

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00348 vom 11. Februar 2011**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00348](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00348)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00348 du 11 février 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00348 del 11 febbraio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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 Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten 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 zu 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). 1.

### **E. 1.3**

In der Folge fand eine interdisziplinäre Begutachtung durch die MEDAS C.\_\_\_\_ des Ospedale Regionale D.\_\_\_\_ statt (vgl. das Gutachten vom 10. Mai 2013, Urk. 6/85 /1-33). Mit Vorbescheid vom 19. September 2013 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 6/88 ). Dagegen erhob der Versicherte am 30. September 2013 mit Hilfe seiner Hausärztin Einwände (Urk. 6/95 ), welche der

damalige Rechtsvertreter Rechtsanwalt Dr. Domenico Acocella mit seiner Eingabe vom 21. Oktober 2013 (Urk. 6/98) und einer Stellungnahme der behandelnden Neurochirurgin (Urk. 6/104) ergänzte. Die IV-Stelle nahm Rücksprache mit ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD, Urk. 6/112 S. 2 ff.) und legte der MEDAS den Einwand und die Arztberichte zur Stellungnahme vor (Urk. 6/109-110). Mit Verfügung vom 27. März 2014 lehnte sie das Leistungsbegehren noch vor Eingang der Stellungnahme der MEDAS (Urk. 6/116, Schreiben vom 7. April 2014) ab (Urk. 6/113). Das hiesige Gericht wies die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil vom 19. November 2015 ab (Verfahrensnummer IV.2014.00494, Urk. 6/139). Mit Urteil 9C\_30/2016 vom 7. Juni 2016 (Urk. 6/142) hiess das Bundesgericht die dagegen erhobene Beschwerde ebenfalls ab.

### **E. 1.5**

Am 10. Oktober 2017 (Urk. 6/146) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Wirbelsäulenprothese, neurologische Schädigungen, Epilepsie und Weiteres erneut zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle tätigte medizinische Abklärungen und veranlasste am 25. Januar 2018 (Urk. 6/162) eine polydisziplinäre Begutachtung, welche durch das Zentrum E.\_\_\_\_ der Medizinischen Abklärungsstelle MEDAS F.\_\_\_\_ durchgeführt wurde (vgl. Expertise vom 9. Juli 2018; Urk. 6/177 und ergänzende Stellungnahme vom 27. August 2018; Urk. 6/179).

Daraufhin verneinte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/181 und Urk. 6/185) mit Verfügung vom 1. April 2019 einen Leistungsanspruch (Urk. 2).

### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 17. Mai 2019 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 1. April 2019 sei vollumfänglich aufzuheben (1.), die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten die gesetzlichen Versicherungsleistungen auszurichten (2.), unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin (3.). Mit Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2019 (Urk. 5) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 17. Juni 2019 (Urk. 7) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die rentenabweisende Verfügung vom 1. April 2019 (Urk. 2 S. 1 f.) damit, dass die vorliegenden Befunde bereits im früheren Gutachten vom 10. Mai 2013 erwähnt worden seien. Das neue Gutachten habe lediglich eine andere Beurteilung mit gleichem Sachverhalt vorgenommen. Es liege keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor. Ein Revisionsgrund könne somit verneint werden und es bestehe weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit.

#### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 5), die neuen Gutachter vom E.\_\_\_\_-Gutachten hätten die Zusatzfrage nach einer wesentlichen Veränderung seit Erlass der Verfügung vom 27. März 2014 explizit bejaht. Die aus Vorbescheid und Verfügung ersichtliche Auffassung der Beschwerdegegnerin, es handle sich um eine revisionsrechtlich unbeachtliche Neubeurteilung, sei somit offensichtlich unzutreffend. Demnach habe die Beschwerdegegnerin einen Lohnvergleich auf Grundlage der im E.\_\_\_\_-Gutachten attestierten Arbeitsunfähigkeit vorzunehmen. Die Erwerbseinbusse sei rentenrelevant und der Versicherte habe Anspruch auf berufliche

Massnahmen.

### **E. 2.3**

Strittig ist vorliegend der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Dabei ist zunächst zu prüfen, ob sich die aktuellen gesundheitlichen Verhältnisse verschlechtert haben. Vergleichszeitpunkt für eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bildet die mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 19. November 2015 (Urk. 6/139) und des Bundesgerichts mit Urteil 9C\_30/2016 vom 7. Juni 2016 (Urk. 6/142) geschützte rentenverneinende Verfügung vom 27. März 2014 (Urk. 6/113). 3.

