

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00509 vom 3. Oktober 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-10-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00509

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00509 du 3 octobre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00509 del 3 ottobre 2019

Erwägungen

E. 1

.

E. 1.1

Die rechtlichen Grundlagen zum Invaliditätsbegriff bei Erwerbstätigen (Art.

E. 1.2

Mit Eingabe vom 2 1. Januar 2016 meldete sich der anwaltlich vertretene Ver sicherte unter Einreichung mehrerer Berichte der Z.____ Klinik und eines neuropsychologischen Berichts der A.____ AG vom 1 7. Juni 2015

neu erlich zu m Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an und liess eine deutliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes aufgrund der Auswir kungen der progredienten degenerativen Bef unde im Bereich der Wirbelsäule und neuropsychologischer Störungen geltend machen (Urk. 6/52/1-53/2) . Mit Vorbe scheid vom 9. Mai 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass mit den eingereichten medizinischen Unterlagen keine Veränderung des Gesundheitszu standes gegenüber 2012 glaubhaft gemacht werde, weshalb das Leistungsbegeh ren voraussichtlich abgewiesen werde (Urk. 6/60). Auf den Einwand vom 6. Juni 2016 (Urk. 6/64)

und dessen Ergänzung vom 8. Juni 2016 (Urk. 8/66) hin, welche am 4. August 2016

mit weiteren ärztlichen Berichten ergänzt wurden (Urk. 6/68/1- 6/ 69/6), teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 2 7. Januar 2017 die Notwendigkeit einer polydisziplinären Begutachtung mit (Urk. 6/78). Der Auf trag wurde über die Swiss Medap Nr. 30450 (Urk. 6/80) der Gutachterstelle MEDAS

B.____ GmbH erteilt (Urk. 6/80). Nach Eingang des interdiszipli nären Gutachtens vom 1 4. September 2017 (Urk. 6/90/1-101) und der Stellung nahme des Beschwerdeführers dazu (Urk. 6/97) hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. Mai 2018 am vorgesehenen Entscheid fest und verneinte das Vorliegen eines Gesundheitsschadens, welcher die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätig keit einschränke (Urk. 2).

E. 1.2.1

Zu ergänzen ist, dass Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken können . Rechtsprechungs gemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessen des Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl.

BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. Novem ber 2015 E. 5.4).

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

E. 1.2.2

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisie rung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachver ständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichen des Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1).

E. 1.3.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der ver sicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

Unerheblich unter revisions - und damit auch unter neuanmeldungs rechtlichen Gesichtspunkten ist nach der Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 387 E. 1b mit Hinweisen).

E. 1.3.2

Neuanmeldungsrechtlich massgebender Vergleichszeitraum ist seit der mit BGE 130 V 71 präzisierten Rechtsprechung der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung einerseits, der Zeitpunkt, in welchem das Neuanmeldungs gesuch und die Glaubhaftmachung einer anspruchsbefehlenden Tagsachen änderung geprüft wird, andererseits.

Ist eine Veränderung einer der revisionsrechtlich relevanten Parameter erstellt, so besteht nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung keine Bindung mehr an das Mass der übrigen, unverändert gebliebenen Parameter, die dem vorangegangenen rechtskräftigen Entscheid zugrunde

gelegt worden sind. Vielmehr ist der Rentenanspruch diesfalls in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht frei und umfassend zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3, 117 V 198 E. 4b, je mit Hinweisen).

E. 1.4

Nach Abschluss des Schriftenwechsels unaufgefordert eingereichte Stellungnahmen einer Partei sind aus dem Recht zu weisen; demgegenüber sind nach Abschluss des Schriftenwechsels eingereichte Beweismittel, namentlich Gutachten, insoweit zu berücksichtigen, als diese etwas zur Feststellung des rechtlich massgebenden Sachverhaltes beizutragen vermögen (RKUV 1985 Nr. K 646 S. 239 E. 3b = ZAK 1986 S. 190 E. 3b; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 194). 2.

E. 2

Es sei eine gerichtliche Oberbegutachtung anzuordnen.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der MEDAS B.____ vom 14. September 2017 kein Gesundheitsschaden vorliege, welcher die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit einschränke. Den im Einwandverfahren eingereichten ärztlichen Berichten seien keine wesentlichen neuen medizinischen Sachverhalte zu entnehmen (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber in formeller Hinsicht geltend machen, dass die Beschwerdegegnerin, indem sie sich mit seiner im Einwandverfahren vorgebrachten ausführlichen Kritik am Gutachten der MEDAS B.____ nicht effektiv auseinandergesetzt habe, sein rechtliches Gehör verletzt habe.

Inhaltlich lautete die Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten der MEDAS B.____ im Wesentlichen dahingehend, dass es im Lichte der medizinischen Leitlinien für Gutachten, welche seines Erachtens verbindlich einzuhalten seien, diverse Mängel aufweise. So hätten sich die Gutachter der MEDAS B.____

nur ungenügend mit den Vorakten wie auch mit den bisherigen Behandlungsbemühungen auseinander gesetzt. Insbesondere würden die unzähligen Wirbelsäuleninfiltrationen, welche auf einen hohen Leidensdruck und ein intensives Schmerzgeschehen schliessen liessen, nicht berücksichtigt. Zudem werde der Aggravationsvorwurf nicht sauber begründet. Auch hätten die Gutachter das Anforderungsprofil am angestammten Arbeitsplatz, insbesondere dessen kognitive Anforderungen nicht beleuchtet. Angesichts dieser Mängel sei ein gerichtliches Obergutachten anzuordnen (Urk. 1 S. 7 ff.).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist unbestrittenermassen auf die Neuanschaffung des Beschwerdeführers vom 21. Januar 2016 (Urk. 6/53) eingetreten. Streitig und zu prüfen ist folglich, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der gerichtlich bestätigten Verfügung vom 21. November 2012 (Urk. 6/42/10-12), welche Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet und mit welcher ein Leistungsanspruch verneint worden war, bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids, welcher rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 mit Hinweisen), in anspruchrelevanter Weise verschlechtert hat. 3.

E. 3

Es sei eine Verletzung des rechtlichen Gehörs und der Begründungspflicht festzustellen.

Unter Kosten und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin."

Die IV-Stelle schloss in der Vernehmlassung vom 7. Juni 2018 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 9. Juni 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Mit Eingabe vom 5. April 2019 liess der Beschwerdeführer diverse Berichte der Z.____ Klinik einreichen (Urk. 8, 9/1-10). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme dazu (Urk. 11), wovon dem Beschwerdeführer am 4. April 2019 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 12).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

E. 3.1

Die Rüge der Gehörsverletzung ist aufgrund ihrer formellen Natur vorweg zu behandeln (vgl. BGE 118 Ia 18 E. 1a). Das Recht auf eine Begründung eines Entscheides ist ein Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör, wie er neben den speziellen gesetzlichen Regelungen in Art. 42 ATSG und Art. 57a Abs. 1 IVG auch in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) garantiert wird (vgl. BGE 124 V 181 E. 1a). Die Begründungspflicht soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und soll de r

betroffenen Person ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl sie wie auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. Es muss für sie nachvollziehbar sein, inwieweit die Einwände gewürdigt wurden. In diesem Sinn müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche

sich ihre Verfügung stützt. Die Verwaltung darf sich nicht darauf beschränken, die von der versicherten Person im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen; sie hat ihre Überlegungen der

betroffenen Person gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den (entscheid wesentlichen) Einwänden auseinanderzusetzen oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 124 V 181 ff. E. 1a und E. 2b mit Hinweisen, 126 V 80 E. 5b/ dd ; Urteil des Bundesgerichts I 614/06 vom 3. Oktober 2006 E. 3.2).

