

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01096 vom 11. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.01096](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01096)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01096 du 11 août 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01096 del 11 agosto 2015

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1956, reiste im Jahr 1984 aus Mazedonien in die Schweiz ein ( Urk. 7/10/1, Urk. 7/1 0/3). Im Jahr 1998 erlangte er das Schweizer Bürger recht ( Urk. 7/10/

### E. 1.1

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

### E. 1.2

In der angefochtenen Verfügung vom 23. September 2014 erwog die Beschwerdeführerin, dass im B.\_\_\_\_-Gutachten die histrionische

Persönlichkeitsstörung berücksichtigt werde. Egozentrisches und theatralisches Verhalten seien jedoch Persönlichkeitszüge, welche als überwindbar gelten würden. Insgesamt könne daher davon ausgegangen werden, dass mit zumutbaren

Willensanstrengungen eine Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zumutbar wäre. Aufgrund der medizinischen Beurteilung sei dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne erhöhte Staubbelastung, wie beispielsweise einfache administrative Hilfstätigkeiten oder interne Hauspost, zu 80 % zumutbar. Beim Einkommensvergleich resultiere ein renten ausschliessender Invaliditätsgrad von 29 % ( Urk. 2

S.

2).

### E. 1.3

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber im Wesentlichen vorbringen, aus den medizinischen Akten, die zeitlich nach der ersten Begutachtung im Zentrum Z.\_\_\_\_ datieren würden, ergebe sich, dass es zu einer fortlaufenden Verschlechterung seines somatischen Gesundheitszustands gekommen sei. Aufgrund des psychiatrischen Z.\_\_\_\_-Teilgutachtens sei davon auszugehen, dass die später vom B.\_\_\_\_-Gutachter diagnostizierte histrionische Persönlichkeitsstörung bereits anlässlich dieser ersten Begutachtung vorgelegen habe. Der psychiatrische Gutachter des Zentrums B.\_\_\_\_ äussere sich demgegenüber nicht zum Vorliegen der Depression, welche im Z.\_\_\_\_-Gutachten als leicht bis mittelgradig angegeben worden sei ( Urk. 1 S. 6).

Er habe keine Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater, Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, genommen und es würden auch keine begutachtungsnahe n Arztzeugnisse von Dr. C.\_\_\_\_ bei den Akten liegen. Der stationäre Aufenthalt des

Beschwerdeführers in der Psychiatrie D.\_\_\_\_ sei im B.\_\_\_\_ Gutachten ebenfalls nicht dokumentiert. Angesichts dieser ungenügenden sachverhältnismässigen Abklärungen sei das gesamte B.\_\_\_\_ -Gutachten ungenügend und erfülle die qualitativen Anforderungen an ein Gutachten nicht, weshalb ihm kein massgeblicher Beweiswert zukomme (Urk. 1 S. 7). Der Beschwerdeführer leide unter einer histrionischen

Persönlichkeitsstörung, welche bereits zu 50 % invalidisierend für jegliche Arbeitstätigkeit sei, und wahrscheinlich an einer Depression. Die somatoforme Schmerzstörung sei als Reaktion auf die zahlreichen körperlichen Krankheitsbilder des Beschwerdeführers einzustufen. Falls die Komorbidität beachtet werde, wirke sich die somatoforme

Schmerzstörung also insofern aus, als die Invalidenrente höher als 50 % ausfallen müsse (Urk. 1 S. 8). Aufgrund der histrionischen

Persönlichkeitsstörung sei der Beschwerdeführer keinem Arbeitgeber zumutbar (Urk. 1 S.

10-11). 2.

## **E. 2**

). Er arbeitete von 198

### **E. 2.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des

Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [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. 2.2**

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]).