### **E. 3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 1.

### **E. 3.1**

Die medizinischen Unterlagen, auf welchen die Rentenabweisung vom 27. März 2014 (Urk. 6/113) fusste, insbesondere das damals beigezogene - beweiswertige - C.\_\_\_\_-Gutachten (Urk. 6/85/1-33 ) wurden im Urteil vom 19. November 2016 des hiesigen Gerichts folgendermassen dargestellt (Urk. 6/139 E. 4.1 ):

### **E. 3.2**

Die Gutachter der MEDAS C.\_\_\_\_ stellten in ihrer Expertise in den Fachgebieten allgemeine Innere Medizin (Dr. med. G.\_\_\_\_ , specialista FMH in medicina interna ), Neurologie und Neuropsychologie (Dr. med. H.\_\_\_\_ , specialista FMH in neurologia e neuropsicologia ) und Psychiatrie (Dr. med. I.\_\_\_\_ , FMH psichiatria e psicoterapia ) vom 10. Mai 2013 (Urk. 6/85 /1-33) die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26): - somatoformes undifferenziertes Syndrom (ICD-10 F45.1) - hochgradige senso -neurale Schwerhörigkeit links weniger als rechts

Zudem gaben sie die folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an: - Status nach otitis media in der Kindheit - Status nach inguinaler Hernienoperation 1993 - Status nach Meniskusoperation 1995 - Status nach Varikozelen Operation 1998 - Status nach Epididymektomie links 2003 - Status nach Septumplastik 2009 - chronische

Spannungskopfschmerzen Dezember 2009 - Rhonchopathie im Dezember 2009 -  
obstruktives Schlafapnoe-Syndrom leichten Grades Februar 2010 - Restless- Legs  
-Syndrom Februar 2010 - Allergie gegen nicht steroidale Antirheumatika im April 2010 -  
Verdacht auf arterielle Hypertonie - Status nach Urininkontinenz im Jahre 2010 - erektyle  
Disfunktion unter Pharmakotherapie

Die Gutachter stellten in ihrer Gesamtbeurteilung fest, der Versicherte sei global aus  
medizinisch-theoretischer Sicht in seinem angestammten Beruf als Bankmitarbeiter sowie  
in jeglicher Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit begründe sich allein  
durch die psychiatrische Diagnose (S. 30 f.).

Aus neurologischer Sicht seien während der Untersuchung keine eindeutigen Pathologien  
zu erheben gewesen. Die neuropsychologische Testung habe eben falls eine gute  
Leistungsfähigkeit ergeben, so dass vom Gesichtspunkt dieser beiden Fachgebiete aus eine  
100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 30).

Die Gutachter gaben weiter an, aus psychiatrischer Sicht stelle sich die Diagnose eines  
somatoformen undifferenzierten Syndroms. Bezüglich der Försterkriterien sei zu sagen,  
dass der Versicherte unter somatischen Begleiterkrankungen leide. Er sei zervikal  
diskektomiert worden und weise altersentsprechende degenerative Veränderungen am  
Bewegungsapparat auf. Es handle sich um einen längeren Krankheitsverlauf, der vor drei  
Jahren anlässlich eines Unfalls begonnen habe. Seither sei es nie zu einer längerfristigen  
Remission gekommen. Das Unfallereignis habe so zu einem sozialen Rückzug geführt und  
insbesondere den Lebensstil des Beschwerdeführers schwerwiegend verändert. Es sei aber  
nicht zu einer totalen Isolierung gekommen, weil es ihm gelinge, regelmässig Kontakte zu  
Freunden aufrecht zu erhalten und er während dieser Zeit in der Lage gewesen sei, eine  
neue partnerschaftliche Beziehung aufzubauen. Er habe seine sozialen Interaktionen klar  
redimensioniert, dies auch aus finanziellen Gründen und weil er nicht mehr arbeite. Im  
Prinzip flüchte der Beschwerdeführer in seine Krankheit. Er habe die somatoforme  
Schmerzstörung entwickelt, um sein Unwohlsein auszudrücken. Der Beschwerdeführer  
habe die vorgeschlagenen und verschriebenen Behandlungen durchgeführt. Seine Bindung  
an die Psychotherapie sowie Psychopharmakotherapie sei jedoch zu niedrig, zu  
unbefriedigend und von zu kurzer Zeitdauer gewesen, um ein positives Ergebnis erzielen zu  
können (S. 31 und Urk. 6/85 /43-44 S. 2). Insbesondere der deutliche soziale Rückzug und  
die Veränderungen in seinem grundsätzlichen Verhalten würden eine 50%ige  
Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen (S. 30 f.).

