

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00657 vom 14. April 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-04-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00657

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00657 du 14 avril 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00657 del 14 aprile 2025

Erwägungen

E. 1.1

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

Auf Grund der im Oktober 2016

anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung (Urk. 7/1) könnten allfällige Leistungen frühestens ab April 2017

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

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. 1.4

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. 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. 1.5

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.). 2.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. André Largier, am 13. November 2024 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm ab April 2017 eine zeitlich unbefristete angemessene Rente zuzusprechen und auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 7. Januar 2025 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 8. Januar 2025 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung aus, dem Beschwerdeführer sei die angestammte Tätigkeit seit dem 15. April 2016 nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit sei dagegen seit dem 12. Juni 2017 wieder zu 100 % möglich. In einer angepassten Tätigkeit könne ein gleich hohes oder höheres Einkommen generiert werden (wie in der angestammten Tätigkeit). Auch mit dem zusätzlichen Abzug von 10 % auf dem Einkommen mit Invalidität, welcher ab 1. Januar 2024 aufgrund einer Verordnungsänderung gewährt werden müsse, entstehe kein Anspruch auf Rentenleistungen (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, die Beurteilungen des orthopädischen und des psychiatrischen Gutachters vermöchten nicht zu überzeugen. So beschreibe der orthopädische Gutachter das Belastungsprofil nahezu identisch wie Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie und Kreisarzt der Suva, der nur die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die chronischen Beschwerden am rechten Fuss beurteilt habe, bestätige aber zusätzlich dazu eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch das chronische lumbogluteale Schmerzsyndrom links und die chronischen Beschwerden an den unteren Extremitäten. Er erkläre nicht, wie sich der bildgebend nachgewiesene erhebliche degenerative Befund im unteren Wirbelsäulenbereich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Es sei zu beachten, dass gemäss den Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung bei Erkrankungen der Lendenwirbelsäule ständiges oder überwiegendes Sitzen beeinträchtigt sein könne. Genau

diese Position sei indes im Zumutbarkeitsprofil beschrieben. Vor diesem Hintergrund erscheine der Einwand seines Hausarztes Dr. A.____,

welcher gemäss seinem Bericht vom 31. Mai 2024 eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit für zumutbar erachte, stichhaltig und berechtigt. Dies stimme im Übrigen mit der Einschätzung von PD. Dr. med. D.____, Facharzt für physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vom 27. Februar 2020 überein (Urk. 1 S. 5).

Der psychiatrische Gutachter beschreibe ihn retrospektiv seit 2019 als psychisch gesund. Auf die gegenteilige echtzeitliche Beurteilung der behandelnden Psychiaterin gehe er dabei nicht wirklich ein, sondern beschränke sich auf die These, dass das jahrelange Wahrnehmen psychiatrischer Termine weder das Vorliegen krankheitswertiger Diagnosen noch die Bescheinigung einer Minderung der Arbeitsfähigkeit begründen würden. Diese Argumentation sei sehr dürftig und reiche nicht aus, der behandelnden Psychiaterin zu unterstellen, dass sie über Jahre hinweg einen Patienten behandle, obwohl dieser gesund sei. Mit dem von der behandelnden Psychiaterin in den Berichten vom 25. Januar 2022 und 22. August 2023 beschriebenen Befund setze er sich nicht auseinander und behaupte aktenwidrig, sie habe erst im Bericht vom 22. August 2023 eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. Auf die Nebenwirkungen der verschriebenen Medikamente gehe er sodann nicht ein. Unverständlich erscheine schliesslich, weshalb er eine chronische Störung mit somatischen und psychischen Faktoren verneine, obwohl nahezu jede involvierte Arztperson die chronischen Schmerzen thematisiere (Urk. 1 S. 7).

Es sei aktenkundig, dass er an ausgeprägter Tagesmüdigkeit und Benommenheit als nicht vermeidbare Nebenwirkungen der regelmässig eingenommenen Medikamente leide. Da

diese aufgrund seiner Leiden eingenommen werden müssten, seien die Nebenfolgen rechtsprechungsgemäss invaliditätsbedingt und ergänzend abzuklären (Urk. 1 S. 7 f.).

Die Beschwerdegegnerin begründe mit keinem Wort, weshalb sie ihm anders als in der Verfügung vom 17. Dezember 2021 jeglichen Rentenanspruch abspreche. Auch das Gutachten der Z.____

rechtfertige die Meinungsänderung nicht. Die Beschwerdegegnerin habe auch unter diesem Aspekt den Sachverhalt ungenügend abgeklärt (Urk. 1 S. 9).

Was das Invalideneinkommen betreffe, habe der Durchschnittslohn im Kompetenzniveau 1 im Jahr 2016 nicht Fr. 5'962.--, sondern Fr. 5'340.-- betragen. Der Tabellenlohn sei zudem um einen Leidensabzug von mindestens 20 % zu kürzen. Bei einer medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit resultiere ein Invaliditätsgrad von 63 % und damit ein Anspruch auf eine unbefristete ganze Rente ab April 2017 (Urk. 1 S. 10).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ergänzte in der Beschwerdeantwort, das Gutachten vom 2. Mai 2024 erfülle die rechtlichen Anforderungen an beweismässige Expertisen. Auch die RAD-Stellungnahmen vom 6. Mai und 24. Juni 2024 seien schlüssig und nachvollziehbar. RAD-Arzt Dr. B.____ gehe auf die Stellungnahme von Dr. A.____ ein und lege klar dar, dass keine neuen Befunde vorlägen und im psychiatrischen Teilgutachten auf die Vorakten eingegangen werde. Sie sei also ihrem Auftrag nachgekommen und habe die notwendigen Abklärungen vorgenommen. Das Argument, dass sie von ihrer vorherigen Entscheidung ohne genügende Begründung abgewichen sei, sei daher nicht nachvollziehbar (Urk. 6 S. 2).