Nach der Rechtsprechung kann eine – nicht besonders schwerwiegende – Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die

betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines – allfälligen – Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 124 V 183 E. 4a mit Hinweisen; 126 V 75 E. 5b/ dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b).

E. 3.2

Zwar ging die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) nicht vertieft auf sämtliche Einwände des Beschwerdeführers gegen die Beweis kraft des Gutachtens der MEDAS B.____

im Einwandverfahren (vgl. dazu: Urk. 6/97) ein. Sie nahm aber immerhin insoweit Stellung, als sie sich dafür aussprach, dass den im Neuanmeldungsverfahren eingegangenen ärztlichen Berichten keine neuen wesentlichen medizinischen Tatsachen zu entnehmen seien, weshalb sie ihren Entscheid hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit weiterhin auf das Gutachten der MEDAS B.____ stütze (Urk. 2). Damit wurde der Beschwerdeführer in die Lage versetzt, die Verfügung sachgerecht anfechten zu können. Nachdem er in seiner Beschwerde vom 29. Mai 2018 (Urk. 1) bei voller Kognition des hiesigen Gerichts umfassend Stellung nehmen konnte, wäre selbst unter Annahme einer jedenfalls nur leichten Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Beschwerdegegnerin, von der Heilung derselben auszugehen. Hiervon ging offensichtlich auch der Beschwerdeführer aus, verzichtete er doch auf einen Rückweisungsantrag zur Gewährung des rechtlichen Gehörs (vgl. Urk. 1 S. 2). 4. 4.1

Der gerichtlich bestätigten Verfügung vom 21. November 2012 (Urk. 6/42/10-12) lagen in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen die Untersuchungsberichte von med. pract. C.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 13. April 2012 (Urk. 6/25/1-7) und von Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom selben Tag (Urk. 6/26/1-6), beide vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD), zugrunde (vgl. Urk. 6/27/4).

Med. pract. C.____ schloss auf folgende (Haupt-) Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/25/7): - Schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) bei Foramenstenose C3/4 und Diskushernien der Halswirbelsäule und Diskushernie L4/5 mit Osteochondrosen der

Lendenwirbelsäule - Status nach Diskushernie L4/5 links mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 links

Die psychiatrische Abklärung führte zur Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung gemäss ICD-10 F45.1, welcher Dr. D.____ eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von maximal 40 % beordnete (Urk. 6/26/5 f.). Die Beschwerdegegnerin erachtete die Somatisierungsstörung in der Verfügung vom 21. November 2012 dagegen als überwindbar und damit nicht als invalidisierend (Urk. 6/40).

Im Urteil IV.2013.00021 vom 30. April 2014 schloss sich das hiesige Gericht in der Würdigung der medizinischen Aktenlage den Schlussfolgerungen der Beschwerdegegnerin an. Es erachtete sowohl die Diagnosestellung von med. pract

C.____ als auch ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit, zu welcher die aktuelle Tätigkeit zähle, als insgesamt überzeugend. Die übrigen medizinischen Akten, insbesondere auch die im Recht liegenden Berichte der Z.____ Klinik gaben zu keiner abweichenden Beurteilung Anlass, zumal auch gestützt auf dieselben keine neurologischen Ausfälle und keine entzündlich-rheumatologische Diagnose feststellbar waren (vgl. E. 4.1.3 im Urteil IV.2013.00021 vom 30. April 2014, Urk. 6/48/7 ff.).

In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand wurde die Herleitung einer undifferenzierten Somatisierungsstörung durch Dr. D.____ als überzeugend und plausibel erachtet. Der von ihr festgestellten 40%igen Arbeitsunfähigkeit sprach das Gericht in Auseinandersetzung mit den dann zumal rechtsprechungsgemäss im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen

anwendbaren sogenannten « Försterkriterien » (BGE 130 V 352) die versicherungsrechtliche Relevanz ab und erachtete die von Dr. D.____ attestierte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ebenfalls als überwindbar (E. 4.2 im zitierten Urteil IV.2013.00021, 6/48 S. 9 ff.). 4.2

4.2.1

Die seit der Neuanmeldung vom 21. Januar 2016 bis zur Erstellung des Gutachtens der MEDAS B.____ vom 14. September 2017 neu eingereichten und von der Beschwerdegegnerin eingeholten respektive zur Abklärung

in der MEDAS B.____

mitgebrachten medizinischen Unterlagen werden im Gutachten umfassend wiedergegeben (vgl. Urk. 6/90/18-29). Darauf wird verwiesen. 4.2.2

Dem interdisziplinären Gutachten der MEDAS B.____ vom 14. September 2017 lagen eine allgemein-innermedizinische, eine orthopädische, eine psychiatrische, eine neuropsychologische und eine neurologische Untersuchung zugrunde (vgl. Urk. 6/90/1).

Gestützt auf die Teilgutachten schloss der interdisziplinäre Konsens das Vorliegen einer Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der weiterhin ausgeübten Tätigkeit als CEO des eigenen Informatikunternehmens aus. Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mass er den folgenden Diagnosen bei (Urk. 6/90/49): - Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41 - Überlagert durch aggravatorisches Verhalten (F68.0) - Multifaktorieller Kopfschmerz, Migräne und allfälliger Spannungskopfschmerz, DD möglicher Analgetikaübergebrauch -Kopfschmerz - Wiederkehrende Zervikalgien und Zervikozephalgien bei multisegmentalen schweren degenerativen

Veränderungen der HWS mit Spinalkanalstenose und multisegmentalen Foramenstenosen ohne Myelopathie und ohne signifikante klinisch-relevante radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik - Wiederkehrende Lumbalgien bei geringer Wirbelsäulenfehlstatik mit degenerativen LWS-Veränderungen ohne neurologische Reiz- oder Defizitsymptomatik - Wiederkehrende Gonalgien bei allenfalls initialer Gonarthrose - Spreizfuss beidseits - In ihrer Ausprägung nicht authentische kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugedächtnis und Exekutivfunktionen mit/bei auffälliger Performanz- und Beschwerdenvalidierung sowie Inkonsistenzen gemäss Slick-Kriterien als Aggravation zu werten

Weiter wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer klagt über Schmerzen in seiner HWS als Hauptbeschwerden. Diese seien immer da, seien dumpf und reibend. Der Schmerz strahle von der HWS in den Kopf aus. Die Kopfschmerzen, welche gemäss Anamnese im neurologischen Teilgutachten in den letzten 4 bis 5 Jahren deutlich zugenommen hätten (Urk. 6/90/63), bestünden mehr oder weniger immer. Beschrieben würden sie als teilweise migräneartig in der Schläfe und an den Augen, teilweise ausstrahlend in Richtung der Arme und der Hände. Vom Charakter her ähnliche Schmerzen wie in der HWS verspüre er auch in der

LWS, nur schwächer ausgeprägt. Das linke Bein sei stärker von der Schmerzausstrahlung betroffen als das rechte.

Statische Belastungen wie Sitzen und Stehen seien katastrophal, beim Gehen gehe es einigermassen gut, er arbeite seit sechs Jahren an einem Stehpult und liege 12 bis 14 Stunden täglich. Darüber hinaus habe der Beschwerdeführer über eine Lärmempfindlichkeit und ausgeprägte Konzentrationsprobleme geklagt (Urk. 6/90/45 f.).

