

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00173 vom 8. Juli 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-07-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00173

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00173 du 8 juillet 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00173 del 8 luglio 2025

Erwägungen

E. 1

Der 1967 geborene X.____ war zuletzt vom 1. Januar 2000 bis 28. Februar

2005 - wobei der letzte effektive Arbeitstag der 3. März 2003 war - als Zimmermann in einem vollen Pensum tätig (Urk. 7/6 , Urk. 7/48/4 f.) . Seither war er nicht mehr arbeitstätig. Am 5. April 2004 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte erstmals unter Hinweis auf ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk.

7/

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 Dezember 2020 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Juni 2021 ausgerichtet 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 dieser Version wiedergegeben, 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

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

E. 1.4

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.

E. 1.5

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; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanmeldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und

bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.7

). Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Auseinandersetzung mit den relevanten medizinischen Akten abgegeben. Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend

und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach vollziehbar . 4.3

Die psychiatrische Gutachter in stützte ihre Beurteilung vorliegend in erster Linie auf die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung sowie auf die vorhandenen Akten.

Das Gutachten geht insgesamt von negativen Leistungsverzerrungen , speziell im Rahmen des neuropsychologischen Testverfahrens aus und beschreibt Inkonsistenzen mit fehlender Plausibilität in der Beschreibung der Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen in fast allen Fachgebieten. Weder die geltend gemachten affektiven noch die kognitiven Defizite erschienen authentisch und seien auch objektiv nicht nachzuweisen.

Es wurde eine absichtsvoll-appellative Verweigerungshaltung

beschrieben. Die psychiatrische Gutachter in gelangte zum Schluss , dass sich aufgrund der nicht authentischen Beschwerdeschilderung keine Diagnose aus dem psychiatrischen Fachgebiet feststellen lasse . Zudem wies sie auf psychosoziale Belastungsfaktoren, eine Dekonditionierung und eine mangelnde Motivation/Anstrengungsbereitschaft hin, welche auch von den behandelnden Ärzten und den Vorgutachtern beschrieben worden seien .

Es bestehe ein als nicht authentisch zu wertendes Beschwerdebild und eine deutliche Aggravation (Urk. 7/209 S. 143 ff.). 4. 4

Der Beschwerdeführer rügt, die Gutachter gingen leichtfertig von Aggravation aus (Urk. 1 S.

14).

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstruktion, die eindeutig über die blossе (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung hinausgeht, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Ob ein Ausschlussgrund gegeben ist, bedarf einer sorgfältigen Prüfung auf möglichst breiter Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteile des Bundesgerichts 9C_658/2018 vom 11. Januar 2019 E. 4.1, 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.3, in: SVR 2015 IV Nr. 38 S. 121; vgl. auch Urteil 9C_621/2018 vom 27. November 2018 E. 5.3.3).

In diesem Zusammenhang ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich

Ermessenszüge trägt. So kommt Expertinnen und Experten bereits bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens immer ein gewisses Ermessen zu. Entscheidend ist grundsätzlich nicht die Anwendung einer bestimmten Methode, sondern vielmehr, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist .

Insbesondere die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_517/2021 vom 10.

Juni 2022 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Davon ist vorliegend auszugehen.

Was den Beobachtungszeitraum

für das

aggravatorische bzw. verdeutlichende Verhalten des Beschwerdeführers betrifft, ist festzuhalten , dass er schon mehrfach psychiatrisch begutachtet wurde. Wie im aktuellen A.____ - Gutachten vom 18.

September 2023 wurde n bereits im MEDAS - Gutachten vom 16. September

2019 in der neuropsychologischen Untersuchung nicht authentische kognitive Minderleistungen bei negativer Leistungsverzerrung festgestellt. Die Ergebnisse in den Symptomvalidierungstests wurden als Hinweis auf eine Verdeutlichung oder Aggravation /Simulation

gewertet . Auch in der damaligen psychiatrischen Untersuchung wurden Inkonsistenzen beschrieben .