E. 2.4

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. 3. 3.1

3.1.1

Der Beschwerdeführer hatte laut den behandelnden Ärzten anlässlich des Unfalls vom 15. April 2016 ein Distorsionstrauma des rechten oberen Sprunggelenks mit osteochondralem Defekt an der lateralen Talusrolle und einer Partialruptur des Ligamentum deltoideum erlitten, worauf sie ihn zunächst konservativ behandelte (Urk. 7/10/20 ff.) und ihn darauf am 29. Januar 2017 bei Verdacht auf ein Sinus tarsi Syndrom operierte

(Urk. 7/10/11 ff.). Der Beschwerdeführer berichtete in der Folge weiterhin über starke Schmerzen im rechten Fuss, worauf die behandelnden Ärzte verschiedene Diagnosen stellten, unter anderem ein CRPS beziehungsweise Teilaspekte dieser Diagnose (Urk. 7/57/74, Urk. 7/57/281, Urk. 7/93/13, Urk. 7/96/1, Urk. 7/99/2), wobei eine neurologische Untersuchung am 30. Januar 2018 indessen keine Anhaltspunkte für ein neuropathisches Schmerzgeschehen ergab (Urk. 7/57/252). Weiter diagnostizierten sie eine chondrale Degeneration bis Grad IV im Bereich der lateralen Talusrolle und narbige Veränderungen im ventralen Anteil des Ligamentum deltoideum (Urk. 7/40/1, eine multifaktorielle Schmerzproblematik (Urk. 7/57/214) sowie ein nozizeptiv-neuropathisches Schmerzsyndrom am Fuss rechts (Urk. 7/93/9). Suva-Kreisarzt Dr. C.____, welcher den Beschwerdeführer am 23. November 2018 untersucht hatte, stellte dagegen die Diagnose einer belastungsabhängigen symptomatischen OSG-Arthrose mit schmerzhaft eingesteifter

Beweglichkeit des oberen und unteren Sprunggelenks und hielt die Kriterien einer CRPS nicht für erfüllt (Urk. 7/57/321).

Basierend auf diesen Unterlagen hielt das Sozialversicherungsgericht in seinem Urteil vom 6. März 2023 (IV.2022.00059) fest, es sei unstrittig und gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Schmerzsyndroms am rechten Fuss seit dem Unfall vom 15. April 2016 in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei und insbesondere seine bisherige Tätigkeit, welche häufiges Gehen und Stehen erfordere, dauerhaft nicht mehr ausüben könne (Urk. 7/131/16/ f.). 3.1.2

In somatischer Hinsicht diagnostizierten die behandelnden Ärzte zudem ein Lumbovertebralsyndrom (Urk. 7/85/1), eine chronische Periarthritis humeroscapularis vom SSP Typ II bei Partialruptur und AC-Gelenksarthrose (Urk. 7/122/26) sowie Hüftbeschwerden, wobei eine MRI-Untersuchung vom 17. Februar 2022 auf der rechten Seite eine Impingementkonfiguration vom Cam Typ, eine verminderte Antetorsion sowie einen kleinen Labrumriss an der Labrumbasis antero-superior und eine leichte Coxarthrose ergab (Urk. 7/126/1). Die Auswirkungen dieser Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers waren im Urteilszeitpunkt ebenso unzureichend abgeklärt, wie die psychische Situation des Beschwerdeführers (Urk. 7/131/18 f.) .

Zuletzt waren Berichte von Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

vom 5. November 2017, 27. September 2020, 1. August 2021 und 25. Januar 2022 (Urk. 7/45, Urk. 7/93, Urk. 7/103, Urk. 7/122/22 ff.) aktenkundig, worin sie zunächst eine Angst und Depression gemischt diagnostizierte (Urk. 7/45/2, Urk. 7/93/2) und ab Herbst 2021 von einer Verschlechterung des Zustandes sprach und eher vom Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode ausging (Urk. 7/122/24). Ihre Berichte erachtete das Sozialversicherungsgericht für den Nachweis einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die psychischen Beschwerden unter Berücksichtigung der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf

ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen ,

nicht als ausreichend, zumal sie jeweils auch die fachfremden körperlichen Einschränkungen berücksichtigte ; eine Arbeitsunfähigkeit

aus psychischen Gründen konnte indessen auch nicht abschliessend verneint werden (Urk. 7/131/19).

Insgesamt erwiesen sich die vorhandenen medizinischen Unterlagen für eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes und des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als nicht genügend, weshalb das Gericht eine polydisziplinäre Begutachtung als angezeigt betrachtete (Urk. 7/131/19). 3.2 3.2.1

Den von der Beschwerdegegnerin in Nachachtung des Urteils IV.2022.00059 vom 6. März 2023 (Urk. 7/ 131) eingeholten medizinischen Unterlagen ist Folgendes zu entnehmen:

Dr. med. F.____, Facharzt für Anästhesiologie an der G.____, berichtete am 29. September 2020, infiltrativ habe ein sympathisch unterhaltener Schmerzanteil nicht bestätigt werden können. Demgegenüber habe nach positiver diagnostischer Anästhesie des Nervus tibialis

und des Nervus peroneus communis bifurkationsnah am Oberschenkel eine Indikation für eine gepulste Radiofrequenz bestanden. Dieser Eingriff sei jedoch ohne Effekt geblieben. Er könne dem Beschwerdeführer nur eine eskalierende Therapie mit der testweisen Anlage eines Nervenstimulators bei anamnestisch und aktuell erfüllten Budapest-Kriterien für ein CRPS anbieten. Der Beschwerdeführer sei dieser Idee jedoch sehr reserviert gegenübergestanden (Urk. 7/143/11). 3.2.2