Von somatischer Seite bestehen gemäss der Konsensbeurteilung der MEDAS B.____ beim Beschwerdeführer multisegmentale schwere Veränderungen an der HWS, welche zu einer Spinalkanalstenose und multisegmentalen Foramenstenosen ohne Nachweis einer Myelopathie führten. Eine nachhaltige Neurokompression würde über die bildmorphologischen Gegebenheiten nicht erklärt, jedoch seien wiederkehrend auftretende vertebrale

radikuläre Irritationen nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang mögliche Schmerzen und Missempfindungen in den Extremitäten führten jedoch zu keinen für die Arbeitsfähigkeit relevanten Funktionseinschränkungen. Hinweise für eine signifikante neurologische Störungssymptomatik im Sinne einer zervikoradikulären und einer lumboradikulären Symptomatik wurden dagegen verneint. Auch habe die durchgeführte Elektro-myographie keine Schlüsse auf eine signifikante radikuläre

axonale Schädigung zugelassen und es fehlten Hinweise sowohl für eine Neuropathie als auch eine periphere Engpasssymptomatik. Von orthopädischer Seite hätte sich eine endgradig eingeschränkte Beweglichkeit bei Rechtsrotationen und Rechtsneigungen der HWS gezeigt bei im Übrigen uneingeschränkter Beweglichkeit und fehlender bedeutsamer Wirbelsäulenfehlstatik. Die Wirbelsäule habe sich nicht blockiert gezeigt und die paravertebrale Muskulatur nicht verspannt (Urk. 6/90/46).

Die vom Beschwerdeführer angegebene Kopfschmerzsymptomatik entspreche möglicherweise teilweise einer gelegentlichen Migräne, der überlagerte Dauerkopfschmerz sei dagegen nicht migränetypisch. Als denkbar wurde ein analgetikainduzierter

Kopfschmerz erachtet, welcher jedoch letztlich auch zu keiner höheren Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit führe. Jedenfalls sei der Kopf schmerz nicht ausschliesslich über das Zervikalsyndrom zu erklären, sondern sei daneben mit hoher Wahrscheinlichkeit psychogener Ursache. Das im Rahmen der Begutachtung expressiv gezeigte Sich-an-den-Kopf-und - Nacken-Fassen, dann wieder an den Rücken oder ans Bein, je nach Themengebiet , deute auf eine Schmerzverarbeitungsstörung hin. Hinweise auf das Vorliegen einer rheumatischen Systemerkrankung oder einer fibromyalgieformen Schmerzstörung hätten sich keine ergeben (Urk. 6/90/46 f.).

In Betrachtung der psychischen Seite wies der Konsens im Rahmen der Gesamtbeurteilung darauf hin, dass der Beschwerdeführer entgegen seinem Beschwerde vortrag in seinem Lebensalltag noch auffällig agil sei und sich neben seiner beruflichen Tätigkeit, welcher er gemäss Anamnese nach eigener Schätzung zu 20 bis 30 % nachkomme, wobei er noch zweieinhalb Mitarbeiter in der Schweiz, zwei weitere Mitarbeiter in Indien und bis zu fünf Freelance -Mitarbeiter beschäftige (Urk. 6/90/45) , der Kinderbetreuung und allgemeinen Aufgaben im Haus und Garten widme. Dennoch müsse von einer psychisch bedingten Überlagerung der Symptomatik im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ausgegangen werden. Als Vorbehalt anzumerken sei , dass sich der psychiatrische Befund bezüglich der Feststellung des aggravierenden V erhalten mit dem neuropsychologischen Gutachten decke. Dieses Verhalten führe zur Diagnose gemäss ICD-10 F68.0 , sei es doch durch keine andere versicherungsmedizinisch relevante primäre psychische Störung erklärbar (Urk. 6/90/47).

Was die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anbelange, ergäben sich aus internistischer und neurologischer Sicht keine Einschränkungen. Die fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen an der HWS würden die Arbeitsfähigkeit dahingehend einschränken, dass Tätigkeiten verbunden mit Wirbelsäulenhaltungsmotoren , langanhaltenden statischen Belastungen der Wirbelsäule und mit langen Belastungen der Wirbelsäule ausserhalb der Achse Schmerzen erwarten liessen. Auch erschienen mehr als gelegentlich auszuführende mittel schwere und alle schweren Tätigkeiten als nicht mehr zumutbar. Gemäss Mini-ICF-App sei der Beschwerdeführer leicht beeinträchtigt in der Durchhaltefähigkeit und der Spontanaktivität, was gesamtwertend zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Idealerweise arbeite der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit in temperierten Räumen, ohne Nässe, Kälte oder Zugluft.

Nachdem der Beschwerdeführer einen Arbeitsplatz bereits mit einem Stehpult ausgerüstet habe, erscheine die angestammte Tätigkeit eines selbständig erwerbenden Firmenchefs, welcher ganz überwiegend mit der Bürotätigkeit beschäftigt sei, als dem Leiden angepasst. In dieser Tätigkeit sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit bei einem Zeitpensum von 8,5 Stunden täglich auszugehen. Diese Einschätzung gelte retrospektiv uneingeschränkt. Nachvollziehbar seien die von den behandelnden Ärzten bis zum Jahr 2011 attestierten vorübergehenden Arbeitsunfähigkeiten (Urk. 6/90/48 ff.). 4.2.3

Dr. med. E.____ , Chefärztin der Rheumatologie und der Rehabilitation der Z.____ Klinik, und Dr. med. F.____ , Chefarzt der Neurologie der Z.____ Klinik, nahmen mit im

Einwandverfahren eingereichte m Bericht vom 11. November 2017 Stellung zum Gutachten der MEDAS B.____ . Als diskussionswürdig erklärte n sie den Umstand, dass die Beweglichkeitseinschränkungen der HWS bei ihren Untersuchungen im Gegensatz zu den

im orthopädischen Teilgutachten der MEDAS wiedergegebenen Befunden jeweils erheblich gewesen seien. Zwar habe der orthopädische Gutachter die schweren degenerativen Veränderungen korrekt wiedergegeben und auch erwähnt, dass radikuläre Irritationen nachvollziehbar seien. Jedoch stehe die Schlussfolgerung, dass sich aus orthopädischer Sicht keine Leistungseinschränkung ergebe, mit der Aussage, wonach bei Haltungsmonotonien rasch Schmerzen aufträten, im Widerspruch, sei doch eine administrative Tätigkeit in der Regel mit Haltungsmonotonien vergesellschaftet. Zwar gingen auch sie davon aus, dass die angestammte Tätigkeit in der eigenen Firma ideal angepasst sei und möglichst erhalten werden sollte. Nur erachteten sie eine reduzierte Leistungsfähigkeit mit der Notwendigkeit von regelmässigen Pausen und Absenzen für die diversen Behandlungen (Therapien, Infiltrationen) als klar gegeben, was das zumutbare Arbeitspensum reduziere. Auch sei nachvollziehbar, dass in Phasen verstärkter Kopfschmerzen Konzentrationsprobleme aufträten, welche die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen würden. Was den Vorwurf der Aggravation anbelange, sei das auffällig bezeichnete Verhalten auch in den Sprechstunden und Therapien in der Z.____ Klinik beobachtbar gewesen, verstärkt zu Zeiten vermehrter Schmerzen. Es sei durchaus nachvollziehbar, dass dieses Verhalten befremde. Jedoch hätten sie als Spezialärzte mit jahrelanger Erfahrung in der Behandlung von Schmerzpatienten nie den Eindruck gehabt, der Beschwerdeführer zeige ein bewusstes Verhalten im Sinne einer Aggravation. Vielmehr liege ihres Erachtens eine bewusstseinsferne Problematik vor. Angesichts dessen, dass sie behandelnd und nicht begutachtend seien, habe der Beschwerdeführer ihnen gegenüber ja nichts zu beweisen; trotzdem sei das Verhalten wie ein Tick vorhanden.