Der Beschwerdeführer sei extrem auf die Analyse der körperlichen Symptome fixiert und  
suche weiterhin eine somatische Erklärung. Dies führe zu einer funktionellen  
Arbeitseinschränkung durch eine partielle Limitation der psychischen Ressourcen. Es fehle  
ihm deshalb an Engagement, seine Position zu verbessern und es manifestiere sich  
ausserdem ein gewisses Desinteresse und eine Apathie. Er brauche zur  
Wiedereingliederung in die Arbeitswelt eine psychiatrische therapeutische Begleitung.  
Eine Arbeitseingliederung hätte einen therapeutischen Effekt und könne die  
Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers stimulieren (S. 31).

Die Gutachter gaben zudem an, wegen der bekannten Minderung der Hörleistung habe der  
Beschwerdeführer Schwierigkeiten, in lärmiger Umgebung tätig zu sein. Er könne  
Gespräche in normaler Lautstärke führen, wenn keine Maskierungsgeräusche vorhanden  
seien (S. 32).

Was den zeitlichen Verlauf betrifft, gaben die Gutachter an, die Arbeitsfähigkeit bestehe seit dem Unfall. Der Beschwerdeführer sei für die Periode der Dissekto mie zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ab dem Zeitpunkt des Gutachtens sei er in seiner angestammten Tätigkeit und in jeglicher anderen Tätigkeit wieder zu 50 % eingliederbar (S. 32).

### **E. 3.3**

Das Bundesgericht erwog in seinem Urteil vom 18. Mai 2016 (Urk. 6/142 E. 4.1) hierzu, hinsichtlich des psychosomatischen Leidens werde ein stimmiges Gesamtbild vorausgesetzt, das auf eine nicht angehbare funktionelle Behinderung schliessen lasse. Diesbezüglich habe das hiesige Gericht die Widersprüche zwischen den geltend gemachten Einschränkungen und den medizinischen Beurteilungen einbezogen und zu Recht berücksichtigt, dass der regelmässige Tagesablauf und das Alltagsverhalten des Beschwerdeführers, das keine schweren invalidisierenden Einschränkungen erkennen lasse, nicht mit der von der psychiatrischen Gutachterin Dr. I.\_\_\_\_ attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit zu vereinbaren seien. Die Schlussfolgerung, wonach das Verhalten des Beschwerdeführers aufgrund der bewusstseinsnahen Selbstlimitierung kein konsistentes Bild zeige, stütze sich auf die massgeblichen Umstände und sei bundesrechtskonform. Schon vor diesem Hintergrund sei ein invalidisierender psychischer Gesundheits schaden ohne Weiteres zu verneinen. 4.

### **E. 4**

.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - 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 Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 1.

### **E. 4.1**

Die leistungsabweisende angefochtene Verfügung vom 1. April 2019 (Urk. 2) basiert auf den folgenden medizinischen Unterlagen:

### **E. 4.2**

Dr. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. K.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. L.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Handchirurgie FMH, Dr. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, lic. phil. N.\_\_\_\_, Fachpsychologie für Neuropsychologie FSP, hielten in ihrem E.\_\_\_\_-Gutachten (MEDAS F.\_\_\_\_) vom 9. Juli 2019 (Urk. 6/177) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 8): - Somatisierungsstörung F45.0 - mit aktuell im Vordergrund stehender Schmerzproblematik F45.4 - mit buntem Beschwerdebild (insbesondere dissoziative

Symptomatik) - nach Heckauffahrkol lision mit stumpfem Thoraxtrauma , stumpf em Wirbelsäulentrauma und möglicher Commotio spinalis am 14.12.2009 - mit chronifiziertem cervical -betontem panvertebralem, cervicocephalem und bilateralem brachialem Schmerzsyndrom - ohne radikuläre Reiz- und Ausfallsymptome an oberen und unteren Extremitäten - bei mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule mit Discopathien C2/C3, C4/C5 und C6/C7, ohne Stenosisierung des cervicalen Spinalkanals bzw. Zeichen einer Myelopathie (MRT HWS vom 06.12.2017, O.\_\_\_\_) - nach ventraler Mikrodiskektomie C6/C7 mit intercorporeller Spondylodese C6/C7 mit Cage am 06.01.2013 - nach ventraler Mikrodiskektomie C3/C4 beidseits, Entfernung von Osteophyten C3/C4, Foraminotomie C3/C4 beidseits und Stabilisation mittels Diskusprothese am 21.09.2013 - ohne relevante degenerative bzw. diskogene Veränderungen der Brustwirbelsäule, ohne Stenosisierung des thorakalen Spinalkanals bzw. Hinweise auf eine Kompromittierung des Myelons (MRT BWS vom 06.12.2017, O.\_\_\_\_) - bei bilateralen Spondyloarthrosen L4/L5 ohne relevante Discopathie , ohne Einengung des lumbalen Spinalkanals bzw. Hinweise auf eine Kompromittierung neurogener Strukturen (MRT LWS vom 15.01.2010, MRT LWS vom 15.01.2012) - Sensibles Hemisyndrom rechts ohne objektiv fassbare Befunde im Sinne einer zentralnervösen bzw. einer spinalen Läsion - Klagen über erektile Dysfunktion und Blasenfunktionsstörung mit Inkontinenz, Pollakisurie und Nykturie - Bei unauffälligen neurophysiologischen Befunden ohne Nachweis einer peripheren bzw. einer zentralen Affferenzstörung sowie eines