So erschienen weder die geltend gemachten affektiven noch die kognitiven Defizite authentisch und waren auch objektiv nicht nachzuweisen (vgl. vorne E.

3.2). Auch anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung in der Klinik F.____ vom 12.

August 2021 wurde eine mangelnde Kooperabilität und ein auffälliges Leistungsvalidierungs verfahren festgehalten (Urk.

7/183). Bisher haben sämtliche psychiatrischen Gutachter auf eine nicht authentische Beschwerdeschilderung hingewiesen und Inkonsistenzen und teilweise auch Verdeutlichung oder Aggravation beschrieben.

Letztlich kann offen bleiben , ob lediglich ein

(unbewusstes) verdeutlichendes Verhalten oder eine Aggravation vorliegt, zumal k e ine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

von den Gutachtern gestellt werden konnte . 4. 5

Soweit sich der Beschwerdeführer auf die diametral abweichenden Einschätzung en der behandelnden Ärzte des medizinischen Zentrums C.____ und der psychiatrischen Universitätsklinik B.____

beruft (Urk.

1 S.

11) , ist darauf hinzu weisen , dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits es nicht zulässt , ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 370/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 7.2 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer legt nicht dar, inwiefern ein solcher Tatbestand gegeben sein soll.

Bereits im Y.____ -Gutachten vom 21.

Dezember 2010 wurde festgehalten, aus psychiatrischer Sicht sei keine versicherungsmedizinisch relevante Diagnose zu konstatieren. Die beim Beschwerdeführer bestehenden Störungen lägen vornehmlich im psychosozialen Bereich. Es ergäben sich gewisse Hinweise auf eine Symptomverdeutlichung und Selbstlimitierung (Urk. 7/44 S. 13 und S. 15). Im MEDAS - Gutachten vom 16.

September 2019 wurde ausgeführt, dass

sich keine Hinweise für eine depressive Störung ergäben . Die geltenden diagnostischen Kriterien seien zu keinem Zeitpunkt von den behandelnden Psychiatern überzeugend dargelegt worden .

Die erhöhte Selbstaufmerksamkeit des Beschwerdeführers verbunden mit einer Selbstlimitierung sei im Verlauf auch therapeutisch begünstigt und gefestigt worden. Statt nach entsprechenden Förderfaktoren zu suchen und eine resilienzorientierte Therapie zu etablieren, seien im Verlauf vorwiegend negative Prognosen aufgestellt sowie schwere, jedoch nicht belegbare psychische Störungen präsentiert worden (vgl. oben E.

3. 2).

Im A.____ - Gutachten wurde festgehalten, dass die behandelnden Ärzte wiederholt die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, seit 2005 (F33.2) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, seit Jahren (F45.41), genannt hätten, obwohl auch gleichzeitig immer wieder die psychosozialen Belastungsfaktoren, die Dekonditionierung und auch eine mangelnde Motivation/Anstrengungsbereitschaft erwähnt worden seien . Die vergebenen Diagnosen könnten nicht nachvollzogen werden (Urk.

7/209 S.

150).

Wichtige Aspekte, die bei der aktuellen Begutachtung unberücksichtigt geblieben worden wären, sind nicht ersichtlich. 4. 6

Wie im psychiatrischen Teilgutachten ausgeführt wird (Urk.

7/209 S.

144

f.), eignet sich das Mini-ICF-APP Rating zur quantifizierenden Beurteilung eines aktuellen Fähigkeitsniveaus von Personen mit psychischen Störungen. Mit Hilfe des Ratings soll eingeschätzt werden, in welchem Ausmass eine Person in ihren Fähigkeiten zur Durchführung von Aktivitäten beeinträchtigt ist. Dabei geht es um die Objektivierung von Fähigkeitsstörungen, wie sie insbesondere mit psychopathologischen Funktionsstörungen einhergehen. Da der Beschwerdeführer subjektiv fast alle seine Fähigkeiten als völlig aufgehoben erachtet, erweist sich dieses Beurteilungsinstrument - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk.