Im Gutachten würden die problematische Kindheit des Beschwerdeführers und die traumatischen Erlebnisse mit Mordanschlag auf den Vater und späterem Selbstmord desselben zwar thematisiert, dann aber argumentiert, der Beschwerdeführer habe sich dennoch gut entwickelt und ein eigenes Geschäft gründen können. Sie hätten dagegen den Eindruck, dem Beschwerdeführer fehle aus seiner Entwicklung heraus die Ressource, um mit den somatischen Problemen funktionell angepasst umgehen zu können. Es stelle sich daher die Frage, ob eine psychiatrische Evaluation mit der Frage nach einer allfälligen Persönlichkeitsstörung, welche zum bewusstseinsfernen und dysfunktionalen Verhalten führe, durchzuführen sei (Urk. 6/98/1-2).

In einem weiteren zu den Akten gegebenen Schreiben vom 9. Januar 2018 führte Dr. E.____ aus, der Beschwerdeführer stehe seit 2008 in Behandlung der Neurologie und Rheumatologie der Z.____ Klinik. Dabei seien regelmässig Physiotherapien verordnet worden; am hilfreichsten hätten sich jedoch bisher die Steroidinfiltrationen im Bereich der Wirbelsäule erwiesen sowie Weichteilinfiltrationen mit Procain. Diese Behandlungen wirkten allerdings nur kurzzeitig, ergäben aber jeweils eine Teillinderung. Leider könnten alle symptomatischen Behandlungsmassnahmen die überdurchschnittlich rasche Progredienz der degenerativen/erosiven Prozesse nicht aufhalten. Alle diese Behandlungen hätten über die Jahre hinweg keine ausreichend anhaltende Symptomreduktion gebracht, so dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers als CEO einer Informatikfirma deutlich reduziert geblieben sei (Urk. 6/99). 4.3

Die RAD-Ärztin med. pract. C.____

vertrat

am

8. Februar 2018 die Auffassung, dass Dr. F.____ und Dr. E.____ im Wesentlichen die im MEDAS-Gutachten erhobenen Befunde bestätigten. Insgesamt seien der Stellungnahme keine neuen medizinischen Sachverhalte zu entnehmen (Urk. 6/101/6). 5. 5.1

Vorweg zur Würdigung der medizinischen Unterlagen ist daran zu erinnern, dass im Neuanmeldungsverfahren nur erhebliche

Veränderungen des Gesundheitszustandes (Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 134 V 131 E. 3; 117 V 198 E. 3a)

beachtlich sind, mithin Veränderungen, welche eine massgebliche (zusätzliche) Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen nach sich ziehen (vgl. BGE 114 V 286). 5.2

Der Vergleich der im Neuanmeldungsverfahren eingegangenen medizinischen Akten mit den ärztlichen Berichten, welche der Verfügung vom 21. November 2012 zugrunde lagen, zeigt,

dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im Wesentlichen gleich geblieben sind.

So klagte der Beschwerdeführer anlässlich der Konsultation vom 30. November 2015 bei Dr. E.____

weiterhin über die im Vordergrund stehende HWS-Problematik mit Schmerzen vor allem subokzipital in den Hinterkopf ausstrahlend sowie zum linken Auge mit praktisch täglich störenden Kopfschmerzen. Die lumbalen Beschwerden wurden als etwas weniger störend bezeichnet, stark beeinträchtigt fühlte sich der Beschwerdeführer dagegen durch die kognitiven Einschränkungen (Urk. 6/52/15). Auch anlässlich der orthopädischen Begutachtung in der MEDAS B.____ klagte er über ein permanentes Gefühl von Knochenreiben an der HWS, auch über Knochenschmerzen. Daneben leide er an Schmerzen in der LWS, permanenten Schmerzausstrahlungen von der HWS in die Arme und Schmerzen und Kribbeln in den Fingern 1 bis 3. Auch in den Beinen habe er grippeähnliche Schmerzen; sein linkes Bein sei davon stärker betroffen. Permanent habe er Kopfweh, welches von der HWS ausstrahle (Urk. 6/90/31, vgl. auch: Anamnese im neurologischen Teilgutachten, Urk. 6/90/62 f.).

Diese Schilderungen korrespondieren auffällig mit den anamnestischen Angaben gegenüber med. pract. C.____ anlässlich der Untersuchung vom 13. April 2012 (Urk. 6/25/1) und insbesondere mit den Beschwerdeangaben anlässlich der psychiatrischen Abklärung durch Dr. D.____ vom selben Tag (Urk. 6/26/2).

So erklärte der Beschwerdeführer gegenüber Dr. D.____ bereits am 13. April 2012, dass er relativ viele Beschwerden habe. Wahnsinnig schlimm sei der Schmerz, « der vom Halswirbel C7/C

E. 8

anfange bis oberen Kopfwirbel, als hätte man

wahnsinnige Reibung, es sei ein komplett entzündetes Gefühl ». Dies habe 2008 angefangen. Er habe permanent Kopfschmerzen, Druck auf die Augen, null Konzentration. Nach 10-15 Minuten müsse er alles 10 Mal lesen, er könne sich nichts merken, sei vom Schmerz abgelenkt. Er habe immer das Gefühl, eine Grippe zu haben, habe kein Gefühl in den Fingern. Der Schmerz strahle überall hin aus (Urk. 6/26/1). Gegenüber med. pract. C.____

erklärte er , die 2005 eingesetzten Wirbelsäulenbeschwerden hätten sich mit der Zeit auf den ganzen Körper ausge dehnt, speziell leide er unter Schmerzen im Bereich der Schulter-Nacken-Region und der LWS. Seit 2008 seien die Beschwerden unerträglich geworden. Er leide jeden Tag unter Schmerzen und finde auch nachts keine Ruhe. Seit letztem Jahr sei er nicht mehr arbeitsfähig (Urk. 6/25/1).

Nicht nur die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, sondern auch die im Erstanmeldungsverfahren erhobenen Arbeitsanamnesen decken sich weitge hend mit den im hier zu beurteilenden Neuanmeldungsverfahren erhobenen Angaben zur noch ausgeübten Berufstätigkeit. So ging der Beschwerdeführer gemäss Arbeits - und Sozial anamnese in den Berichten von med. pract . C.____

und Dr. D.____ vom 13. April 2012 dannzumal noch zirka 3 bis 4 Mal pro Woche für eine Stunde ins Büro , um die dringendsten Aufgaben zu erledigen, Unterschriften zu leisten etc. Seit 3 Jahren, mithin nach Ausbruch seiner Schmerz krankheit, habe er einen Stellvertreter. Ansonsten liege er sehr viel, beantworte auch seine Mails (Urk. 6/25/3, 6/26/2). Nahezu deckungsgleich schilderte er seine beruflichen Aktivität en gegenüber dem orthopädischen Teilgutachter der MEDAS B.____ am 23. Juni 2017 (Urk. 6/90/33).