Die behandelnden Ärzte der H.____ Klinik stellten in ihrem Bericht vom 2. Mai 2022 die Diagnose unklarer persistierender Schmerzen mit diffusem Charakter am oberen Sprunggelenk rechts mit gleichzeitig er Hypästhesie des dorsalen Fussrückens sowie plantar rechts bei Status nach Arthroskopie des oberen Sprunggelenks rechts, Defektdebridement und Mikrofrakturierung der lateralen Talusschulter am 20. Oktober 2017, differentialdiagnostisch Verdacht auf CRPS Typ I (Urk. 7/143/9). Im MRI hätten sich keine weiteren Informationen gezeigt, insbesondere keine Ödembildung im Bereich der ehemaligen osteochondralen Läsion oder weitere Zeichen von Atrophien oder eines CRPS. Es zeige sich keine wesentliche Veränderung zu den bekannten Vorbefunden. Ein operatives Vorgehen könne weiter hin nicht durchgeführt werden. Sie empfahlen die Weiterbetreuung in einer Schmerzambulanz (Urk. 7/143/10). 3.2.3

In ihrem Bericht vom 8. Juli 2022 führten die behandelnden Ärzte des Spitals I.____ aus, der Beschwerdeführer habe sich notfallmässig aufgrund von linksseitigen Rückenschmerzen seit dem Vortag vorgestellt (Urk. 7/143/14). Klinisch sei am ehesten von einer Lumbago bei Verhebetrauma auszugehen. Differentialdiagnostisch sei bei Ausstrahlung in den Oberschenkel an eine pseudo radikuläre Genese zu denken. Es sei eine symptomatische Therapie mit Schmerzmitteln etabliert worden, bei fehlenden Red Flags sei auf eine weiterführende Diagnostik auf der Notfallstation verzichtet worden (Urk. 7/143/14). 3.2.4

Am 22. August 2022 hielt

Dr. med. J.____, stellvertretender Oberarzt der Abteilung Hüftchirurgie und Kniechirurgie der H.____ Klinik,

als Hauptdiagnose Schmerzen der Glutealmuskulatur und des dorsalen Beckens beidseits mit oligosymptomatischem femoroazetabulärem Impingement der Hüfte rechts und beginnenden Zeichen der Coxarthrose und femoraler Retrotorsion links 4° fest (Urk. 7/147/1). In der klinischen Untersuchung habe sich eine eingeschränkte, aber schmerzlose Innenrotation feststellen lassen, so dass ein negativer Impingement-Test vorliege. Ausgeprägt zeigte habe sich eine muskuläre Schmerzsymptomatik des unteren Rückens über der Glutealmuskulatur beidseits bis in den Oberschenkel ausstrahlend. Aus seiner Sicht sei im Hinblick auf das Alter des Beschwerdeführers sowie die geringe Beschwerdesymptomatik des Impingements auf der rechten Seite eine konservative Therapie vorzusehen (Urk. 7/148/1). 3.2.5

Eine am 23. November 2022 von PD Dr. med. K.____ durchgeführte kardiologische Untersuchung ergab eine Kardiomyopathie mit leicht eingeschränkter Ejektionsfraktion (EF) unklarer Ätiologie, Erstdiagnose 2014 (Urk. 7/143/2). Der Beschwerdeführer sei kardial beschwerdefrei, der kardiale Status sei normal und das EKG unauffällig. Zusammenfassend bestehe eine leichte, stabile Kardiomyopathie. Zudem zeige sich nun eine deutliche Carotisatheromatose. Er empfehle, die Therapie mit einem Lipidsenker zu

beginnen (Urk. 7/143/3). 3.2.6

Dem Verlaufsbericht von Dr. E.____ vom 22. August 2023 lässt sich die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), entnehmen (Urk. 7/140/4). Der Beschwerdeführer sei zu 60 % arbeitsunfähig und in einer sitzenden Tätigkeit

zu 40 %

arbeitsfähig. (Urk. 7/140/3). Eine leidensangepasste Tätigkeit sei zwei Stunden täglich zumutbar. An Funktionseinschränkungen bestünden Schmerzen im rechten Fussgelenk, Hüftgelenkbeschwerden und Schulterschmerzen. Einer Eingliederung stünden Schmerzen im rechten Fussgelenk entgegen (Urk. 7/140/5). 3.2.7

Dr. A.____ hielt in seinem am 25. Oktober 2023 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht einen verschlechterten Gesundheitszustand fest und stellte - soweit die handschriftlichen Notizen entzifferbar sind - die Diagnosen persistierender Schmerzen des oberen Sprunggelenks (OSG) rechts, Differentialdiagnose CRPS, einer Coxarthrose rechts, einer Kardiomyopathie sowie eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms (Urk. 7/145/1). Es bestehe keine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von mindestens zwei Stunden pro Tag (Urk. 7/145/3) . 3.

E. 2.8

Im polydisziplinären Z.____ -Gutachten vom 2. Mai 2024 stellten Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. M.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie, die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/161/9): - chronische Beschwerden am rechten Fuss - Status nach Sprunggelenksdistorsion am 15. April 2016 - Status nach Arthroskopie des oberen Sprunggelenks, Defektdebridement und Mikrofrakturierung der lateralen Talusschulter am 19. Januar 2017 bei osteochondraler Läsion - radiologisch im Verlauf unveränderte osteochondrale Läsion talar mit leicht gradigem subchondralem Ödem - chronisches lumbogluteales Schmerzsyndrom links mit radiologisch Osteochondrose LWK5/SWK1 und Affektion der Nervenwurzel beidseits - chronische Beschwerden an den unteren Extremitäten mit radiologisch leichter bis mässiggradiger Coxarthrose beidseits

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie den folgenden Diagnosen zu (Urk. 7/161/9): - chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom - metabolisches Syndrom - Kardiomyopathie unklarer Ätiologie

Aus orthopädischer Sicht würden die chronischen Beschwerden am rechten Fuss, das chronische lumbogluteale Schmerzsyndrom links und die chronischen Beschwerden an den unteren Extremitäten die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränken. Weder aus neurologischer noch aus allgemeinmedizinischer Sicht könnten weitere Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Eine psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden (Urk. 7/161/9).