1 S.

12) - vorliegend als nicht aussagekräftig .

In einem testmässigen Erfassen der Psychopathologien kann im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend ist. Es liegt im Ermessen der medizinischen Fachperson, ob sie psychologische Tests durchführen will (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_370/2020 vom 15.

Oktober 2020 E.

5.2). 4. 7

Der

Bericht «Arbeitsorientierte Ergotherapie» vom 13. Januar 2021

begründet die vom Beschwerdeführer geäusserten kognitiven Einschränkungen mit einer psychischen Erkrankung (Urk.

7/177) . Dieser Bericht

erweist sich vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Symptomvalidierungstests in den neuropsychologischen Untersuchungen

und der fehlenden psychiatrischen Diagnose

als nicht aufschlussreich . 4.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 28. Dezember 2020 eingetreten. Es gilt somit zu prüfen, ob im massgebenden Zeitraum zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 25. Februar 2020 (Urk. 7/1 59) und der angefochtenen Verfügung vom 14. Februar 2024 (Urk. 2) eine anspruchsbegründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist.

E. 3.2

Die rentenabweisende Verfügung vom

25. Februar 2020 basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem von der Beschwerdeführerin veranlassten polydisziplinären Gutachten (Allgemeine Innere Medizin/Orthopädie/Psychiatrie/Neuropsychologie) der MEDAS Z. ___ vom 16. September 2019 (Urk. 7/147).

Darin wurde die folgende Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit genannt (Urk. 7/147 S. 5 f.) : - Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei/mit - leichten degenerativen Veränderungen der LWS mit Chondrose LWK 4/5 mit Diskusbulging , Anulus fibrosus -Riss medial mit rezessaler Enge beidseits mit möglicher Reizung der L5 Wurzeln, aber ohne jegliche Kompression neurogener Strukturen (MRI vom 27.08.2018) - Status nach lumbalem Verhebetauma 14.02.2003

Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt: - Cervicalgien bei degenerativen Veränderungen der HWS (MRI vom 21.11.2018) - mit leichten intermittierenden Beschwerden bei Einengung der Intervertebralforamina C3/4, C5/6, C6/7 und C7/Th1 - Beschwerdefreiheit bei beginnender Omarthrose links und leichter Enthesiopathie der Supraspinatussehne - chronische rezidivierende Refluxösophagitis seit 2007 - vorbekannte kleine Hiatusgleithernie - chronische Gastritis Typ B (2014) - Status nach Eradikation 2014 - funktioneller Schwindel (2006 neurologisch blande) - kein Anhalt für eine signifikante koronare Herzkrankheit (Herz CT 2017) bei/mit positiven kardiovaskulären Risikofaktoren: - fraglicher Diabetes mellitus Typ 2 – zurzeit unauffälliger Blutzucker und HbA1c - Adipositas II° (BMI 37,4) - ausgeprägter Bewegungsmangel - früherer Nikotingenuss (ca. 15 yrs) - gemischte Fettstoffwechselstörung mit Hypertriglyceridämie , grenzwertigem Serumcholesterin und erniedrigtem HDL-Cholesterin - Mikrohämaturie unklarer Genese – unauffällige Spülzytologie (04/2019) - Lebersteatosis - Hinweise für latente Hypothyreose - nicht authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugeächtnis, Exekutivfunktionen, Orientierung, Rechnen, Sprache und Visuokonstruktion mit/bei: - negativer Leistungsverzerrung (Verdeutlichung oder Aggravation/Simulation) - Persönlichkeitsakzentuierung Z73.1 - Problemen in Bezug auf Schwierigkeiten der Lebensbewältigung Z 73

