswert zuzuerkennen ist, woran sich nichts ändert, dass einem weiteren Teil des Gutachtens – vorliegend der Konsensbeurteilung – die Beweiskraft fehlt (vgl. dazu BGE 143 V 124 E. 2.2.4). 4.2.9

Nach dem Gesagten erweisen sich die Vorbringen des Beschwerdeführers als un begründet, weshalb auf die beweiskräftigen

Teilgutachten abzustellen ist.

Da die vorhandenen Akten somit eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlauben, sind von medizinischen Weiterungen keine entscheidungsrelevanten Aufschlüsse zu erwarten. Die vom Beschwerdeführer beantragte Einholung eines polydisziplinären Gerichtsgutachtens (Urk. 1 S. 2) ist deshalb nicht erforderlich (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5). 4.3

Zusammenfassend ist mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist.

Bei dieser Ausgangslage kann auf einen Einkommensvergleich verzichtet werden. 5.

Die angefochtene Verfügung vom 29. Januar 2024 (Urk. 2) ist somit nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 6.

Die Verfahrenskosten sind auf Fr. 700.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi - 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, zuzu stellen.

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 PhilippBöhme

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