Dr. L.____ hielt im allgemein-internistischen Teilgutachten fest, retrospektiv gesehen fänden sich keine Hinweise für eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit aufgrund einer allgemein-internistischen Diagnose. Auch aktuell bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urk. 7/161/26).

Gemäss dem psychiatrischen Gutachter Dr. N.____ lasse sich unter Berücksichtigung der vorliegenden ärztlichen Unterlagen und der aktuellen persönlichen Untersuchung die Aussage treffen, dass der Beschwerdeführer nicht unter einer primär-psychischen Störung leide. Insbesondere lasse sich eine Erkrankung aus dem Kapitel der depressiven affektiven Störungen F3 ausschliessen, da er kein depressives Syndrom aufweise und auch in der Vergangenheit keine entsprechende Symptomatik berichtet worden sei. Es könnte allenfalls im Zuge der Erkenntnis, dass die Suva ihm lediglich eine 15%-ige Rente ausrichte, oder aufgrund anderer Rückschläge in Therapie und finanziellem Ausgleich der erlittenen Unfallfolgen, eine depressive Reaktion oder passagere Ängstlichkeit aufgetreten sein. Womöglich hätten in der Vorgeschichte die Kriterien einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43) vorgelegen, wobei dies aus der aktuellen Untersuchung nicht nachvollzogen werden könne. Vielmehr sei anzunehmen, dass eine Kränkung entstanden sei, da der Beschwerdeführer nach Jahrzehnten der zuverlässigen Arbeit einen Arbeitsunfall erlitten habe. Das Gefühl,

dass ihm dann auch ein entsprechender finanzieller Ausgleich durch die Versicherungen zustehe, könne nachvollzogen werden. Dieses Kränkungsgefühl und das Gefühl der ungerechten Behandlung, die auch aktuell thematisiert würden, seien allerdings nicht zu psychopathologisieren, sie stellen für sich genommen keine Symptomatik einer psychischen Störung dar und hätten keinen Krankheitswert. Ebenso liege keine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor. Eindeutig hätten sich keine andauernden psychosozialen Belastungen, Traumatisierungen oder Übergriffe in der Kindheit oder Jugend, im Erwachsenenalter oder insbesondere vor dem Erleiden der nun berichteten anhaltenden Schmerzen eruieren lassen, welche zu einem intrapsychischen Konflikt geführt hätten, der nicht anderweitig hätte geäussert werden können, als durch das Berichten von Schmerzen und die Aufrechterhaltung dieser Angaben (Urk. 7/161/33 f.).

Dr. M.____

stellte zusammengefasst fest, dass die anamnestisch und klinisch völlig diffus bis generalisiert ausgeprägte Symptomatik durch die klinischen, radiologischen und schmerztherapeutischen Befunde auf orthopädischer Ebene keinesfalls begründet werden könne. Durchaus nachvollziehbar sei eine Minderbelastbarkeit des rechten oberen Sprunggelenks bei osteochondraler Läsion sowie auch in gewissem Umfang bei Degeneration der tieflumbalen Wirbelsäule. Die sowohl anamnestisch als auch klinisch allerdings sehr auffällige Präsentation mit erheblichen Inkonsistenzen weise klar auf ein im Vordergrund stehendes nicht-organisches Geschehen hin (Urk. 7/161/45).

Dr. O.____ hielt im neurologischen Teilgutachten fest, zusammengefasst bestehe ein Schmerzsyndrom am rechten Bein mit Maximum auf Höhe Sprunggelenk und Ausstrahlung nach unten und oben. Dafür ergebe sich aus neurologischer Sicht keine Erklärung, es werde auf das orthopädische Teilgutachten verwiesen. Insbesondere sei erwähnenswert, dass keine neuropathische Schmerzproblematik abgrenzbar sei, die Symptomatik sei hierfür zu diffus. Zumindest zum Untersuchungszeitpunkt könne auch kein CRPS (mehr?) festgestellt werden. Die Schmerzen seien überlagert durch eine sensomotorische Ausfallsymptomatik, strumpfförmig ab Höhe Knie, klar als funktionell zu werten, diese funktionelle Überlagerung gehe auch eindeutig über eine reine Schmerzhemmung hinaus. Es sei von einer Fehlverarbeitung auszugehen, mutmasslicherweise auch betreffend die Schmerzen, wobei dies letztlich orthopädischerseits beurteilt werden müsse. Aktenmässig

sei zum Teil zwar ein lumbospondylogenes Syndrom dokumentiert, der Beschwerdeführer habe aber angegeben, erst seit drei bis vier Monaten unerträgliche Kreuzschmerzen zu verspüren. Eine Radikulopathie sei klinisch nicht objektivierbar. Unter Berücksichtigung des MRI-Befundes vom 29. Februar 2023 sei von einem Lumbovertebralsyndrom auszugehen, wobei der klinisch objektivierbare Befund diskret sei (Urk. 7/161/55 f.).

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer könne die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben. Es könne von einer bleibenden und vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit der am 15. April 2016 erlittenen Sprunggelenksverletzung ausgegangen werden (Urk. 7/161/10). Geeignet seien überwiegend sitzende, körperlich sehr leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung. Das längere Stehen und Gehen, die Einnahme kniender und kauender Positionen, das Überwinden von Treppen und das Gehen auf unebenem Grund sowie das häufige Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sollten dabei vermieden werden. Eine solche Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer 8 bis 8,5 Stunden pro Tag möglich, mithin sei er zu 100 % arbeitsfähig. Nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab April 2016 könne die aktuelle Arbeitsfähigkeit seit Juli 2017 angenommen werden (Urk. 7/161/11). 3.