Es wurde ausgeführt, anlässlich der orthopädischen gutachterlichen Untersuchung habe der Beschwerdeführer vor allem lumbale Schmerzen beklagt. Die HWS Schmerzen seien nicht im Vordergrund gewesen. Klinisch habe sich ein normaler orthopädischer Status gefunden ausser einer leicht eingeschränkten LWS Beweglichkeit mit lokalen Druckdolenzen , jedoch ohne paravertebralen Hartspann und ohne radikuläre Zeichen. In der Rückschau der MRI Befunde seien seit 2003 bis zum letzten MRI der LWS vom August 2018 immer nur wenig degenerative Veränderungen dokumentiert. Die initial festgestellte kleine Diskushernie L5/S1 sei im MRI der LWS von 2018 nicht mehr darstellbar, es finde sich lediglich noch eine Chondrose LWK 4/5 mit Diskusbulging , ein Anulus fibrosus-Riss medial führe zu einer rezessalen Enge beidseits mit möglicher Reizung der L5 Wurzeln, aber ohne jegliche Kompression neurogener Strukturen . Es habe sich seit 2003 eigentlich sehr wenig verändert , ausser dass radiologisch nicht mehr das Segment L5/S1 betroffen sei, sondern das Segment L4/ 5. In den von den behandelnden Ärzten durchgeführten radiologischen Untersuchungen vom 21. November 2018 hätten sich normale Befunde des Neurocraniums, degenerative Veränderungen der HWS mit Einengung der Intervertebralforamina v.a. HWK 6/7 links hochgradig, HWK 5/6 links mässig, HWK 3/4 links mässig, HWK 6/7 und

HWK7/BWK1 mässig gefunden. Im Bereich der linken Schulter hätten sich Zeichen einer beginnenden Omarthrose sowie eine Entzündung der Supraspinatussehne gefunden. Der Beschwerdeführer habe jedoch geringe Beschwerden von Seiten der HWS und keine von Seiten der linken Schulter.

Internistisch hätten sich keine Erkrankungen gefunden, die hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit und des Therapieverlaufs bedeutsam wären.

Psychiatrische Berichte existierten seit 2007 und es habe sich zu einem späteren Zeitpunkt das Bild einer mittelgradigen depressiven Episode ergeben, wie vom medizinischen Zentrum C. ___ berichtet worden sei. Die Angaben einer chronischen, therapieresistenten affektiven Erkrankung mit steter Verschlechterung seit 2007 seien weder anamnestisch noch aus den vorliegenden Berichten nachvollziehbar. Es ergäben sich keine Hinweise für eine depressive Störung, erst recht nicht für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Hierzu fehlten die Anamnese und auch die geltenden diagnostischen Kriterien, die zu keinem Zeitpunkt von den behandelnden Psychiatern überzeugend hätten dargelegt werden können. Es bleibe auch völlig unklar, worauf die Diagnose einer PTBS im Jahr 2018 basiert habe. Auch aktuell könne nicht von einer depressiven Störung ausgegangen werden, es lägen auch keine relevanten kognitiven Defizite vor, wie sich in der neuropsychologischen Untersuchung gezeigt habe. Es seien neuropsychologisch nicht authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugeächtnis, Exekutivfunktionen, Orientierung, Rechnen, Sprache und Visuokonstruktion mit/bei negativer Leistungsverzerrung (Verdeutlichung oder Aggravation/Simulation) nachgewiesen worden. Einzelne Inkonsistenzen seien auch im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung nachzuweisen gewesen.

Es bestünden vielfache Inkonsistenzen. So fänden sich Inkonsistenzen zwischen den orthopädischen und radiologischen Befunden und den Beschwerden. Zudem nehme der Beschwerdeführer die Medikamente nicht oder nur teilweise ein, was in den Medikamentenspiegeln evident sei. Insgesamt sei von negativen Leistungsverzerrungen, speziell im Rahmen des neuropsychologischen Testverfahrens auszugehen, es seien aber auch Inkonsistenzen mit fehlender Plausibilität in der Beschreibung der Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen im Verlauf der Behandlung in fast allen Fachgebieten feststellbar. Weder die geltend gemachten affektiven noch die kognitiven Defizite erschienen authentisch und seien auch objektiv nicht nachzuweisen. Die Ursache für den langjährigen Verlauf scheine am ehesten in externen Anreizen zu liegen, welche die Grundhaltung des Beschwerdeführers verändert und eine anhaltende tendenziöse Reaktion bei ihm ausgelöst hätten. Die erhöhte Selbstaufmerksamkeit verbunden mit einer Selbstlimitierung sei im Verlauf auch therapeutisch begünstigt und gefestigt worden. Statt nach entsprechenden Förderfaktoren zu suchen und eine Resilienz orientierte Therapie zu etablieren, seien im Verlauf vorwiegend negative Prognosen aufgestellt sowie schwere, jedoch nicht belegbare psychische Störungen präsentiert worden.