### **E. 2.3.1**

Mit zur Publikation bestimmtem Urteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines

gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und

5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden

Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

### **E. 2.3.2**

Nach Aufgabe des Konzepts der Überwindbarkeitsvermutung, welche durch eine ergebnisoffene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens als zentralem Beweisgegenstand abgelöst wird, scheint der Begriff des Kriteriums nicht mehr geeignet. Das Bundesgericht spricht fortan von Indikatoren, einem Begriff, der massgebliche Beweisthemen bezeichnet, anhand welcher ein bestimmter Sachverhalt ermittelt wird (vgl. dazu auch Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 2014 S. 533 und 541 [Gutachten des Prof. Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München, vom Mai 2014 zu Fragen der Schweizer Praxis zur Invaliditätsfeststellung bei somatoformen und verwandten Störungen]; Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015

E. 4.1.1 und E. 4.1.2).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht im erwähnten Leitsatz 9C\_492/2014 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des

Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

### **E. 2.3.3**

Wie im Urteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 festgehalten (E. 5.2.1), hat sich das Bundesgericht verschiedentlich, so auch jüngst, über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung geäußert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 137 V 64 E. 5.1). Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschließende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2; Ulrich Meyer, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg.], 2003, S. 49).

In diesem Sinne lautet die normativ bestimmte Gutachterfrage, wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätzt, wenn sie dabei den einschlägigen Indikatoren folgt. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; vgl. BGE 137 V 64 E. 1.2 in fine). Dies sichert die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (BGE 140 V 290 E. 3.3.1, 135 V 201 E. 7.1; E. 5.2.2).

Jedenfalls in der Invalidenversicherung tragen Recht und Medizin, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Das heisst, dass die medizinischen Gutachter nicht, wie häufig anzutreffen, eine quasi freihändige Beurteilung abgeben und daneben noch Grundlagen liefern sollen, anhand derer die Rechtsanwender eine von der subjektiven ärztlichen Einschätzung losgelöste Parallelüberprüfung vornehmen. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (E. 5.2.3).

### **E. 2.3.4**

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor

Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio ). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (Bundesgerichtsurteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 8).

#### **E. 2.4**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 3.

#### 3.1

Am B.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. Dezember 2013 waren die Dres. med. E.\_\_\_\_, Innere Medizin,

F.\_\_\_\_, Rheumatologie, G.\_\_\_\_, Pneumologie, und

H.\_\_\_\_, Psychiatrie, beteiligt (Urk. 7/94/43). Gestützt auf die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Akten (vgl. Urk. 7/94/4-13), ihre fachärztlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers in den Bereichen Innere Medizin, Rheumatologie, Pneumologie und Psychiatrie vom 15.

bis 17. Oktober 2013 (vgl. Urk.

7/94/1, Urk.

7/94/3) und die Resultate der Konsenskonferenz (vgl. Urk. 7/94/3) führten sie die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (Urk. 7/94/37-38): - chronische obstruktive Pneumopathie (COPD GOLD-Stage II) - basale geringgradige Bronchiektasie beider Lungen - Hyperventilationssyndrom - Dissoziative Störung, gemischt (=Konversionsstörung) - differentialdiagnostisch: anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Hist ionische Persönlichkeitsstörung - Schulterimpingement rechts - Teilruptur der

Supraspinatussehne rechts - Periarthropathia

genus links - chronisch verkalkende Insertionstendinopathie des M. quadriceps

femuris links, Ligamentose

patellae links, Status nach Revision und Débridement, Patellaoberpol /

Quadrizepssehneninsertion Knie links vom 7. September 2012 - chronische Fasciitis

plantaris beidseits - chronisches lumbovertebrales Syndrom mit spondylogener

Ausstrahlung beidseits - degenerative Veränderungen mit multisegmentaler Spondylarthrose / Discopathie

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichneten sie (Urk.

7/94/38): - chronische Obstipation - Zerumen obturans beidseits - Hemispasmus

fazialis links posttraumatisch (anamnestisch) - Niederdruck-Glaukom gemäss Bericht

Augenklinik, Spital I. \_\_\_ vom 3. August 2012 - Hypothyreose bei wahrscheinlich Status

nach Hashimoto-Thyreoiditis (Jahr unbekannt) - rezidivierendes cervicovertebrales

Syndrom - Coxarthrose leichte n Grades beidseits - Fingerpolyarthrose 3.2

Der „Beschreibung der aktuellen medizinischen Problematik inkl. Konsistenzprüfung“ der B. \_\_\_ -Gutachter ist zu entnehmen, dass die Lungenerkrankung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sicherlich im Vordergrund der Problematik stehe. Dabei sei das Einhalten einer regelmässigen Therapie, da diese gemäss Aktenlage die pneumologische Situation eindeutig verbessere, sicher sinnvoll und zu überprüfen (Urk. 7/94/38).