E. 2.9

Am 31. Mai 2024 beantwortete Dr. A. ___ die Fragen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers zum Gutachten vom 2. Mai 2024

(vgl. zu den gestellten Fragen Urk. 7/168/1). Er führte aus, soweit er die Untersuchungsbefunde gesehen habe, seien sie vollständig. Da er bei der Untersuchung nicht anwesend gewesen sei, falle

es ihm schwer, zu beurteilen, ob der Beschwerdeführer sich inkonsistent präsentiert habe. Das Zumutbarkeitsprofil sei vor allem anhand des Fussbefundes erstellt worden und müsse eigentlich vor allem eine sitzende Tätigkeit beinhalten und keine Wechselbelastung. Das Gewicht von 5 kg sei in Ordnung für eine degenerativ veränderte Wirbelsäule. Realistisch sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Chronifizierung der Schmerzen nicht und sei mit 100 % sicher zu hoch angesetzt, aber dies sei eine arbiträre Entscheidung der Untersucher. Trotz Inkonsistenzen bestünden eine Muskelatrophie am rechten Oberschenkel und Unterschenkel und eine sockenförmige Hyposensibilität. Es würden auch die deutlichen degenerativen unteren Wirbelsäulenveränderungen erwähnt, welche auch ohne sensomotorische radikuläre Ausfälle eine eingeschränkte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule brächten. Daher denke er, dass eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 %

für eine leidensangepasste Tätigkeit vorliege (Urk. 7/169/1). 3.

E. 2.10

Dr. B. ___ vom RAD hielt in seiner Stellungnahme zum Bericht von Dr. A. ___ vom 5. Juni 2024 fest, dieser präsentiere keine neuen medizinischen Faktoren, sondern lediglich eine andere Beurteilung des Sachverhaltes. Die abweichende Einschätzung werde nicht begründet. Zudem würden fachfremde neurologische und orthopädische Befunde interpretiert. Die Kritik des Rechtsvertreters am psychiatrischen Gutachten sei unberechtigt, da der Gutachter setze sich sehr wohl mit den Angaben der behandelnden Psychiaterin auseinander. Seine Annahme zur Aggravation werde durch gut dokumentierte Beobachtungen in den somatischen Teilgutachten bestärkt. Die Diagnose einer

Schmerzstörung könne im Falle einer Aggravation nicht gestellt werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne auf das Gutachten abgestellt werden (Urk. 7/170/7 f.). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auf das polydisziplinäre Gutachten der

Z.____ vom 2. Mai 2024 (Urk. 7/161). Der Beschwerdeführer vertritt dagegen die Ansicht, dass auf dieses - insbesondere auf das psychiatrische und das orthopädische Teilgutachten - nicht abgestellt werden könne (Urk. 1 S. 5 ff.). 4.2

4.2.1

Gemäss dem orthopädischen Gutachter Dr. M.____ ist der Beschwerdeführer aufgrund der diagnostizierten chronischen Beschwerden am rechten Fuss, des chronischen lumboglutealen Schmerzsyndroms links sowie der chronischen Beschwerden an den unteren Extremitäten in der bisherigen Tätigkeit als Paketbote zu 100 % arbeitsunfähig. Eine angepasste Tätigkeit hält er dagegen für uneingeschränkt zumutbar. Der Beschwerdeführer bringt in dieser Hinsicht unter Verweis auf die ähnlich lautende Zumutbarkeitsbeurteilung des Kreisarztes des Unfallversicherers vor, Dr. M.____ habe die Auswirkungen der Rücken - und Hüftbeschwerden zu wenig berücksichtigt (Urk. 1 S. 5) .

4.2. 2

Das Vorliegen einer zusätzlichen Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit muss nicht ohne Weiteres zu einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen .

Vielmehr ist es durchaus denkbar, dass das

im Hinblick auf eine gesundheitliche Störung formulierte Tätigkeitsprofil bereits sämtliche Tätigkeiten ausschliesst, welche aufgrund der hinzukommenden gesundheitlichen Einschränkung unzumutbar sind . Aus dem Umstand, dass die von Dr. M.____

für zumutbar erachtete

angepasste Tätigkeit

annähernd derjenigen entspricht, die Kreisarzt Dr. C.____ anlässlich seiner Untersuchung vom 23. November 2018 unter ausschliesslicher Berücksichtigung der Fussbeschwerden formuliert hatte (vgl. Urk. 7/57/321) , kann daher nicht von vornherein abgeleitet werden , dass

Dr. M.____ das Rücken -

und Hüftleiden nicht berücksichtigt hätte . Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund, dass

Dr. M.____ den genannten Diagnosen zwar Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass, indessen auch diverse Inkonsistenzen ausmachte, so dass er zum Schluss kam, die anamnestisch und klinisch völlig diffus bis generalisiert ausgeprägte Symptomatik könne durch die klinischen, radiologischen und schmerztherapeutischen Befunde auf orthopädischer Ebene keinesfalls begründet werden. Als durchaus nachvollziehbar erachtete er lediglich eine Minderbelastbarkeit des rechten oberen Sprunggelenkes bei osteochondraler Läsion sowie auch in gewissem Umfang bei Degeneration der Wirbelsäule (Urk. 7/161/45). Eine bei diesem objektiv nicht sehr ausgeprägten Krankheitsbild uneingeschränkte Leistungsfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit ist daher

nachvollziehbar. Der Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule und des oberen Sprunggelenks wird zudem - ebenso wie den chronischen Beschwerden an den unteren Extremitäten - hinreichend Rechnung getragen

durch die Beschränkung der zumutbaren Tätigkeiten auf überwiegend sitzende, körperlich sehr leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung unter gleichzeitigem Vermeiden von längeren Stehen und Gehen sowie vom Einnehmen kniender und kauender Positionen, vom

Überwinden von Treppen, vom Gehen auf unebenem Grund und vom häufigen Heben und Tragen von über 5 kg. Namentlich sind dadurch sämtliche das obere Sprunggelenk, die Hüfte und den Rücken übermässig belastenden Tätigkeiten ausgeschlossen.

Zu betonen ist, dass Dr. M.____

somit

zwar eine überwiegend - aber nicht ausschliesslich - sitzende

Tätigkeit als zumutbar

erachtete.