Für die Arbeitstätigkeit als Zimmermann (körperlich schwere rückenbelastende Tätigkeit) bestehe seit 2003 keine Arbeitsfähigkeit. Orthopädisch bestehe das folgende Zumutbarkeitsprofil: Das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 10 kg sei nicht mehr zumutbar wie auch Arbeiten verbunden mit Zwangshaltungen des Rumpfes und des Kopfes und Arbeiten in gebückter oder kniender Stellung und Arbeiten verbunden mit viel Treppensteigen, Gehen auf unebenem Grund, rein sitzende, rein stehende und rein gehende Arbeiten seien nicht mehr zumutbar. Internistisch bestehe kein negatives

Zumutbarkeitsprofil wie auch nicht aus psychiatrischer Sicht . Einfache Arbeiten seien gut möglich. Beim Beschwerdeführer könnten wegen der langjährigen Dekonditionierung zwar durchaus Schwierigkeiten bei der Anpassung an Regeln und Routinen sowie Flexibilität bestehen, auch wenn sein Alltag nicht bekannt sei und somit aktuell nicht beurteilt werden könne. Eine solche Dekonditionierung sei aber überwindbar, Motivation vorausgesetzt. Seine berufliche Kompetenz könne nicht angezweifelt werden, er sei selbstbehauptungsfähig, könne mit anderen kommunizieren und enge dyadische Beziehungen eingehen. Die Fähigkeit zu Selbstpflege und Selbstversorgung sei gegeben, das gleiche gelte für Mobilität und Verkehrsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht . Es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit seit 2003 (Urk. 7/147 S. 4 f f .).

E. 3.3

Der angefochtenen Verfügung vom 14. Februar 2024 lag insbesondere das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten der A.____ AG (Allgemeine Innere Medizin/ Orthopädie /Neurologie/Psychiatrie /Neuro psychologie) vom 18. September 2023 (Urk. 7/209) zugrunde.

Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/209 S. 13 f.) : - Chronisches Lumbalsyndrom (degenerativ), (ICD-10 M54.16) bei - leichten degenerativen Veränderungen der LWS mit Chondrose LWK4/5 mit Diskusbulging , Anulus fibrosus-Riss medial mit rezessaler Enge beidseits mit möglicher Reizung der L5 Wurzeln, aber ohne jegliche Kompression neurogener Strukturen (MRI vom 27.08.2018) - leichtgradige kognitive Störung (ICD-10 F06.7)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt (Urk. 7/209 S. 14) : - Diabetes mellitus Typ II, Erstdiagnose (ICD-10 E11.90) - HbA1c 10.6%, Glucosurie +++ - c chronische Schlafapnoe, ED 2021 Spital D.____ (ICD-10 G47.31) - Maskentherapie etabliert, aktuell Optimierung der Maske - Adipositas Grad II, BMI 36.5 kg/m² (ICD-10 E66.01) - Dyslipidämie (ICD-10 E78.9) - Nikotinabusus, sistiert (ICD-10 Z72.0) - chronische Gastritis und Refluxösophagitis bei kleiner axialer Hiatushernie (ICD-10 K29.5) - Dauertherapie mit einem Protonenpumpenblocker - c chronisches Lumbalsyndrom (ICD-10 M54.96) bei - St. p. Verhebetrauma LWS 2003 - keine mediane Diskushernie L5/S1 (01.04.2008), leichte Diskopathie L4/5 und L5/S1, Spondylarthrose L4/5/S1 (14.02.2008) - im Verlauf (MRI LWS 01/2014) Rückgang der diskogenen Raumforderung L4/L5 (gegenüber 2008), lediglich Diskusprotrusion , keine Nervenwurzelkompression; minimale mediane Diskusprotrusion L5/S1 ohne Nervenwurzelkompression - klinisch/elektrophysiologisch 2015 (E.____ Klinik): keine fokalneurologischen Defizite, Druckdolenz über den Facettengelenken mit Fokus L4/L5 - chronisches HWS-Syndrom bei degenerativen Veränderungen (ICD-10 M54.2) - bei mehrsegmentaler Spondylarthrose und Einengung der Intervertebralforamina C3/4, C5/6, C6/7 und C7/Th1 - myofaszielles Schmerzsyndrom Nacken/Schulter/Arm links (ICD-10 M79.09) - Senk-Spreizfuß beiderseits (ICD-10 Q66.8) - initiale Koxarthrose links (ICD-10 M16.9) - intermittierende Fußschmerzen links (anamnestisch) (ICD-10 M79.62) - bei Status p. OSG-Distorsionstrauma links am 12.05.2021 - unspezifischer Schwindel (ICD-10 R42) unklarer Aetiologie