Ebenfalls nicht auf eine massgebliche gesundheitliche Verschlechterung seit Erlass der Verfügung vom 21. November 2012 lassen die vom Beschwerdeführer in Anspruch genommenen Behandlungen schliessen. Wie der Beilage zur Stellungnahme von Dr. E.____ vom 9. Januar 2018 zu entnehmen ist, wurde dem Beschwerdeführer von den zuständigen Ärzten der Z.____ Klinik seit April 2008 regelmässig Physiotherapie verordnet, wobei im Jahr 2012 sieben Serien anfielen , in den Folgejahren bis 2017 jeweils lediglich noch zwei bis vier Serien (vgl. Urk. 6/100/1). Daneben unterzog sich der Beschwerdeführer ebenfalls seit April 2008 zahlreichen Steroidinfiltrationen im Bereich der Wirbel säule sowie Weichteilinfiltrationen mit Procain . Gemäss Aktenlage lag der dies bezügliche Behandlungshöhepunkt ebenfa lls im Jahr 2012, in welchem sich der Beschwerdeführer elf Procain - Infiltrationen und sechs Steroidinfiltrationen bei Dr. F.____

unterzog; im Jahr 2015 fiel en dagegen eine einzige

Procain - Infiltra tion und acht Injektionen bei Dr. F.____

an , 2016 drei Procain -Infiltrationen und sieben Injektionen bei Dr. F.____ (Urk. 6/12/6, 6/100/ 2- 3). Auch die medikamen töse Behandlung hat seit 2012 keine wesentliche Ausweitu ng erfahren (vgl. zum Beispiel die im Bericht der Z.____ Klinik vom 18. Januar 2012 aufgeführte Medikation, Urk. 6/12/7, mit derjenigen im orthopädischen Teilgutachten der MEDAS B.____ , Urk. 6/90/33). 5.3

5.3 .1

Im Lichte dieser Gegebenheiten erweist sich denn auch das Gutachten der MEDAS B.____ vom 14. September 2017 als insgesamt überzeugende und in seinen Schluss folgerungen nachvollziehbare, auf allseitigen Untersuchungen und umfassender Aktenkenntnis ergangene ärztliche Beurteilung. Nachvollziehbar und mit der übrigen Aktenlage grundsätzlich im Einklang stehend erweist sich das Gutachten insbesondere hinsichtlich der Beurteilung , wonach sich der Zustand des Beschwerdeführers seit 2012 nicht massgeblich verändert hat, gingen doch die Gutachter der MEDAS B.____ von einer seit 2012 unveränderten 100%igen Leistungsfähigkeit im angesta mmten Beruf aus (Urk. 6/90/50).

5.3 .2

Was die so matischen Gesundheitsstörungen anbelangt, steht die Schlussfolgerung der MEDAS

B.____, dass sich trotz der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und der LWS klinisch und bildgebend

sowie elektromyographisch weiterhin keine nachhaltige Neurokompression nachweisen lasse, dass mithin weiterhin keine signifikante, objektivierbare neurologische Störungssymptomatik vorliegt (vgl. Urk. 6/90/46), mit der übrigen Aktenlage grundsätzlich im Einklang. Dem widersprechen denn auch Dr. F.____ und Dr. E.____ in ihrer Stellungnahme zum Gutachten vom 11. November 2017 nicht; vielmehr sprachen sie lediglich von radikulären Irritationen (vgl. Urk. 6/98/1), von welchen aber auch der Konsens der MEDAS B.____ ausging (Urk. 6/90/46). Im neurologischen Teilgutachten wurde des Weiteren in grundsätzlicher Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. F.____ vom 3. Dezember 2015 (Urk. 6/52/10) in Bezug auf die Kopfschmerzen ein Migräneanteil vermutet, welcher jedoch von einem nicht migränetypischen Kopfschmerz überlagert werde (Urk. 6/90/68). Dass Dr. F.____ die Spannungskopfschmerzen den zervikalen Destruktionen zuordnete (vgl. Urk. 6/52/7), der Konsens der MEDAS B.____ diesen dagegen nicht als ausschliesslich durch das Zervikalsyndrom verursacht beurteilte, sondern die Möglichkeit einer Analgetikainduktion in den Raum stellte und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch auf einen psychogenen Kopfschmerz schloss (vgl. Urk. 6/90/46), ändert nichts daran, dass die Akten auch diesbezüglich nicht auf eine massgebliche Verschlechterung schliessen lassen, standen doch die Kopfschmerzen bereits im Jahr 2012 klar im Vordergrund und gaben Anlass zu wiederholten Infiltrationen in den Bereich C2/3, C5/6 und C6/7 (vgl. Urk. 6/41/1-4, 6/100/2-3). Anlässlich einer Untersuchung in der Neurologie der Z.____ Klinik vom 2. September 2014 erklärte der Beschwerdeführer denn auch, dass die Dauerkopfschmerzen bereits seit drei Jahren, mithin seit 2011 das Hauptproblem seien (Urk. 6/90/98). Die im MRI des Neurokraniums vom 27. Juli 2016 festgestellten subkortikalen Marklagerläsionen (Urk. 6/71/4) konnten sodann keiner vaskulären Störung zugeordnet werden und wurden vom Teilgutachter der MEDAS

B.____

differentialdiagnostisch in einen allfälligen Zusammenhang mit der Migräne gestellt (Urk. 6/90/69), was angesichts der im Wesentlichen seit 2012 unverändert stark und andauernd geklagten Kopfschmerzen ebenso wenig Anlass zur Annahme einer neu anmeldungsrechtlich relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes gibt, wie die ebenfalls festgestellte und als mögliches Korrelat für den Kopfschmerz bezeichnete Pansinusitis (Urk. 6/71/4). Hinsichtlich letzterer gilt dies umso mehr, als dem allgemein-internistischen Teilgutachten der MEDAS B.____ keine Befunde, welche für eine Sinusitis einschlägig wären, wie eine Behinderung der Nasenatmung oder einseitige Kopf- und Gesichtsschmerzen, zu entnehmen sind (vgl. Urk. 6/90/73; Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 26. Auflage, S. 1966 f.).

Überzeugend legte des Weiteren

der orthopädische Teilgutachter in Auseinandersetzung mit den mit der Neuanmeldung vom 21. Januar 2016 eingereichten medizinischen Unterlagen (Urk. 6/52/1-28) dar, dass sich aus rheumatologisch/orthopädischer Sicht seit 2012 keine Befundänderungen ergeben hätten, welche eine andere Arbeitsfähigkeitseinschätzung erlauben würden. Zwar erachtete er die bildmorphologisch feststellbaren degenerativen Veränderungen an der HWS als

fortgeschritten, jedoch hätten sie sich seit 2012 gesamtwertend nicht richtungsweisend verschlechtert. Hinsichtlich des Segments C6/7 sprach er aufgrund des nun festzustellenden knöchernen Durchbaus und der vollständigen Rückbildung der Diskushernie nachvollziehbar von einer Stabilisierung des Zustandes. Auch schloss er in begründeter Weise unter Hinweis auf die unauffälligen Rheuma- und Entzündungslaborparameter und den fehlenden Behandlungserfolg mit einem probatorischen TNF-alpha-Blocker (vgl. dazu: Urk. 6/69/5) darauf, dass weiterhin keine entzündliche rheumatische Komponente zur Diskussion stehe (Urk. 6/90/42 f.). Auch dieser Schlussfolgerung widersetzten sich Dr. E. ___ und Dr. F. ___ am 11. November 2017 nicht, sondern gingen lediglich von einer erheblicher eingeschränkter Beweglichkeit aus, als der orthopädische Teilgutachter der MEDAS B. ___, ohne jedoch eine damit einhergehende Verschlechterung darzutun (vgl. Urk. 6/98/1).