Denervationsprozesses im Bereiche der Sphinktermuskulatur - Klagen über Schwindelbeschwerden ohne klinische Zeichen einer vestibulären Funktionsstörung - Rezidivierende Bewusstseinsstörungen unklarer Ätiologie - DD: dissoziativ/epileptisch - Schwerhörigkeit rechtsbetont - Beginnende mediale Gonarthrose rechts bei Status nach partieller Meniskektomie medial rechts 1995 und Status nach zweiter Knieoperation rechts (Art und Datum unbekannt)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie folgende Diagnosen auf (S. 9): - Obstruktives Schlafapnoesyndrom leichten Grades, Restless-Legs-Syndrom - Status nach Inguinalhernienoperation - Status nach Varikozelen-Operation 1998 - Status nach Epididymektomie links 2003 - Status nach Septumplastik 2009

Die Gutachter führten sodann aus, es bestehe ein komplexes Beschwerdebild. Die funktionellen Auswirkungen würden sich wesentlich aufgrund des psychischen Leidens ergeben und der Beschwerdeführer werde in Anlehnung an die Mini-/CF APP wesentlich in seiner Widerstands- und Durchhaltefähigkeit eingeschränkt sein. Darüber hinaus bestünden Einschränkungen in der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, in der Flexibilität und Umstellfähigkeit sowie in der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit. Nach eigener Angabe bestehe auch eine erhebliche Einschränkung in der Proaktivität und in Spontanaktivitäten. Aufgrund der Hörstörung bestehe auch eine Einschränkung in der Konversation, wobei eine solche in ruhiger Umgebung, wie sie im Rahmen der Begutachtung bestanden habe, nicht wesentlich aufgefallen sei. Die Beurteilung des Schweregrades der funktionellen Auswirkungen sei aufgrund des komplexen Beschwerdebildes erheblich erschwert. Es würden sich somatoforme/dissoziative Elemente mit medizinisch nicht erklärbaren Beeinträchtigungen mischen. Rein somatisch bestehe aufgrund struktureller Befunde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit Ausnahme körperlich andauernder schwereren Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der Halswirbelsäule und repetitivem Heben von schweren Lasten über 15kg und regelmässigen

Über-Kopf-Arbeiten. Auch seien Arbeiten auf Leitern und Gerüsten mit Sturzgefahr aufgrund der Bewusstseinsstörungen - ungeachtet ihrer Grundlage - nicht geeignet. Eher ungünstig seien längere Gehstrecken auf unebenem Gelände aufgrund der beginnenden Kniearthrose rechts. Arbeiten in lärmiger Umgebung oder mit hohen Anforderungen an das Gehör seien ebenfalls nicht zumutbar (S. 9 f.).