Es wurde ausgeführt, im Vordergrund der subjektiven als auch der objektivierten Befunde stünden die orthopädischen und neuropsychologischen Diagnosen, welche in ihrer

Gesamtheit die Leistungsfähigkeit (und Arbeitsfähigkeit) beeinträchtigten.

Aus orthopädischer Sicht fänden sich einige Inkonsistenzen. Funktionseinschränkungen, die eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten, hätten in der klinischen orthopädischen Untersuchung nicht gefunden werden können. Die angegebene Schmerzintensität von bis 9/10 auf der numerischen Ratingskala bezüglich der LWS-Schmerzen könne unter Berücksichtigung der objektiven Befunde nicht nachvollzogen werden. Eine suffiziente Einnahme von Schmerzmitteln könne aufgrund der Nachfrage bei der Hausärztin nicht erfolgt sein. Die Therapieoptionen seien bei weitem nicht ausgeschöpft (Urk. 7/209 S. 16).

Auch in der neurologischen Untersuchung hätten sich Inkonsistenzen gezeigt, wie dies bereits auch bei früheren Begutachtungen beschrieben worden sei. So habe der Beschwerdeführer z.B. seinen Kopf mit einem grösseren Ausschlag rotieren können, als er Fragen verneint habe, während er bei der eigentlichen Untersuchung seinen Kopf kaum bewegen können (Urk. 7/209 S. 17).

Aus psychiatrischer Sicht lägen zahlreiche Inkonsistenzen und Unplausibilitäten vor. Insbesondere die vorgebrachten kognitiven Beschwerden könnten nicht nachvollzogen werden und die Beschwerdeschilderung sei dermassen vage und damit nicht nachvollziehbar auf ein psychiatrisches Krankheitsbild hinweisen, dass den Angaben des Beschwerdeführers hier nicht gefolgt werden könne. Es sei schlicht nicht glaubhaft, dass auf zahlreiche Fragen mit «ich weiss nicht» und ähnliches geantwortet werde. Dies sei anhand des klinischen Eindrucks auch nicht als depressiv einzuordnen. Laut Medikamentenspiegel würden die Medikamente zwar eingenommen, aber eine positive Wirkung lasse sich nicht feststellen. Der Beschwerdeführer wirke durchgehend passiv und motivationslos (Urk. 7/209