Wenn der Beschwerdeführer vorbringen lässt, das MEDAS-Gutachten leide an einem schweren Mangel, setze es sich doch entgegen den orthopädischen und rheumatologischen Leitlinien für Gutachten, welche seines Erachtens Verbindlichkeit hätten, nicht mit seinen intensiven Therapiebemühungen und dabei insbesondere nicht mit den wiederholten Steroidinfiltrationen auseinander (Urk. 1 S. 8 f., 12 f.), so ist ihm entgegen zu halten, dass – wie oben dargelegt (E. 5.2) – die Behandlungsintensität insbesondere der Infiltrationen seit 2012 nicht zu, sondern eher abgenommen hat, was gerade nicht auf einen höheren, durch eine gesundheitliche Verschlechterung verursachten Leidensdruck schliessen lässt.

Insofern die nicht allumfassende Auseinandersetzung der MEDAS-Gutachter mit den bisherigen Behandlungen nicht mit den Leitlinien für rheumatologische Begutachtung der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie korrespondiert (vgl. unter: <https://www.rheuma-net.ch/de/fachinformationen>), hat dies im konkreten Fall keine nachteilige Auswirkung auf die Beweiskraft des Gutachtens. Entsprechend macht es denn auch Sinn, dass sich die Qualitätsleitlinien aller Fachrichtungen

entsprechend den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) nur als Empfehlung verstehen, von welcher im Einzelfall abgewichen werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1). Eine allzu strikte, auf die formalen Vorgaben reduzierte Beurteilung der Gutachten nach Massgabe der jeweiligen Leitlinien würde dem Gericht respektive der Verwaltung das Abstellen auf ein möglicherweise inhaltlich sehr überzeugendes, aber den formalen Leitlinien nicht in allen Teilen entsprechendes Gutachten wohl häufig verunmöglichen, was gegebenenfalls weder im Interesse einer besseren materiellen noch einer beförderlichen Fallerledigung läge. Für eine vom Beschwerdeführer geforderte Praxisänderung hin zu einer zwingenden Würdigung der Leitlinientreue eines Gutachtens (vgl. Urk. 1 S. 9) besteht daher kein Anlass (BGE 135 II 78 E. 3.2; 135 III 66 E. 10; 134 V 72 E. 3.3).

Damit aber ist gestützt auf das Gutachten der MEDAS B. ___ im Lichte der übrigen Aktenlage als erstellt zu betrachten, dass sich die somatischen Leiden des Beschwerdeführers seit Erlass der gerichtlich bestätigten Verfügung vom 21. November 2012 bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids vom 3. Mai 2018 nicht erheblich verschlechtert haben und er entsprechend aus somatischer Sicht im massgeblichen Zeitraum seit der Neuanmeldung vom 21. Januar 2016 bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids in seiner Tätigkeit als CEO seines Informatikunternehmens

medizinisch-theoretisch weiterhin zu 100 % arbeitsfähig gewesen ist . 5.3.3

An dieser Schlussfolgerung ändern auch die im gerichtlichen Verfahren vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte der Z.____ Klinik, welche alle nach dem 3. Mai 2018 datieren , nichts. Der Beschwerdeführer unterzog sich offensichtlich auch im Jahr 2018 wiederholten Infiltrationen (vgl. Urk. 9/1 S. 3 f., 9/2, 9/4, 9/6, 9/9-10), wobei die degenerativen Veränderungen gemäss Beurteilung von Dr. E.____ vom 3. September 2018 seit 2015 in etwa stationär geblieben sind (Urk. 9/5 S. 4). Hinweise für eine zervikale Myelopathie lagen offensichtlich auch bis zu diesem Zeitpunkt nicht vor. Anlässlich einer Untersuchung vom 29. Juni 2018 habe der Beschwerdeführer über seit zirka einem Jahr bestehende Kniebeschwerden im medialen Kompartiment geklagt, nachdem im Jahr 2014 bei degenerativen Meniskusveränderungen bereits eine Beschwerde episode vorgelegen habe (Urk. 9/7 S. 4). Weder der Bericht von Dr. E.____ vom 29. Juni 2018 noch die übrigen eingereichten Berichte lassen auf eine dadurch verursachte , längerdauernde Einschränkung der Arbeits fähigkeit schliessen. Ein unter anderem im Bericht von Dr. F.____ vom 17. Oktober 2018 festgehaltener

Treppensturz vom 29. März 2018 , welcher mit einer Thoraxkontusion rechts einhergegangen sei und zur Einnahme hochdosierter Schmerzmittel und zu hochfrequenten Physiotherapien geführt habe (vgl. Urk. 9/2 S. 2), wurde von Dr. E.____

nur am Rande erwähnt (v gl. Urk. 9/8 S. 3 unten). Für die Beurteilung eines Leistungsanspruchs in diesem Verfahren wäre eine dadurch eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes aber ohnehin nicht von Belang, da eine solche bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids vom 3. Mai 2018 jedenfalls keine drei Monate gedauert hätte (vgl.

Art. 88a Abs. 2 IVV) .

Die Schlussfolgerung auf einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand stützt dagegen die Beurteilung von Dr. E.____

im Bericht vom 22. Juni 2018, in welchem sie ausführte, dass sich das Beschwerdebild ähnlich wie in den früheren Jahren präsentiere, die Einschränkung in der Arbeits fähigkeit in etwa unverändert sei, wobei das zumutbare Pensum wohl zwischen 30 und 50 % liege. Günstig sei weiterhin, dass sich der Beschwerdeführer die Arbeit im eigenen Geschäft selber einteilen könne (Urk. 9/8 S. 4) . Am 14. August 2012 hatte sich Dr. E.____ bereits dafür ausgesprochen, dass aus somatischer Sicht ein 50%iges Pensum mit Pausen realisierbar sein sollte (Urk. 6/33/2), was sich mit der nunmehrigen Einschätzung einer 30-50%igen Arbeitsfähigkeit ohne die Erwähnung notwendiger zusätzlicher Pausen im Wesentlichen deckt. 5.4

5.4.1

Zu prüfen bleibt, ob sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der Verfügung vom 21. November 2012 bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids vom 3. Mai 2018 in neu anmeldungsrechtlich relevanter Weise verschlechtert hat. 5.4.2

Was zunächst die neuropsychologische Teilbegutachtung der MEDAS B.____ vom 30. Mai 2017 (Urk. 6/90/77 -86) anbelangt, welche eine Zusatzuntersuchung zur psychiatrischen Abklärung darstellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3 mit Hinweisen), schloss die zuständige Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP

gestützt auf ihre über vierstündige Abklärung mit unter anderem drei unterschiedlichen Validierungsverfahren, dass aufgrund der gezeigten Inkonsistenzen, der herabgesetzten Validität der gezeigten Leistungen sowie der Beschwerdeübertreibung auf eine Aggravation zu schliessen sei. Dies begründete sie in schlüssiger Weise mit den inkonsistenten Performanzen zwischen den, aber auch innerhalb der Testverfahren (zum Beispiel schwer verlangsamtes Arbeitstempo in dem einen Verfahren und nur leicht bis knapp unauffällige Geschwindigkeit in Verfahren mit gleichem Paradigma). Auch stellte sie nachvollziehbar Diskrepanzen zum beobachteten Verhalten fest, wie ein vereinzelt erheblich verlangsamtes Arbeitstempo ohne klinische Verlangsamung und ohne vermindertes Spracherhaltetempo. Der Beschwerdeführer habe zudem eine erhöhte und auffällige Menge an Symptomen angegeben, welche bei Patienten mit authentischen psychischen oder kognitiven Störungen in dieser Menge und Kombination atypisch seien. Wie von der neuropsychologischen Teilgutachterin in Würdigung der Vorakten zutreffend erläutert (Urk. 6/90/79), beurteilte auch Dr. med. G.____, Leitender Oberarzt der Neurologie der Z.____ Klinik, gestützt auf seine neuropsychologische Untersuchung vom 2. September 2014 (Urk. 6/90/98-101) die erhaltenen Testergebnisse der vom Beschwerdeführer abgebrochenen Untersuchung unter anderem aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten und teils auch wegen Inkonsistenzen als nicht valide (Urk. 6/90/100). Dass lic. phil. G.____, Neuropsychologin FSP, A.____ AG, in ihrem neuropsychologischen Bericht vom 17. Juni 2015 (Urk. 6/90/19-26) trotz der festgestellten Inkonsistenzen und der grenzwertigen Befunde in einem der beiden Validierungsverfahren lediglich auf eine bewusstseinsferne Verdeutlichung und nicht auf eine Aggravation schloss (vgl. insbesondere Urk. 6/52/24 f.),

erachtete die Teilgutachterin der MEDAS B.____ auch unter Berücksichtigung der ergänzenden Stellungnahme der A.____ AG vom 7. Juni 2016 (Urk. 6/65/1-2) angesichts des Fehlens einer psychischen Störung, welche zu bewusstseinsferner Leistungsverzerrung führe, nachvollziehbar als ungenügend begründet (Urk. 6/90/79). Dass sich Prof. Dr. med.

H.____, Senior Consultant, Schmerztherapie und Gutachten, Muskulo-Skelettal Zentrum der Z.____ Klinik, in seinem Mail vom 27. Juli 2016 dafür aussprach, dass eine schwankende Leistungsfähigkeit aufgrund der von ihm gestellten Diagnosen zu erwarten sei (Urk. 6/90/96), ändert an dieser Schlussfolgerung schon deshalb nichts, weil auf seine psychiatrische Beurteilung – wie nachfolgend ausgeführt (vgl. 5.4.2), nicht abzustellen ist und er – soweit aus seinem Bericht vom 21. Oktober 2015 (Urk. 6/52/1-4) ersichtlich – keine eigenen neuropsychologischen Abklärungen tätigte.

Entgegen den Einwänden des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 19) erweist sich die Schlussfolgerung der neuropsychologischen Teilgutachterin, wonach von Seiten der Neuropsychologie aufgrund der aggravationsbedingten invaliden Testergebnisse seine Leistungsfähigkeit und zeitliche Belastbarkeit weder für die angestammte noch für eine angepasste Tätigkeit differenziert beschrieben werden könne (Urk. 6/90/85), als begründet und nachvollziehbar. 5.4.3

Was letztlich die psychiatrische Beurteilung im MEDAS-Gutachten anbelangt, ist gestützt auf dieselbe im Lichte der übrigen Aktenlage ebenfalls keine erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes feststellbar. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. I.____ schloss in leichter Abweichung von der ursprünglichen, mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich

IV. 2013.00021 vom 30. April 2014 bestätigten Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung gemäss ICD-10 F45.1 (E. 4.1.3 im zitierten Urteil, Urk. 6/48) auf das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41). Er ging damit

in Übereinstimmung mit der Aktenlage weiterhin vom Vorliegen einer Störung aus dem somatoformen Bereich aus. Unerheblich ist dabei, dass die diagnostische Einschätzung von Dr. I.____ mit derjenigen von Dr. D.____ im Jahr 2012 zwar weitgehend, nicht aber vollständig übereinstimmt, ist doch letztlich nicht die genaue Diagnose entscheidend, sondern einzig und allein, ob die Beschwerden zu einer ausgewiesenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_501/2008 vom 15. Juli 2008 E. 2.2.1 und 9C_166/2013 vom 12. Juni 2013 E. 4.2.2).

Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 13 ff.) erweist sich das Teilgutachten von Dr. I.____ auch insofern als nachvollziehbar, als er auf deutliche Anhaltspunkte für einen gezielt wirkenden Beschwerdevortrag und ein aggraviertes Verhalten schloss (vgl. Urk. 9/60/101 f.).

So erkannte Dr. I.____

zutreffend, dass die geschilderten Beschwerden nicht mit der anamnestisch feststellbaren erheblichen Ressourcenlage korrespondierten, sei doch der Tag des Beschwerdeführers neben der weiterhin teilweise ausgeübten Erwerbstätigkeit voll ausgefüllt (Urk. 6/90/100 f.). Der vom Beschwerdeführer gegenüber Dr. I.____ geschilderte Tagesablauf, gemäss welchem er regelmässig um 7.00 Uhr aufsteht und frühstückt, danach abwechselnd mit der Ehefrau und der Schwiegermutter die Tochter zum Kindergarten bringe, anschliessend den Mail-Verkehr checke, sich je nach Befinden hinlege, viermal in der Woche seine Übungen absolviere, häufig telefoniere und skype und unregelmässig gar das Mittagessen zubereite, nachmittags zirka dreimal wöchentlich insgesamt während sechs bis acht Stunden im Geschäft arbeite und, nachdem er sich zur Erholung hingelegt habe, um 17.00 Uhr aufstehe, weil die Tochter vom Kinderhort nach Hause komme und er abwechselnd mit der Frau das Abendessen zubereite sowie mit ihr zusammen die Tochter ins Bett bringe (Urk. 6/90/57), lässt sich tatsächlich nur schwer mit der von ihm geschilderten erheblichen Beschwerdelage in Einklang bringen. Auch verfügt er weiterhin über ein weitgehend intaktes Familienumfeld, lebt zusammen mit seiner Ehefrau und der Tochter im Haus der Schwiegermutter, wobei mit letzterer ein täglicher Kontakt stattfindet (Urk. 6/90/101). Auch wenn der Freundeskreis gemäss seinen Angaben kleiner geworden ist, so pflegt der Beschwerdeführer offensichtlich weiterhin Freundschaften und hat zudem Kontakt zu einem Cousin (Urk. 6/90/56). Angesichts dessen und dem vom Beschwerdeführer gezeigten Verhalten während der Untersuchung mit unter anderem skurrilen anmutenden Kopfbewegungen, grimassierendem Verhalten, mit der einen Hand in den Nacken fassend, mit der anderen gespreizte Hohlfinger vor das Auge haltend, mit zum Teil ungenauen und umständlichen Angaben zur Symptomatik (Urk. 6/90/58) sowie unter Berücksichtigung der festgestellten Aggravation im Rahmen der neuro-psychologischen Teilbegutachtung erweist sich der Schluss von Dr. I.____, dass das Verhalten des Beschwerdeführers deutliche Hinweise auf einen gezielt wirkenden Beschwerdevortrag enthalte, im Lichte der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Frage, wann sich die Annahme einer Aggravation rechtfertige (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen), als durchaus begründet. Zudem schloss Dr. I.____ das Vorliegen einer psychischen Störung aufgrund

des festgestellten aggravierenden Verhaltens nicht einfach aus, sondern ging weiterhin von einer psychisch bedingten Überlagerung der Symptomatik aus und ordnete das aggravierende Verhalten der Diagnose gemäss

ICD -10 F68.0 zu

(Urk. 6/90/60).