Es hätten sich keine sicheren Hinweise auf das Vorliegen präorbider relevanter Persönlichkeitsfaktoren im Sinne einer psychischen Störung finden lassen. Postuliert werden könnten allenfalls akzentuierte Persönlichkeitszüge im Sinne des narzisstischen, erheblich leistungsorientierten Verhaltens. Soweit eruierbar, sei der Beschwerdeführer durch seine berufliche Tätigkeit präorbid belastet, jedenfalls habe bereits vor Dezember 2009 eine entsprechende Behandlung wegen Stress am Arbeitsplatz verbunden mit Insomnie und Angabe von Mobbing stattgefunden. Aufgrund des aktuell regressiven Verhaltens seien die Ressourcen des Beschwerdeführers beschränkt, theoretisch verfüge er sowohl über gute Kenntnisse beruflicher Natur als auch über leistungsorientierte Züge. Es hätten sich innere wie auch äussere Inkonsistenzen finden lassen. Die Berichte des Beschwerdeführers über «epileptische Manifestationen» seit dem Unfallereignis vom Dezember 2009 würden nicht den Angaben des Zentrums P. \_\_\_ entsprechen, wonach sich die «Bewusstseinsverluste» mit unwillkürlichem Urinabgang erstmals vor ca. zwei Monaten manifestiert hätten. Entgegen den Angaben des Beschwerdeführers, welcher eine Mastdarmstörung verneine, beschreibe die Urologin Dr. Q. \_\_\_ eine Störung der Sexual- und Mastdarmfunktion, welche angesichts der Koinzidenz ihres Auftretens als Argument für den kausalen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom Dezember 2009 gewertet werde. Inkonsistenzen hätten sich im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung im Sinne dieses wechselhaften affektiven Zustandsbildes ergeben, nicht einer schweren depressiven Störung entsprechend, im Vergleich zum vom Beschwerdeführer ausgefüllten BDI (Beck Depressionsinventar) sowie dem Abbruch der neuropsychologischen Untersuchung nach einer Stunde wegen Konzentrationsproblemen, wobei der Beschwerdeführer im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung ohne weiteres während zwei Stunden aufmerksam und mit durchaus wechselnder Vigilanz dem Untersuchungsablauf habe folgen können. Schliesslich sei die erhebliche Diskrepanz zwischen ausgeprägten, vielfältigen Beschwerden und spärlich objektiv fassbaren Befunden bemerkenswert. Auch im Labor hätten sich gegenüber den Angaben der Medikamenteneinnahme (teilweise) Inkonsistenzen gezeigt (S. 10 f.).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als Angestellter gesamthaft zu 50 % einsetzbar. Einschränkend würden sich das Schmerzerleben und die somatoforme Symptomatik auswirken. Es bestehe ein vermindertes Rendement im Rahmen dieser 50%igen Arbeitsfähigkeit, indem der Beschwerdeführer langsamer arbeiten werde und vermehrt Pausen benötige (zeitlich vollschichtige Präsenz). Die vom Beschwerdeführer postulierte vollschichtige Arbeitsunfähigkeit in dieser Tätigkeit sei medizinisch heute nicht begründbar. In einer körperlich leichten, intellektuell nicht anspruchsvollen Tätigkeit unter Berücksichtigung der oben aus somatischer Sicht beschriebenen Einschränkungen und ohne hohe Arbeitsdichte, ohne hohe Arbeitsspitzen, bestehe eine zeitlich vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einem eingeschränkten Rendement von 30 %, sodass eine 70%ige Arbeitsfähigkeit resultiere (S. 11 f.).

Hinsichtlich der Frage nach der Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit Erlass der Verfügung vom 27. März 2014 gaben die Experten an, seit der Beurteilung durch die MEDAS D.\_\_\_\_ habe der Beschwerdeführer zwei Diskushernienoperationen an der Halswirbelsäule über sich ergehen lassen müssen, welche keine wesentliche Veränderung des geklagten Schmerzsyndroms bedingt hätten. Subjektiv klagt der Beschwerdeführer seither über vermehrte Schmerzen. Objektiv würde sich kein Korrelat für diese vom Beschwerdeführer beklagte Verschlechterung finden lassen. Neu sei aufgrund der beschriebenen Bewusstseinsstörung ein epileptisches Geschehen nicht mit Sicherheit auszuschliessen. Der Beschwerdeführer werde derzeit mit Lamictal antikonvulsiv behandelt, wobei aufgrund der vorliegenden Befunde eine epileptologische Abklärung und Beurteilung durch eine spezialisierte Institution angezeigt sei. Dagegen konnten die Gutachter aufgrund der sich im Rahmen der Begutachtung zeigenden klinischen Symptomatik keine wesentliche Verschlechterung/Veränderung des Gesundheitszustandes aufgrund dieser möglichen Epilepsie feststellen. Der psychische Verlauf habe sich seit 2013 weiter chronifiziert und fixiert, sodass heute nicht mehr eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1), sondern eine Somatisierungsstörung per se (F45.0) mit im Vordergrund stehender Schmerzstörung (F45.4) habe diagnostiziert werden müssen. Im Rahmen der Somatisierungsstörung seien wechselhafte affektive Beeinträchtigungen ohne weiteres begründbar. Es habe nicht die Diagnose einer schweren depressiven Störung gestellt werden können, obwohl vom Beschwerdeführer diesbezüglich erhebliche Symptome beklagt worden seien. Die affektive Situation werde insgesamt im Rahmen der somatoformen und dissoziativen Störung subsumiert. Eine vorübergehende affektive Dekompensation im Sinne einer schweren depressiven Episode sei dabei nicht ausgeschlossen, heute aber nicht vorhanden (S. 13 f.).