S. 17).

Neuropsychologischerseits habe von dem insgesamt alters- und bildungsentsprechend knapp durchschnittlich intelligenten Beschwerdeführer aufgrund der mangelnden Kooperationsbereitschaft kein konsistentes Leistungsbild erstellt werden können. Während einige kognitive Leistungsaspekte - soweit unter den besonderen Umständen erfassbar - im Normbereich anzusiedeln gewesen seien, hätten sich einige verhaltensneurologische Eigenheiten durchaus im Rahmen einer schmerzbedingten und affektiv unterlagerten Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit beschreiben lassen. Diese beziehe sich auf die attentionalmnestischen Leistungen und könne insgesamt – unter Bezugnahme auf die auswertbaren Testkomponenten – als leichtgradig interpretiert werden (ICD-10 F06.7). Unstimmig bleibe hierbei die Diskrepanz der Leistungsgüte zwischen verschiedenen Testleistungen, welche eigentlich die identische Domäne erfassten, sowie eine im Gegensatz zur geschilderten Passivität im Alltag zu kontrastierende teilweise rasche situative Anpassung der Testsituation, welche punktuell beobachtbar gewesen sei und somit eher eine absichtsvoll-appellative Verweigerungshaltung nahelege. Aufgrund der unvollständigen und in der Vergangenheit als nicht valide eingestuften Testergebnisse sei aus neuro-psychologischer Sicht keine Angabe über den zeitlichen Entwicklungsverlauf dieser Arbeitsfähigkeit möglich (Urk. 7/209 S. 17).

Aus interdisziplinärer Sicht

könne eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit als Zimmermann seit 2003 sowie eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % in einer angepassten Tätigkeit ex nunc

bestätigt werden (Urk. 7/209

S. 19).

Optimal sei aus orthopädischer Sicht eine wechselbelastende Tätigkeit (Stehen, Gehen und Sitzen zu annähernd gleichen Anteilen). Schweres Heben oder Tragen sei zu vermeiden. Beidhändiges Heben und Halten von Lasten bis 5 kg sei problemlos möglich, kurzzeitig und selten auftretend auch bis 10 kg. Arbeiten in Zwangshaltungen wie z.B. gebückte oder kniende Haltungen oder wiederholte Rotationen des Oberkörpers und Kopfes sollten vermieden werden. Die Möglichkeit zu flexiblen Pausen zur Distanzierung von den Schmerzen sollte gegeben sein. Aufgrund der insbesondere im attentionalen Bereich zutage getretenen Beeinträchtigung sowie des aktuell unbefriedigend therapierten Schlafapnoesyndroms seien aufsichtsbezogene Tätigkeiten, Chauffeur Tätigkeiten, Nachtschichten oder Arbeiten an gefährlichen Maschinen nicht geeignet (Urk. 7/209 S. 20). 4.

4.1

Unbestritten ist, dass in somatischer Hinsicht ein unveränderter Gesundheitszustand vorliegt. Streitig und zu prüfen ist, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse aus psychiatrischer Sicht wesentlich verändert haben. 4. 2

Das Gutachten vom 18.

September 2023 erfüllt die von der Rechtsprechung verlangten Anforderungen an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage (vgl. vorne E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

Nach dem Gesagten vermag der Beschwerdeführer keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens vom 18.

September 2023 aufzuzeigen .

Somit erweist sich das Gutachten als beweiskräftig und es kann darauf abgestellt werden . Der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt und von weiteren Untersuchungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, die geeignet wären, zu einem abweichenden Ergebnis zu führen. Somit besteht kein Anlass für zusätzliche medizinische Abklärungen . 4.

E. 9

Zusammenfassend ergibt sich, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers im massgebenden Zeitraum (vgl. E. 3.1) – wenn überhaupt – nur geringfügig verändert hat.

Was die aus neuropsychologischer Sicht attestierte schmerzbedingte und affektiv unterlagerte Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Umfang von 20 % betrifft, ist unklar, seit wann diese besteht (vgl. vorne E.

3.3).

Selbst wenn es sich dabei um eine im massgebenden Zeitraum eingetretene Veränderung handelte ,

besteht kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung , da der Invaliditätsgrad - entsprechend der zutreffenden Berechnung der Beschwerdegegnerin

(Urk. 7/221/3) -

weniger als 40 % beträgt .

Somit hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- 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. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jonas Steiner -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage des Doppels von Urk.

E. 10

- Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin
Arnold GramignaLeicht

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