Dass den bisherigen medizinischen Berichten kein Schluss auf das Vorliegen einer Aggravation zu entnehmen ist, ändert an dieser Einschätzung nichts. So stellte zwar lic . phil. G.____ im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung vom 23. April und 28. Mai 2015 ebenfalls ein etwas verdeutlichendes, überaus ausfühliches und leicht maniertes, wie auch ein etwas demonstratives Verhalten fest (Urk. 6/52/21), setzte sich aber mit diesen Wahrnehmungen letztlich nicht auseinander (vgl. Urk. 6/52/24). Auch vermag der von Dr. E.____ und Dr. F.____ gewonnene Eindruck, wonach es sich beim ebenfalls festgestellten auffälligen Verhalten des Beschwerdeführers wohl um eine bewusstseinsferne Problematik, einen eigentlichen « Tick » handle (Urk. 6/98/2), die nachvollziehbar begründete Beurteilung von Dr. I.____ nicht in Frage zu stellen.

Keine Anhaltspunkte fand Dr. I.____ für das Vorliegen einer noch im ursprünglichen Verfahren diskutierten, nicht aber bestätigten Neurasthenie oder einer Anpassungsstörung (vgl. E. 4.2.4 im Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2013.00021 vom 30. April 2014), sei doch letztere auf einen Zeitraum von sechs Monaten begrenzt und erstere lasse sich nicht mit der Lebensgeschichte des Beschwerdeführers mit dem Emporarbeiten und der Leitung des IT-Unternehmens, was eine erhebliche geistige Flexibilität voraussetze, vereinbaren (Urk. 6/90/59). Der Beschwerdeführer äusserte sich hierzu nicht ausdrücklich, machte aber geltend, es fehle eine Auseinandersetzung mit der Einschätzung von Prof. Dr. H.____ vom 21. Oktober 2015 (Urk. 1 S. 11). Dr. H.____ kam gestützt auf seine Untersuchung vom 21. Oktober 2015 zum Schluss, dass der Beschwerdeführer neben den bekannten Diagnosen zweifellos an einer mittelstark ausgeprägten depressiven Störung und darüber hinaus auch (anamnestisch) an einer dysphorischen Verstimmung leide (Urk. 6/52/3). Der von ihm erhobene Befund ist im Hinblick auf eine allfällige depressive Symptomatik zwar eine deutlich reduzierte affektive Modulation und eine pessimistische Grundhaltung mit depressiv-trauriger Stimmung zu entnehmen, eine explizite Hoffnungslosigkeit wird dagegen ausdrücklich verneint. Hinweise auf Suizidgedanken, einen verminderten Appetit oder ein vermindertes Selbstwertgefühl fehlen ebenso.

Zudem verzichtete Prof. H.____ bezeichnenderweise darauf, die vom Beschwerdeführer anamnestisch geschilderte und für eine depressive Episode typische Lust- und Freudlosigkeit im Befund festzustellen (Urk. 6/52/2-3; vgl.: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, S. 169). Die Annahme einer mittelschweren depressiven Störung gestützt auf diese Befundlage erscheint daher fraglich. Entsprechend erhob auch Dr. I.____ keine auf eine erhebliche depressive Störung hinweisende Befunde. Der von ihm festgestellte hoffnungslose, resignierte Eindruck sei je nach Thema durchbrechbar gewesen. Daneben sei die Grundstimmung zwar bedrückt gewesen, jedoch erkannte Dr. I.____ keine Antriebsminderungen und beurteilte den Beschwerdeführer als gut schwingungs fähig und mit guter emotionaler Modulationsbreite (Urk. 6/90/58). Dass er angesichts dieser Befundlage keinen Anhalt für eine affektive Störung sah, erweist sich als einleuchtend; die

fehlende Auseinandersetzung mit der Beurteilung von Prof. H.____ vermag infolgedessen die Beweiskraft seiner Beurteilung nicht zu erschüttern.

Entgegen den diesbezüglichen Ausführungen des Beschwerdeführers unterliess es Dr. I.____ auch nicht, die schwere Kindheit und Jugend des Beschwerdeführers zu berücksichtigen (vgl. Urk. 1 S. 18). Vielmehr sprach er sich dafür aus, dass eine gewisse Somatisierungstendenz bei frühen psychosozialen Belastungsfaktoren angenommen werden dürfe. Dennoch seien keine signifikanten Ich-strukturellen Störungen feststellbar (Urk. 6/90/60). Hinweise auf eine allfällige Persönlichkeitsstörung finden sich den n auch in der gesamten übrigen fachpsychiatrischen Aktenlage keine (Urk. 6/13/2-5, 6/26/1-6, 6/52/1-4). Wenn sich nun Dr. E.____ und Dr. F.____ in ihrer Stellungnahme vom 11. November 2017 für eine weiterführende psychiatrische Evaluation mit der Frage nach einer allfälligen Persönlichkeitsstörung aussprechen (Urk. 6/98/2), so ist dem entgegen zu halten, dass sie sich mit dieser Empfehlung in ein fachfremdes Gebiet begeben und aufgrund der fachpsychiatrischen Aktenlage kein Anlass zu weiteren diesbezüglichen Abklärungen besteht.

Zusammenfassend erweisen sich die von Dr. I.____ gezogenen, der Konsensbeurteilung zugrunde gelegten Schlussfolgerungen, wonach das psychosomatische Leiden unter zusätzlicher Berücksichtigung der unter ICD-10 F68.0 subsumierten aggravatorischen Komponente weiterhin keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag, dass mithin im massgeblichen Zeitraum keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten ist, als überzeugend und begründet. Auf eine Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 kann angesichts der Beweiswertigkeit der Beurteilung von Dr. I.____ und dem Fehlen einer anderslautenden, ebenfalls beweismässigen psychiatrischen Einschätzung verzichtet werden (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_309/2018 vom 2. August 2018 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Lediglich anzufügen bleibt, dass die abweichende Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. D.____ in ihrem Bericht vom 12. April 2012 hieran nichts ändert und von Dr. I.____ demgemäss auch nicht zu diskutieren war, nachdem das hiesige Gericht mit Urteil IV.2013.00021 vom 30. April 2014 die Rechtsfrage, ob ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorliege, in Bestätigung der Verfügung vom 21. November 2012 verneint hatte. 5.5

Zusammenfassend erweist sich das Gutachten der MEDAS B.____ damit als insgesamt beweiskräftig und es ist gestützt darauf wie auch auf die übrige Aktenlage davon auszugehen, dass eine bei der Neuanmeldung erforderliche erhebliche Veränderung im Sinne einer massgeblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 134 V 131 E. 3; 117 V 198 E. 3a) nicht erstellt ist. Mangels der neu anmeldungsrechtlich verlangten erheblichen Veränderung

des Gesundheitszustandes war die Beschwerdegegnerin denn auch nicht gehalten, das Anforderungsprofil in der Tätigkeit als selbständiger CEO einer Informatikfirma näher zu beleuchten (vgl. entsprechenden Einwand des Beschwerdeführers in Urk. 1 S. 17). Die Einholung weiterer medizinischer Berichte wie auch diejenige eines Gerichtsgutachtens erweist sich ebenfalls als erlässlich.

Nachdem Hinweise auf eine massgebliche Änderung der erwerblichen Auswirkungen des gleichgebliebenen Gesundheitszustandes weder geltend gemacht, noch den Akten zu entnehmen sind, erweist sich der angefochtene Entscheid im Ergebnis als zutreffend.

Die Beschwerde ist abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diese Entscheidung 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 1. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 1. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Gasser Küffer

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