Im Vergleich zur letzten Untersuchung im

Zentrum Z. \_\_\_ liege psychiatrisch eine eindeutige Verschlechterung der Situation vor. Der Beschwerdeführer sei in ausgeprägtem Mass histrionisch. Es liege eine erhebliche Persönlichkeitsstörung vor, die von der bunten Symptomatik einer Konversionsstörung begleitet werde (Urk. 7/94/38).

Im Bereich des Bewegungsapparates finde sich an der rechten Schulter ein Impingementphänomen, bei der spezifischen Prüfung der Rotatorenmanschette zeige der Jobe-Test eine Situation, vereinbar mit einer Läsion der Supraspinatussehne. In der aktuell durchgeführten Ultraschalluntersuchung der rechten Schulter hätten sich Hinweise für eine Teilruptur der Supraspinatussehne ergeben. Im Bereich des linken Knies liege eine periartikuläre Schmerzsymptomatik vor bei Status nach operativer Revision vom September 2012 wegen Verkalkung der Quadrizepssehne. Bei der passiven Beweglichkeitsprüfung ergebe sich eine Knieflexion von 90 Grad bei voller Streckfähigkeit, bei Ablenkung ergebe sich hier aber das Bild einer vollen Beugefähigkeit. Dieses Phänomen widerspiegeln ein typisches Zeichen der vorliegenden Konversionsstörung. Radiomorphologisch, insbesondere in der MRI-Darstellung, ergebe sich am linken Knie keine wesentliche Pathologie, insbesondere liege keine wesentliche Chondropathie vor. Es bestehe eine Schmerzsituation im Bereich des Streckapparates bei durchgeführter Operation im September 2012. Typische Befunde eines Chronic Regional Pain Syndroms (CRPS) lägen zurzeit nicht vor. Im Bereich der Füsse zeige sich das Bild einer Fasciitis

plantaris degenerativen Charakters, mit theatrale, demonstrative Schmerzen auch in diesem Bereich. Im weiteren bestehe ein chronisches lumbovertebrales Syndrom bei leichten degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS), ohne Hinweise

für radikale Reiz- oder Ausfallphänomene ( Urk. 7/94/39 ) . 3.3

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielten die B.\_\_\_\_ -Gutachter fest, dass aufgrund der somatischen Befunde von Seiten der Lunge und des Bewegungsapparates, der durchgeführten Operation am Knie sowie der offensichtlichen Zunahme der Beschwerden von Seiten der Fasciitis

plantaris die Arbeitsfähigkeit für körperliche schwere Tätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer bisher ausgeführt habe, nicht mehr gegeben sei ( Urk. 7/94/39).

Von Seiten der pneumologischen

Befunde seien eine schwere körperliche Tätigkeit sowie Tätigkeiten mit Staubexposition sowie Kälte-Wärme-Exposition nicht mehr möglich. Aus rheumatologischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine schwere körperliche Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis mittel schwere körperliche Tätigkeit in überwiegend sitzender Position, ohne wiederholte Überkopfarbeit, ohne wiederholtes Treppensteigen oder das Begehen von Leitern sei ihm demgegenüber vollumfänglich zumutbar. Auch in körperlich adaptierter Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit indes aufgrund der ausgeprägten psychiatrischen und psychosomatischen Symptomatik auf 50 %

(halbtags mit vollem Rendement) beschränkt ( Urk. 7/94/40).

4.