Als zusätzlich zu erfüllende Voraussetzung nannte er indessen

eine Wechselbelastung, wobei Stehen und Gehen nicht gänzlich vermieden werden muss (Urk. 7/161/11).

Dauerhaftes Sitzen, welches der Beschwerdeführer für unzumutbar hält,

wird daher auch aus ärztlicher Sicht nicht vorausgesetzt. Der Hinweis des Beschwerdeführers, wonach gemäss den Leitlinien der sozialmedizinischen Begutachtung ständiges oder überwiegendes Sitzen bei Erkrankungen der Lendenwirbelsäule beeinträchtigt sein könne (Urk. 1 S. 5),

vermag sodann mangels Bezugnahme auf den konkreten Fall die Einschätzung von Dr. M.____ nicht zu entkräften. 4.2. 3

Daran ändert auch die Beurteilung der behandelnden Ärzte nichts. So erachtete das Gericht den Bericht von PD Dr. D.____ vom 27. Februar 2020 aufgrund der ohne objektive Befunde und einzig auf den Schmerzangaben des Beschwerdeführers gestellten

Diagnose eines Lumbovertebralsyndroms nicht für überzeugend und stellte auf dessen Beurteilung einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit nicht ab (Urk. 7/131/17). Davon ist weiterhin auszugehen (§ 26 Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer). Was die Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit durch

Dr. A.____ betrifft, ist sodann auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise

Therapiekräfte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung un erkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). Derartige Aspekte ergeben sich aus der Beurteilung von Dr. A.____ vom 31. Mai 2024

nicht .

V ielmehr beschränkte er sich darauf, die im Gutachten erhobenen Untersuchungsbefunde zu bestätigen und eine eigene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen (Urk. 7/169/1). Die abweichende Einschätzung von Dr. A.____

ist demgemäss jedenfalls nicht geeignet, Zweifel an der beweiskräftigen gutachterlichen Beurteilung zu wecken .

Es bleibt hinzuzufügen, dass letzteres auch RAD-Arzt Dr. B.____ in seiner Beurteilung vom 5. Juni 2024

fest hielt (Urk. 7/170/7).

Ansichts der Kürze der Beurteilung von Dr. A.____ ohne Erwähnung zusätzlicher , von ihm erhobener

Befunde oder durchgeführte r Untersuchungen ist entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 4) nicht ersichtlich, inwiefern Dr. B.____ sich vertiefter zur Kritik von Dr. A.____ hätte äussern müssen , weshalb der Vorwurf des Beschwerdeführers, Dr. B.____ beziehungsweise die Beschwerdegegnerin habe sich nicht genügend damit auseinandergesetzt, nicht stichhaltig ist .

4.3

4.3.1

Zu prüfen bleibt der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens. Vorab ist festzuhalten , dass das laut Art. 7m

Abs. 2

der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATS V ; in Kraft seit 1. Januar 2022) unter anderem für psychiatrische Gutachter erforderliche Zertifikat des Vereins P.____

gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung vom 3. November 2021 de r

ATSV innerhalb von fünf Jahren nach dem Inkrafttreten der Verordnungsänderung erworben werden muss, mithin spätestens per 1. Januar 2027. Im aktuellen Zeitpunkt erweist es sich daher als unerheblich, ob Dr. N.____ über eine P.____ -Zertifizierung verfügt, weshalb sich weitere Ausführungen zu dieser vom Beschwerdeführer aufgeworfenen Frage (Urk. 1 S. 7) erübrigen. 4.3.2

Dr. N.____ stellte keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/161/ 35), was der Beschwerdeführer unter Verweis auf die Beurteilung der behandelnden Psychiaterin

- insbesondere in retrospektiver Hinsicht - in Frage stellt (Urk. 1 S. 6) .

In diesem Zusammenhang ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessens frei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater praktisch immer ein gewisser Spielraum bleibt, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_629/2017 vom 28. November 2017 E. 4.3 mit Hinweis auf 8C_839/2013 vom 13. März 2014 E. 4.2.2.1). Die Beurteilung von Dr. N.____ erfolgte gestützt auf eine ausführliche Anamnese- und Befunderhebung, anlässlich derer sich der Beschwerdeführer zu den aus seiner Sicht bestehenden Problemen frei äussern konnte (Urk. 7/161/ 29 ff.). Zudem setzte sich der Sachverständige mit den Berichten der behandelnden Psychiaterin Dr. E.____ auseinander und erachtete die von dieser

zuletzt gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelgradige depressive Episode - welche sie entgegen dem Beschwerdeführer erst im Bericht vom 2. August 2023 definitiv stellte (Urk. 7/140/4; vgl. Urk. 7/122/24) - ,

aufgrund der beschriebenen Symptomatik sowie des aktuellen Untersuchungsbefundes als nicht nachvollziehbar (Urk. 7/161 / 34 f.). Dies leuchtet angesichts der im bisherigen Verlauf fehlenden abgrenzbaren Episoden einer depressiven Störung, im Wechsel mit symptomfreien Intervallen, wie sie für diese Diagnose vorausgesetzt sind (Urk. 7 /1 61 /3 3 ; vgl. Klinisch-diagnostische Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling/Mombour/Schmidt, Hrsg., 10. überarbeitete Auflage, Bern 2015 S. 176 f.) , sowie insbesondere mit Blick auf den anlässlich der Begutachtung vollständig unauffälligen psychiatrischen Befund , ohne Hinweise auf ein depressives Syndrom (Urk. 7/161/33) , ohne weiteres ein. Vor dem Hintergrund, dass weder Dr. E.____ noch der Beschwerdeführer jemals eine (zwischenzeitliche) Verbesserung schilderten und diesbezüglich in den Akten auch keine Anhaltspunkte zu finden sind, erweist sich zudem ebenfalls die Annahme von Dr. N.____ als nachvollziehbar, wonach auch retrospektiv eine normale Arbeitsfähigkeit und nur möglicherweise während einiger Monate aufgrund einer Anpassungsstörung eine um 20 % geminderte Arbeitsfähigkeit bestanden habe (Urk. 7/161/36). 4.3.3