#### **E. 4.3**

Die Rückfragen der Beschwerdegegnerin vom 18. Juli 2018 (Urk. 6/178) beantworteten die Gutachter am 27. August 2018 (Urk. 6/179). Zur Diskrepanz, dass im psychiatrischen Teil des Gutachtens für die angestammte Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsunfähigkeit und für die leidensadaptierte Tätigkeit eine solche von 50 % festgestellt werde,

im interdisziplinären Konsens die angestammte Tätigkeit dann aber mit 50 % und eine angepasste mit 70 % Arbeitsfähigkeit bewertet werde, führten sie aus, die Arbeitsfähigkeit im psychiatrischen Teilgutachten sei tatsächlich anders beurteilt, als sie dann im Rahmen der Konsenskonferenz definitiv festgelegt worden sei. Die Diskrepanz resultiere aus den an der Konsenskonferenz zusätzlich vorhandenen Informationen, beispielsweise dem Abbruch der neuropsychologischen Untersuchung, den ausführlich diskutierten somatischen und psychiatrischen Befunden ebenso wie der Diskussion der Diskrepanzen, so dass aus psychiatrischer Sicht unter Berücksichtigung dieser zusätzlichen Informationen die Arbeitsfähigkeit revidiert worden sei. Gültig sei die Beurteilung der Konsenskonferenz (S. 1 f.). Die Beschwerdegegnerin fand weiter die Feststellung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit in der Konsenskonferenz missverständlich, was sie zu weiteren Fragen veranlasste. Dazu wird in Beantwortung derselben ausgeführt, in

der bisherigen Tätigkeit als Angestellter sei der Beschwerdeführer gesamthaft zu 50 % einsetzbar. Diese gesamte 50%ige Arbeitsfähigkeit werde weiter spezifiziert: Für die gesamthafte 50%ige Arbeitsfähigkeit sei das Schmerzerleben und die somatoforme Symptomatik einschränkend, es habe (deswegen) ein vermindertes Rendement im Rahmen dieser 50%igen Arbeitsfähigkeit bestanden, womit gemeint gewesen sei, dass die Arbeitsfähigkeit

unter Berücksichtigung des verminderten Rendements bei 50 % liege. Entsprechend sei ja auch die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf 70 % (Rendement Einschränkung von 30 % bei vollschichtiger zeitlicher Arbeitsfähigkeit) festgelegt worden (S. 2). Hinsichtlich der Verschlechterung des Gesundheitszustands seit Erlass der Verfügung vom 27. März 2014 hielten die Gutachter schliesslich fest, dass die Veränderung des Gesundheitszustandes nur nach Aktenlage retrospektiv festgestellt werden könne. Der Beschwerdeführer habe im Januar und im Herbst 2013 zweimal an der Halswirbelsäule operiert werden müssen und habe insbesondere nach der zweiten Operation über eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geklagt. Sie gingen daher davon aus, dass es ab Herbst 2013 zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen sei (S. 2 f.).

#### **E. 4.4**

Dr. R.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) hielt in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 13. September 2018 (Urk. 7/180 S. 8) fest, die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund eines psychosomatischen Leidens eingeschränkt. Die angestammte Tätigkeit sei zu 50 % und eine angepasste zu 70 % zumutbar. Als Zeitpunkt der relevanten Gesundheitsverschlechterung werde die zweite Halswirbelsäulenoperation im September 2013 angegeben. Da die bundesgerichtliche bestätigte IV-Verfügung am 27. März 2014 erlassen worden sei, müsse davon ausgegangen werden, dass der Gesundheitszustand unverändert sei und nur anders beurteilt werde. Ein zusätzliches Indiz für eine Beurteilung des gleichen Sachverhaltes liefere das Gutachten des Ospedale

Redionale

D.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2013. Auch dort werde die Arbeitsfähigkeit mit 50 % beurteilt. Mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit könne im Vergleich mit dem aktuellen Gutachten sogar eine Erhöhung festgestellt werden. Aus medizinischer Sicht könne dem Gutachten gefolgt werden.

#### **E. 5**

.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine Veränderung des Gesundheitszustandes mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seit der Verfügung vom März 2014 nicht ausgewiesen ist. Die Durchführung eines Einkommensvergleichs, wie vom Beschwerdeführer gefordert (Urk. 1 S.