4.1

Dem B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 12. Dezember 2013 (Urk. 7/94) ist zu entnehmen, dass die von den Gutachtern attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer Verweigerung sowohl mit der psychiatrischen, gemeint sind die Auswirkungen der von den Gutachtern diagnostizierten histrionischen

Persönlichkeitsstörung, und der psychosomatischen Symptomatik begründet wird (E. 3.3). Die im Bereich der somatoformen

Schmerzstörung entwickelten Grundsätze gelten auch für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung der von den B.\_\_\_\_ -Gutachtern diagnostizierten Konversions- respektive dissoziativen Störung (BGE 137 V 64 E. 4.2, Urteil des Bundesgerichts 9C\_398/2012 vom 27. September 2012 E. 3.1, je mit weiteren Hinweisen; vgl. Urteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 140 V 8 E.

2.2.1.3).

Zu prüfen ist daher, ob gestützt auf das B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 12. Dezember 2013 (Urk. 7/94) und – soweit nötig – unter Berücksichtigung der weiteren fachärztlichen Berichte in sinn gemässer Anwendung der mit Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgebenden Indikatoren möglich ist oder nicht (E. 2.3.4). 4.2

4.2.1

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (Urteil des

Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 E.

4.1.3).

4.2.2

Unter dem Aspekt funktioneller Schweregrad fehlt im B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 12. Dezember 2013 (Urk. 7/94) namentlich eine Auseinandersetzung mit den

vom behandelnden Psychiater Dr. C.\_\_\_\_

im Bericht vom 21. Oktober 2010 (Urk.

7/20/2-3) angeführten Befunden. Dieser verweist auf eine erhöhte, teils überhöhte Anspruchshaltung des Beschwerdeführers, bei dysphorischer Stimmungslage mit der Überzeugung, stigmatisiert zu sein (Urk. 7/20/2), welche gemäss dem Vorgutachten

Dr.

J.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, für eine Dysthymie bei Anspruchshaltung mit Aggravationstendenz sprechen würde (Psychiatrisches Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_

vom 10. Februar 2011 [Urk. 7/52/2 ff., Urk. 7/52/7]).

Besonders ins Gewicht fällt, dass dem B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 12. Dezember 2013 (Urk. 7/94) – abgesehen von der Aussage, dass von den bislang eingenommenen Antidepressiva aufgrund der beim Beschwerdeführer vorliegenden Diagnosen kein therapeutischer Effekt zu erwarten sei (Urk. 7/94/34) – nichts zum Therapieverlauf

beziehungsweise zum „Behandlungserfolg“ oder zur „Behandlungsresistenz“ zu entnehmen ist. Der Beschwerdeführer befindet sich zwar seit mindestens 2010 in Psychotherapie bei Dr. C.\_\_\_\_, wobei ca.

einmal im Monat eine Sitzung stattfindet (Urk.

7/20/2-3, Urk. 7/36/4, Urk. 7/94/16). Da der behandelnde Psychiater aber in den vorliegenden Berichten weder eine Konversions- respektive dissoziative Störung noch eine somatoforme

Schmerzstörung diagnostiziert hat (Urk. 7/20/2, Urk. 7/58/1-2), ist unklar, ob aufgrund dieser Diagnosen bislang überhaupt eine Therapie stattgefunden hat. Auch hat sich der psychiatrische B.\_\_\_\_ -Gutachter nicht damit auseinandergesetzt, ob die bislang durchgeführte Psychotherapie genügt. Er hält fest, dass nicht beurteilt werden könne, inwiefern durch die psychiatrische Behandlung Fortschritte möglich gewesen seien (Urk. 7/94/36). Die Aussage des

B.\_\_\_\_ -Gutachters, dass die psychiatrische Weiterbetreuung im Rahmen einer Zustandswahrung „sinnvoll“ sei (Urk. 7/94/40), vermag vor diesem Hintergrund nicht zu überzeugen. Die notwendigen

Informationen hätten wohl mittels fremdanamnestischer Erhebungen beim behandelnden Psychiater Dr. C.\_\_\_\_ erhältlich gemacht werden können. Eine solche Befragung von Dr. C.\_\_\_\_ ist je doch unterblieben, was auch vom Beschwerdeführer gerügt wird (Urk. 1 S.

7).