Dr. N.____ wies darauf hin, die jahrelange psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers reiche für sich alleine nicht

aus, um das Vorliegen einer krankheitswertigen psychischen Störung oder eine Minderung der Arbeitsfähigkeit zu belegen (Urk. 7/161/35) . Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers warf er Dr. E.____ indessen keine Fehlbehandlung vor,

erachtete er doch eine Unterstützung in vertrauensvollen Gesprächen für angezeigt, zumal dies dem Beschwerdeführer eine Zeitlang helfe, sich besser zu fühlen (Urk. 7/161/35) . Trotz der demgemäss grundsätzlich angezeigten psychiatrischen Behandlung des Beschwerdeführers überzeugt es vor dem Hintergrund des oben erwähnten unauffälligen Befundes sowie angesichts des Umstandes, dass Dr. E.____ zwar eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, diese jedoch einzig mit körperlichen Einschränkungen begründet (Urk. 7/140/5), dass Dr. N.____ weder eine

psychiatrische Diagnose stellte noch eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen attestierte.

4.3.4

Was die vom Beschwerdeführer zusätzlich vorgebrachte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) betrifft (Urk. 1 S. 8 f.), ist festzuhalten, dass sich Dr. N.____ auch mit dieser Diagnose auseinandersetzte und zum Schluss kam, dass der Beschwerdeführer keinen dafür erforderlichen intrapsychischen Konflikt oder eine Belastung erlitten habe (Urk. 7/161/34). Angesichts des Umstandes, dass die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung selbst von der behandelnden Psychiaterin nicht gestellt wurde, vermögen die gegenteiligen Ausführungen des Beschwerdeführers an dieser fachärztlichen Einschätzung keine Zweifel zu wecken. Insgesamt ist somit nicht ersichtlich, dass Dr. N.____ den der psychiatrischen Beurteilung inhärenten Ermessensspielraum überschritten hätte und nicht lege artis vorgegangen wäre. Der psychiatrischen Teilexpertise kommt somit ebenfalls volle Beweiskraft zu. 4.3.5

Da nach dem Gesagten das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose und somit einer Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht in nachvollziehbarer Weise verneint wurde, kann von einer Indikatorenprüfung abgesehen werden (BGE 143 V 409 E. 4.5.3, 143 V 418 E. 7.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_825/2018 vom 6. März 2019 E. 8.3). 4. 4

Der Beschwerdeführer bemängelt schliesslich, die Gutachter beziehungsweise die Beschwerdegegnerin hätten die Nebenwirkungen der verschriebenen Medikamente, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden, nicht berücksichtigt (Urk. 1 S. 8). Dazu ist auszuführen, dass sich die vom Beschwerdeführer geklagten Nebenwirkungen - insbesondere eine Benommenheit und Tagesmüdigkeit - den anlässlich der Begutachtung von den einzelnen Gutachtern erhobenen Befunden nicht entnehmen lässt, obwohl er in diesem Zeitpunkt das gemäss eigenen Angaben diese Nebenwirkungen auslösende Medikament Zaldiar noch regelmässig eingenommen hatte (vgl. Urk. 1 S. 7, Urk. 7/161/23

Urk. 7/161/31, Urk. 7/161/39, Urk. 7/161/51).

Vielmehr ergibt sich aus dem psychiatrischen Teilgutachten, dass der Beschwerdeführer wach und in allen Qualitäten orientiert gewesen sei sowie eine sehr lebhaft und vollkommen unauffällige Mimik, Gestik und Psychomotorik gezeigt habe (Urk. 7/161/33). Sodann erklärte auch der neurologische Gutachter Dr. O.____, der Beschwerdeführer sei allseits orientiert gewesen sei und habe klar berichtet (Urk. 7/161/52). Hinweise dafür, dass die Medikamente eine die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massgeblich beeinträchtigende Müdigkeit, Benommenheit oder Schwindel ausgelöst hätten, bestehen somit keine. Eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lässt sich sodann auch aus den Berichten der behandelnden Ärzte nicht ableiten, zumal der behandelnde Dr. D.____ lediglich vage von einer Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes durch die Schmerzmedikation sprach (Urk. 7/85/1);

Dr. E.____

erwähnte Nebenwirkungen nur auf ausdrückliche Anfrage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 7/122/24) und beschrieb in

ihrem nachfolgenden Bericht vom 22. August 2023 keine derartigen Einschränkungen mehr

(vgl. Urk. 7/140). Nebenwirkungen der verschriebenen Medikamente lassen sich sodann auch

dem Bericht des Hausarztes

Dr. A. ___ vom 25. Oktober 2023 nicht entnehmen (vgl. Urk. 7/145) .

4.5

Nach dem Gesagten - und da der Beschwerdeführer gegen die allgemeinmedizinische und neurologische Begutachtung keine Einwände vorbringt und auch keine davon abweichenden medizinischen Beurteilungen aktenkundig sind - erfüllt das Z. ___ -Gutachten vom 2. Mai 2024 sämtliche Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vgl. E. 1.5 vorstehend). Denn es erweist sich als für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und sein Verhalten und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht darauf abgestellt und ist von einer aktuellen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 100 % in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit ausgegangen.

Vor diesem Hintergrund erweisen sich weitere medizinische Abklärungen nicht als erforderlich, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E . 4b, BGE 122 V 157 E. 1.d, BGE 136 I 229 E . 5.3) .