#### **E. 5.1**

Das polydisziplinäre E.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. Juli 2018 (vgl. E. 4.2 hiervor) beruht auf den erforderlichen psychiatrischen, allgemeininternistischen, orthopädischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten (S. 17 ff.) erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers (S. 6 ff., S. 39 ff., S. 47 ff., S. 57 ff., S. 81 ff., S. 99 f.) auseinander. Sie zeigten auf, dass rein somatisch aufgrund struktureller Befunde keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit Ausnahme körperlich andauernder schwereren Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der Halswirbelsäule,

von repetitiven Heben von schweren Lasten über 15kg und regelmässigen Über-Kopf-Arbeiten bestehen. Auch sind Arbeiten auf Leitern und Gerüsten mit

Sturzgefahr aufgrund der Bewusstseinsstörungen für den Beschwerdeführer nicht geeignet. Eher ungünstig sind zudem längere Gehstrecken auf unebenem Gelände aufgrund der beginnenden Kniearthrose rechts. Arbeiten in lärmiger Umgebung oder mit hohen Anforderungen an das Gehör werden dem Beschwerdeführer ebenfalls nicht zugemutet ( S. 9-10). Die medizinischen Zusammenhänge wurden einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerungen überzeugen. Auch die Einschätzung der gesamthaften 50%igen Arbeitsunfähigkeit wurde insbesondere mit der ergänzen den Stellungnahme vom 27. August 2018 (vgl. E. 4.3 hiervor) schlüssig dargelegt. Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungs gemäss en Anforderungen an eine beweis kräftige medizinische E ntscheidungs vorlage (vgl. E. 1.5 hiervor).

## **E. 5.2**

Die aus somatischer Sicht von den E.\_\_\_\_ -Gutachtern genannten Befunde lagen bereits der ersten leistungsabweisenden Verfügung vom 27. März 2013 zu Grunde , womit eine Verschlechterung des Gesundheitszustands aus somatischer Sicht entfällt. Psychiatrisch hat der Beschwerdeführer anlässlich der Begutach tung ein buntes Symptombild gezeigt, welches sich somatisch nicht hat begrün den lassen. Auch die beklagten kognitiven Einschränkungen konnten im Rahmen der klinischen psychiatrischen Untersuchung nicht wirklich objektiviert werden und es zeigte sich ein wechselhaftes Zustandsbild (vgl. Urk. 6/177 S. 7). Im Gutachten wird hinsichtlich der Verschlechterung ausgeführt, der psychische Verlauf habe sich seit 2013 weiter chronifiziert und fixiert, so dass nicht mehr eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (F 45.1) , sondern eine Somatisie rungsstörung per se (F 45.0) mit im Vordergr und stehender Schmerzstörung (F 45.4) vorliegt. Gemäss dem psychiatrischen Teilgutachter Dr. J.\_\_\_\_ beinhal tet der Diagnosewechsel die Chronifizierung des Leidens, welche zwischenzeitlich eingetreten ist. Es handelt sich insgesamt um einen fluktuierenden affektiven Verlauf im Rahmen der diagnostizierten somatoformen Störung ( Urk. 6/177 S. 95). Dass im aktuellen E.\_\_\_\_ -Gutachten nunmehr von einer Somatisierungsstö rung per se ausgegangen wird, ist unter Einbezug des zeitlichen Aspekts nach vollziehbar. Wie vom psychiatrischen Gutachter ausdrücklich festgehalten, ist die Chronifizierung der Somatisierungsstörung ausschlaggebend für den Diagnose wechsel, womit jedoch nicht zwangsläufig

von einer Verschlechterung auszuge hen ist . Vielmehr ist auf die geklagten Beschwerden und die funktionelle Einschränkung abzustellen. Diesbezüglich ist anzumerken, dass bereits im frühe ren C.\_\_\_\_ -Gutachten vom 10. Mai 2013 (vgl. E. 3.1 hiervor) beschrieben wurde, der Beschwerdeführer habe die somatoforme Schmerzstörung entwickelt, um sein Unwohlsein auszudrücken. Er habe sich auf die Analyse der körperlichen Symp tome fixiert und nach einer somatischen Erklärung gesucht. Dies führ t e zu einer funktionellen Arbeitseinschränkung durch eine partielle Limitation der psychi schen Ressourcen. Es hatte sich zudem ein gewisses Desinteresse und eine Apathie manifestiert ( Urk. 6/85 S. 31). Auch im E.\_\_\_\_ -Gutachten wurde unter anderem aufgeführt, der Beschwerdegegner habe angegeben , erheblich in seiner Wider stands- und Durchhaltefähigkeit, in Proaktivitäten, Planung und Strukturierung, Flexibilität, Umstellfähigkeit, Entscheidung s- und Urteilsfähigkeit eingeschränkt zu sein ( Urk. 6/177 S. 9). Eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszu standes lässt sich aus den dargelegten Beschwerden nicht erkennen. Die von den E.\_\_\_\_ -Gutachtern bejahte Verschlechterung des Gesundheitszustands beruht zudem vollumfänglich auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. D er Beschwerdeführer hat im Jahr 2013 zwei Operationen an der