Angaben zum „Behandlungserfolg“ beziehungsweise zu einer allfälligen „Behandlungsresistenz“ sind im vorliegenden Fall aber umso wichtiger, da der psychiatrische Z.\_\_\_\_-Gutachter im Gutachten vom 30. Juni 2011 (Urk. 7/36/35-77) festgehalten hat, dass die den Schmerzen zugrunde liegenden Konflikte noch nicht als therapieresistent betrachtet werden könnten, zumal der Zeitraum der Behandlung als noch zu wenig ausreichend betrachtet werden müsse (Urk.

7/36/59). Aufgrund eines therapeutisch angehbaren Leidens, welches bislang noch nicht beziehungsweise noch nicht ausreichend behandelt wurde, können keine Leistungen der Invalidenversicherung herangezogen werden. Hierzu ist die Beurteilung eines Facharztes erforderlich.

Der psychiatrische B.\_\_\_\_-Gutachter führte zur aktuellen Problematik aus, der Beschwerdeführer sei in ausgeprägtem Mass histrionisch. Es liege eine erhebliche Persönlichkeitsstörung vor, welche von der bunten Symptomatik einer Konversionsstörung begleitet werde. Im Vergleich zur letzten Untersuchung im Zentrum Z.\_\_\_\_ liege psychiatrisch eine eindeutige Verschlechterung vor (Urk. 7/94/38). Der psychiatrische Z.\_\_\_\_-Gutachter konnte beim Beschwerdeführer eine „gewisse Tendenz zur Katastrophisierung und Dramatisierung“ feststellen, was aufgrund der Untersuchungsbefunde indes eher als Ausdruck von akzentuierten histrionischen Persönlichkeitszügen zu verstehen sei (Urk. 7/36/58). Zuvor schrieb bereits Dr. J.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 10. Februar 2011, er habe den Beschwerdeführer als undifferenziert-katastrophisierend, aber aufgrund der lebhaften bis impulsiven Affektlage in keiner Weise depressiv-geprägt erlebt. Im Zusammenhang mit seiner Beschwerde schildert er sich sehr ausdrucksstark und lebendig (Urk. 7/52/13).

Histrionische

Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z 73.1) stellen nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts keine rechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_726/2014 vom 25. Februar 2015 E. 3.1.1 mit Hinweisen), womit solche Persönlichkeitszüge nicht Komorbidität sein können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3.

Juni 2015 E. 4.3.1.3). Hinzu kommt, dass die B.\_\_\_\_-Gutachter selbst unter dem Titel „kritische Würdigung vorhandener

Arztberichte“ festhielten, die unterschiedlichsten –

zuvor von den Z.\_\_\_\_-Gutachtern (Urk. 7/36/77) – gestellten Diagnosen

mit unter anderem

„akzentuierten

histrionischen

Persönlichkeitszügen“ seien bei einer Konversionsstörung nicht „über raschend“, sondern typisch (Urk. 7/94/41). Inwiefern sich die histrionische Symptomatik seit der Beurteilung im Zentrum

Z.\_\_\_\_

derart verschlimmert hat, sodass der Beschwerdeführer nicht mehr auf die von den Z.\_\_\_\_-Gutachtern festgestellten Ressourcen und Copingstrategien (Urk. 7/36/59-60, Urk.

7/36/74) zurück greifen könnte, bleibt im B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 12. Dezember 2013 (Urk. 7/94) unbeantwortet und bedarf einer fachärztlichen Beurteilung.

Der psychiatrische B.\_\_\_\_ -Gutachter gibt die von ihm erhobenen Befunde und deren Ausprägung einlässlich wieder (Urk. 7/94/32-34). Gerade im Bereich der Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen werden von der neusten Rechtsprechung hohe Anforderungen an die Begründung gestellt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 4.3.2). Zu den persönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers äussert sich der psychiatrische B.\_\_\_\_ -Gutachter jedoch nicht. Der Z.\_\_\_\_ -Gutachter hatte aber noch darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer über Ressourcen und Copingstrategien verfüge, auf welche er bei der Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit abstützen könne (Urk. 7/36/59-60, Urk. 7/36/74).