Angesichts des nach dem Gesagten beweiskräftigen Gutachtens und der somit vorliegenden schlüssigen medizinischen Entscheidungsgrundlage sowie des Umstandes, dass das Sozialversicherungsgericht die Beurteilung von Dr. B. ___ vom 30. August 2021, auf welcher die ursprüngliche Zusprechung einer befristeten Invalidenrente durch die Beschwerdegegnerin basierte (vgl. Urk. 7/116), bereits in seinem Urteil vom 6. März 2023 für nicht beweiskräftig erklärt hatte (vgl. Urk. 7/131 /17

f.), erübrigen sich schliesslich Ausführungen dazu, weshalb die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers anders als noch in der Verfügung vom 17. Dezember 2021 verneinte . 4.6

Was den Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers betrifft, gingen die Gutachter davon aus, dass dieser ab dem Unfallereignis vom 15. April 2016 zu nächst für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig und seit Juli 2017 in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen sei (Urk. 7/161/11) . Soweit diese Verlaufsbeurteilung so verstanden werden muss, dass bis Ende Juni 2017 auch in einer angepassten Tätigkeit eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, erweist

sie sich nicht als nachvollziehbar. So ergibt sich aus dem Gutachten keine Begründung, weshalb eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erst im Juli 2017 - aber dann offenbar gleich wieder im Umfang von 100 % - möglich gewesen sein sollte, insbesondere erwähnten die Gutachter keine in diesem Zeitpunkt eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Dr. M. ___ verwies diesbezüglich zwar auf die kreisärztliche Beurteilung von Dr. C. ___ vom 12. Juni 2017, der eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit attestierte (Urk. 7/15/3), woraus sich allerdings keine Schlüsse auf eine vor diesem Zeitpunkt bestehende Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ziehen lassen.

Die Annahme einer solchen erweist sich angesichts der in diesem Zeitpunkt einzig einschränkenden Fussbeschwerden auch nicht als überzeugend, zumal Hausarzt Dr. A._____

- in der einzigen aktenkundigen echtzeitlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit für diesen Zeitraum - bereits am 27. März 2017 in einer leidensangepassten Tätigkeit (mehr als 80 % sitzend) theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % als möglich erachtete (Urk. 7/10/4). Da auf die Einschätzung der Gutachter, eine angepasste Tätigkeit sei erst ab Juli 2017 wieder vollzeitig zumutbar, somit nicht abgestellt werden kann und auch keine anderen Arztberichte vorliegen, die für den Zeitraum davor eine Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten belegen, steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer bereits

im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns per April 2017 in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig war.

Es bleibt hinzuzufügen, dass es im Grundsatz zulässig ist, einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit die rechtliche Massgeblichkeit abzuspüren, ohne dass das Gutachten seinen Beweiswert verliert (BGE 144 V 50 E. 4.3). Wenn auch die medizinische Folgenabschätzung unausweichlich Ermessenszüge trägt und dem Gutachter einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist, ist von einer solcherart erfolgten medizinischen Einschätzung aus triftigen Gründen abzuweichen. Solche Gründe liegen vor, wenn die medizinische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit letztlich, im Ergebnis, unter dem entscheidenden Gesichtswinkel der Konsistenz und materiellen Beweislast der versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt (zum Ganzen vgl. BGE 145 V 361 E. 4.1.2 mit weiteren Hinweisen). Diese Voraussetzung ist vorliegend nach dem Gesagten erfüllt. 5.

5.1

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, wobei unbestrittenermassen davon auszugehen ist, dass er im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig wäre. 5.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

Die Beschwerdegegnerin ermittelte beim Einkommensvergleich das Valideneinkommen von Fr. 71'211.30 gestützt auf das gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 7/50) in den Jahren 2013 bis 2015 tatsächlich erzielte

Durchschnittseinkommen, das sie der Nominallohnerhöhung bis ins Jahr 2016 anpasste (Urk. 7/182/3). Dies blieb unbestritten und ist angesichts des frühestmöglichen Rentenbeginns im April 2017 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) nicht zu beanstanden. 5.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn. 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Da der Beschwerdeführer weder zum Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im April 2017 noch bei Verfügungserlass einer Arbeitstätigkeit nachging, hat die Beschwerdegegnerin für die Bemessung des Invalideneinkommens grundsätzlich zu Recht die Lohnstrukturerhebung 2016 des Bundesamtes für Statistik herangezogen und auf den Zentralwert des monatlichen Bruttolohns für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art männlicher Angestellter abgestellt. Allerdings betrug dieser nicht - wie von der Beschwerdegegnerin angenommen (Urk. 7/182/1) - Fr. 5'962.--, sondern gemäss den im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Zahlen Fr. 5'215.-- (LSE 2016, TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1). Aufgerechnet auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, A-S) ergibt dies ein Invalideneinkommen von aufgerundet Fr. 65'240.-- (Fr. 5'215.-- / 40 * 41.7 * 12) für das Jahr 2016. 5.4

Das Invalideneinkommen von Fr. 65'240.-- liegt um rund 8 % tiefer als das Valideneinkommen von Fr. 71'211.30. Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad entsteht auch bei einem - kaum gerechtfertigten - bis zur Verordnungsänderung vom 1. Januar 2024 maximal zu berücksichtigenden leidensbedingten Abzug vom Invalideneinkommen von 25 %

(vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-cc) nicht.

Was die ab

1. Januar 2024 geltende Rechtslage (Art. 26 bis Abs. 3 IVV) anbelangt,

schreiben die allgemeinen Grundsätze des intertemporalen Rechts, die in Ermangelung einer anderslautenden Übergangsbestimmung anwendbar sind, vor, dass bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs aufgrund von Gesundheitsschäden und Invalidität, die nach diesem Datum andauern, das ab dem

1. Januar 2024 in Kraft getretene Recht anzuwenden ist (vgl. BGE 150 V 323 E. 4.4, Urteil des Bundesgerichts 8C_420/2023 vom 1. Juli 2024 E. 4.2; vgl. auch IV-Rundschreiben Nr.

432 Ziff. 2). Unter Anwendung des seit dem 1. Januar 2024 geltenden Art. 26 bis Abs. 3 IVV ist daher vom nach statistischen Werten ermittelten Invalideneinkommen 10 Prozent abzuziehen, was indessen ebenfalls keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad zur Folge hat.

5.5

Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente somit zu Recht verneint. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 6.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrEngesser

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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