Halswirbelsäule durchführen lassen, welche zu keiner Veränderung des Schmerzsyndroms geführt haben. Subjektiv klagt e der Beschwerdeführer seither jedoch vermehrt über Schmerzen, obwohl sich objektiv kein Korrelat für diese vom Beschwerdeführer beklagte Verschlechterung finden liess ( Urk. 6/177 S. 13). Insbesondere aufgrund dieser Klagen gingen die E.\_\_\_\_ -Gutachter davon aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Herbst 2013 ( 2. Operation) verschlechtert hat ( Urk. 6/179 S. 2 f.). Es zeigt sich jedoch bei Erlass der angefochtenen Verfügung eine im Vergleich zum März 2014 weitgehend unveränderte psychische Symptomatik, standen doch beim Beschwerdeführer in beiden Fällen die gleichen Beschwerden im Vordergrund, welche sich aufgrund des zeitlichen Aspekts lediglich chronifiziert haben. Es sind seit März 2014 insbesondere keine namhaften Beschwerden hinzugetreten, die sich nachweislich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

Im Übrigen wurde auch das vorhandene Leistungspotenzial beziehungsweise die Arbeitsfähigkeit gleich beurteilt. Sowohl im C.\_\_\_\_ -Gutachten (vgl. E. 3.2 ) als auch im E.\_\_\_\_ -Gutachten (vgl. E. 4. 2 ) wurde die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % (bzw. für eine angepasste Tätigkeit im E.\_\_\_\_ -Gutachten sogar auf 70 % erhöht [E. 4.3]; vgl. auch E. 4.4) festgelegt. Der Diagnosewechsel aufgrund der Chronifizierung des Leidens hatte somit gemäss Einschätzung der Gutachter keinen Einfluss auf die mögliche Leistungsfähigkeit.

Die im wesentlichen unveränderte Symptomatik wurde zwar von den E.\_\_\_\_ -Gutachtern in Bezug auf die Diagnose negativer interpretiert als damals durch die B.\_\_\_\_ -Gutachter. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers handelt es sich hierbei lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung bei im Wesentlichen gleichgebliebener Befundlage, was im Rahmen der hier zu beurteilenden Neuauflage nicht beachtlich ist (vgl. Urteil 8C\_133/2013 vom 29. Mai 2013 E. 4.1).

### **E. 5.3**

Gegen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands sprechen sodann die beschriebenen Inkonsistenzen und der bisherige Therapieverlauf. Demnach ergaben sich im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung Inkonsistenzen im Sinne des wechselhaften affektiven Zustandsbildes, welches keiner schweren depressiven Störung entspricht, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht. Des Weiteren hat der Beschwerdeführer die neuropsychologische Untersuchung nach einer Stunde wegen Konzentrationsproblemen abgebrochen, konnte der psychiatrischen Untersuchung aber ohne Weiteres während zwei Stunden aufmerksam und mit durchaus wechselnder Vigilanz folgen. Schliesslich wird im Gutachten die Diskrepanz zwischen den ausgeprägten, vielfältigen Beschwerden und den spärlich objektiv fassbaren Befunden als bemerkenswert bezeichnet ( Urk. 6/177 S. 11). Auch der psychiatrische Gutachter gab an, dass es ohne Weiteres plausibel sei, dass auch dissoziative Elemente eine Rolle spielen und eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung nicht ausgeschlossen werden könne (S. 92). Eine klare Diskrepanz ist auch bei der Medikamenteneinnahme festzustellen. Demnach gab der Beschwerdeführer an, regelmässig Ketamin (Methadon) einzunehmen, was im Serum jedoch nicht nachgewiesen werden konnte, bei der angegebenen regelmässigen Einnahme hingegen zu erwarten gewesen wäre (S. 93). Auch die Abstände der Psychotherapie von wöchentlich respektive 14-tägig (S. 86) sprechen nicht für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands respektive einen erhöhten Leidensdruck, wäre doch bei den durch den Beschwerdeführer geschilderten

Beschwerden und geltend gemachtem verschlimmertem Gesundheitszustand eine Intensivierung der Therapie zu erwarten. Somit ist bei der nicht konsequenten Medikamenteneinnahme und dem aktuellen Behandlungsrhythmus behandlungsanamnestisch von einem unverändert geringen Leidensdruck auszugehen.

## **E. 6**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dominique Chopard - 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  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin Gräub-Babic

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