Zum Indikator „Sozialer Kontext“ beziehungsweise zu allfälligen – nicht zu berücksichtigenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015

E. 4.3.3) – sozialen Belastungen mit direkt negativen funktionellen Folgen, ist dem B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 12. Dezember 2013 (Urk. 7/94) ebenfalls nichts Konkretes zu entnehmen. 4.2.3

Was schliesslich den Aspekt „Konsistenz“ betrifft, kann – da das B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 12. Dezember 2013 (Urk. 7/94) keine fachärztliche Beurteilung der bisherigen psychiatrischen Behandlung enthält – der Indikator „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ nicht abschliessend beurteilt werden. Auch zu den Aktivitätseinschränkungen lässt sich dem Gutachten nur wenig entnehmen. Im B.\_\_\_\_ -Gutachten wird die Tagesstruktur des Beschwerdeführers wiedergegeben (vgl. Urk. 7/94/15). Der B.\_\_\_\_ -Gutachter weist

ferner darauf hin, dass der Beschwerdeführer über eine Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit klagt, ihm das Autofahren – für kurze Strecken – aber den noch möglich sei (Urk. 7/94/14, Urk. 7/94/22, Urk. 7/94/34). 4.3

Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass eine Beurteilung der Standardindikatoren (E. 2.3.2) auf Grund der aufliegenden Unterlagen nicht möglich ist.

Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung einer psychiatrischen Begutachtung des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung dieser Standardindikatoren zurück zuweisen

(vgl. B GE 137 V 210

E. 4.4.1. 4 mit Hinweisen). Aufgrund des Zeitablaufs seit der Begutachtung im B.\_\_\_\_ dürfte sich eine polydisziplinäre (Verlaufs-) Begutachtung – das

heisst mindestens unter Beteiligung von Ärzten der Fachrichtungen Pneumologie und Rheumatologie – rechtfertigen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

#### 5.1

Nach § 28 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung mit Art. 126 der Zivilprozessordnung (ZPO) kann das Verfahren sistiert werden, wenn die Zweckmässigkeit dies verlangt. Das Verfahren kann namentlich sistiert werden, wenn der Entscheid vom Ausgang eines anderen Verfahrens abhängig ist (Art. 126 Abs. 1 Satz 2 ZPO). 5.2

Zur Begründung seines Antrags auf Verfahrenssistierung führt der Beschwerdeführer aus, nach der Anmeldung einer pneumologischen Berufskrankheit bei der SUVA habe mit deren Aussendienstmitarbeiter am 19. Mai 2015 eine Besprechung stattgefunden. Der Entscheid der SUVA darüber, ob eine Berufskrankheit vorliege, würde sich auch auf die Leistungen der Invalidenversicherung auswirken, weshalb das vorliegende Verfahren bis zu diesem Entscheid zu sistieren sei (Urk. 23 S. 2). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ist die Frage, ob die SUVA sein Lungenleiden als Berufskrankheit anerkennt oder nicht, für die Beurteilung seiner Beschwerde gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. September 2014 (Urk. 2) nicht relevant. Die Invalidenversicherung ist als finale Versicherung konzipiert, welche das Risiko der Invalidität unabhängig vom Vorliegen eines bestimmten versicherten Ereignisses wie Krankheit oder Unfall deckt (BGE 124 V 174 E. 3b mit weiteren Hinweisen), sofern die Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch erfüllt sind. Es kommt hinzu, dass der Entscheid der Unfallversicherung für die Invalidenversicherung keine Bindungswirkung hat (vgl. BGE 133 V 549 E. 6.2 mit weiteren Hinweisen). Die funktionellen Einschränkungen des Lungenleidens des Beschwerdeführers werden im von der Beschwerdegegnerin einzuholenden polydisziplinären (Verlaufs) Gutachten berücksichtigt werden.

Demnach ist der Antrag des Beschwerdeführers auf Verfahrenssistierung vom 22. Mai 2015 (Urk. 23) abzuweisen.

#### 6.

##### 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der

vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat, welche nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'100.--

(inkl.

Barauslagen und MWSt) festzusetzen ist.

Damit erweist sich das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht beschliesst:

Der Antrag des Beschwerdeführers auf Verfahrenssistierung vom 22. Mai 2015 wird abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 23. September 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler unter Beilage des Doppels von Urk. 26 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Hurst  
Hübscher

## **E. 7**

bis 2011 (letzter effektiver Arbeitstag: 26. April 2010, Urk. 7/22/1)

als Staplerfahrer, Steinkontrolleur und in der Betonverarbeitung

für die

Firma Y. \_\_\_\_ (Urk. 7/10/6, Urk. 7/17, Urk. 7/22, Urk. 7/94/14). Am 23. September 2010 meldete er sich unter Hinweis auf eine seit 2006 bestehende Krankheit bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/10, Urk. 7/13). Im Zuge ihrer Abklärungen in beruflich-erwerblicher und medizinischer Hinsicht veranlasste die IV-Stelle namentlich das polydisziplinäre

Gutachten des Begutachtungszentrums Z. \_\_\_\_ vom 30. Juni 2011, an welchem Ärzte der Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Pneumologie, Rheumatologie sowie Psychiatrie und

Psychotherapie beteiligt waren (Urk.

7/36) . Der Versicherte reichte der IV-Stelle mit Eingaben vom 30. August und 11.

September 2012 (Urk. 7/57, Urk. 7/59) Arztberichte (Urk. 7/58, Urk. 7/60) ein. In der Folge zog

die IV-Stelle

Berichte des Spitals A.\_\_\_\_ zur Behandlung der Insertionstendinopathie an der linken Quadricepssehne

bei (Urk. 7/61 -62).

Sie kündigte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 5.

Dezember 2012 bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 29

% die Abweisung seines Leistungsbegehrens an (Urk. 7/66). Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 4. Februar 2013 Einwand (Urk. 7/72). Mit Eingabe vom 8.

Februar 2013 brachte er unter Beilage des Berichts des Spitals A.\_\_\_\_ vom 31. Januar 2013 (Urk. 7/73) vor, dass er sich von der in diesem Spital durchgeführten Operation am linken Knie vom 7.

September 2012 noch nicht erholt habe (Urk. 7/74). In seiner Stellungnahme zu den neu aufgelegten Berichten hielt das

Zentrum Z.\_\_\_\_

am 27. Mai 2013 fest, dass ein Verlaufs-gutachten unabdingbar sei (Urk. 7/76) .

Die daraufhin veranlasste Verlaufs-gutachtung fand im Zentrum B.\_\_\_\_ statt, welches sein Gutachten am 12. Dezember 2013 erstattete (Urk. 7/94). Am 4. März 2014 liess der Versicherte zum B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 12. Dezember 2013 (Urk. 7/94) Stellung nehmen (Urk. 7/97). Hierzu holte die IV-Stelle die Vernehmlassung des Zentrums B.\_\_\_\_ vom 6. Mai 2014 (Urk. 7/99) ein und verfügte in der Folge am 23. September 2014 wie am 5. Dezember 2012 vorbeschieden die Abweisung des Leistungsbegehrens (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 22. Oktober 2014 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 23. September 2014 sei ihm ab 1. Februar 2011 eine ganze Invalidenrente auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin in der Person von Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 21. November 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten [Urk. 7/1-105]), was dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 2. Dezember 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11).

Mit Eingaben vom 31. März, 2. und 7. April 2015 (Urk. 16, Urk. 18, Urk. 20) reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte (Urk. 17/3-6, Urk. 21) sowie das Schreiben seiner Rechtsvertreterin an die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) betreffend die Anmeldung einer pneumologischen

Berufskrankheit (Urk. 17/7) ein. Die Beschwerdegegnerin erhielt davon jeweils Kopien zur Kenntnisnahme (Urk. 19, Urk. 22).

Der Beschwerdeführer beantragte mit Eingabe vom 22. Mai 2015, das Verfahren sei zu sistieren, bis die SUVA darüber entschieden habe, ob eine Berufskrankheit vorliege (Urk. 23). Mit Eingabe vom 2. Juli 2015 erklärte die Beschwerdegegnerin Verzicht auf Stellungnahme zum Sistierungsantrag (Urk. 26). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

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