

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00511 vom 5. Juni 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00511](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00511)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00511 du 5 juin 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00511 del 5 giugno 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der

1961 geborene X.\_\_\_\_ war zuletzt vom 2. Mai 1996 bis 31. Dezember 2016 als Lagerist bei der Y.\_\_\_\_ AG angestellt. Am 11. August 2016 meldete er sich unter Hinweis auf Depressionen sowie Schmerzen in Nacken, Schultern und Beinen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/5, Urk. 7/24/1 -6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und liess den Versicherten insbesondere durch die Z.\_\_\_\_

polydisziplinär begutachten (Expertise vom 9. August 2018; Urk. 7/83/3 ff.). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/85, Urk. 7/97) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 5. Juni 2019 (Urk. 2) ab.

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ ATSG ]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.2**

) als auch der Gutachter der Z.\_\_\_\_ (E. 3.3.4) damit vereinbar Hinweise auf aggravierendes Verhalten. Erstere berichtete von eingeschränkter Kooperation und verminderten Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers, obwohl keine Antriebs- oder Initiationsstörung vorlag sowie von Resultaten in Symptomvalidierungstests, welche extrem weit unter dem liegen würden, was bei motivierter Mitarbeit zu erreichen sei und sogar von Patienten mit demenziellen Syndromen problemlos bearbeitet werden könnten (Urk. 7/52/16-26 S. 5 f., E. 3.1.2). Damit übereinstimmend hielt der Gutachter der Z.\_\_\_\_ fest, dass bei den orientierenden Tests zur Beschwerdevalidierung sich deutliche Hinweise auf ein nicht glaubwürdiges Antwortverhalten ergeben hätten und auch bei der orientierenden Prüfung der Gedächtnis- und Konzentrationsleistung sich im Vergleich zum übrigen Gespräch nicht plausible Defizite gezeigt hätten (Urk. 87/83/21-112 S. 79).

Den Akten ist sodann zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer

die benutzte Gehilfe während der internistischen Exploration links führte (Urk. 7/83/21-112 S. 26), wohingegen während der psychiatrischen Begutachtung eine rechtsseitige Benutzung der Gehilfe notiert wurde und ebenso, dass die auf diese Art benutzte Gehilfe nicht zur Entlastung des beeinträchtigten rechten Beines führt (Urk. 7/83/21-112 S. 79 f.). Im Weiteren beschreibt beziehungsweise demonstriert der Beschwerdeführer im Verlauf multiple Beschwerden und Einschränkungen wie er könne den Kopf nicht drehen und müsse sich mit dem gesamten Körper umdrehen, Schwindel, Sehstörungen, Konzentrationsprobleme sowie eine Schmerzproblematik am ganzen Körper und insbesondere Gefühlsstörungen im Bereich des linken Armes und rechten Beines (vgl. Urk. 7/21/6-8 S. 6, Urk. 7/32/4-11 S. 2, S. 7, Urk. 7/52/16-26 S. 3, Urk. 7/53 S. 2, Urk. 7/54 S. 3, Urk. 7/83/21-112 S. 23, S. 75). Dies lässt sich jedoch nur schwer mit dem Lenken eines PKWs mit Schaltgetriebe vereinbaren, was dem Beschwerdeführer nach eigener Aussage jedoch ununterbrochen möglich war (Urk. 7/15 S. 3, Urk. 7/52/16-26 S. 4, Urk. 7/83/14-20 S. 4, Urk. 7/83/21-112 S. 25).

4.3.3 Der Beschwerdeführer machte weiter geltend, die vom Behandler bereits seit langem diagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung habe sich durch polizeilich aktenkundige Fälle bestätigt, weshalb die Ausführungen des Gutachters nicht zutreffen könnten (Urk. 1 S. 6). Auch leide er massiv unter seinen psychischen Beschwerden, weshalb er sich zur erneuten Hospitalisierung überreden liess (Urk. 1 S. 7). Persönlichkeitsstörungen im Sinne von ICD-10 F60-62 umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher. Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich von Persönlichkeitsänderungen durch den Zeitpunkt und die Art und Weise ihres Auftretens. Sie beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern bis ins Erwachsenenalter an. Persönlichkeitsänderungen dagegen werden im Erwachsenenalter erworben (Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl. 2015, S. 274 f. F60-62; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 36/04 vom 14. Juni 2004 E. 4.3). Den Akten kann nicht entnommen werden, dass der Beschwerdeführer in seiner Jugend erhebliche Probleme gehabt haben sollte. Vielmehr spricht er selbst von einer unauffälligen Entwicklung, fürsorglichen Eltern und er habe kein aggressives Verhalten gezeigt (Urk. 7/83/21-112 S. 77). Er war zudem während Jahrzehnten erwerbstätig, ohne dass Konflikte am Arbeitsplatz ersichtlich wären. Inwiefern angesichts dessen polizeilich registrierte Vorfälle Einfluss auf die gutachterliche Einschätzung zu nehmen vermöchten, ist nicht ersichtlich, zumal solche vorliegend nicht aktenkundig sind und sich der Beschwerdeführer eine Bedrohungssituation lediglich überlegt hatte (Urk. 3/4 S. 2).

Eine Persönlichkeitsstörung kann damit – wie dies der explorierende Psychiater der Z. \_\_\_\_ ausführlich begründete - nicht nachvollzogen werden. Auch aus der letzten stationären Behandlung vom 17. Dezember 2018 bis 15. Januar 2019 (E. 3.5) vermag der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Einerseits blieb den behandelnden Klinikärzten der Grund für den Eintritt unklar (S. 2). Andererseits kann eine Klinik, die

einen Patienten (so lange) behandelt, gar nicht anders, als schwerwiegende Gesundheitsbeeinträchtigungen zu attestieren, andernfalls sie den erfüllten Behandlungsauftrag in Frage stellen würde (Entscheid des Bundesgerichts 9C\_841/2019 vom 30. März 2020 E. 4.3). Dies umso mehr, als trotz dreier stationärer Aufenthalte im Wesentlichen unveränderte Verhältnisse bestehen und keine nennenswerten Verbesserungen auszu machen sind (vgl. Urk.3/4,

Urk. 7/53 f., Urk. 7/62). 4.3.4 Endlich vermag auch der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. C.\_\_\_\_

vom 16. November 2018 (E. 3.4) die gutachterliche Einschätzung nicht in Zweifel zu ziehen. Externen Beurteilungen, die nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, ist bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzu erkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 125 V 351 E. 3b/ bb S. 353). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_317/2019 vom 30. September 2019 E. 2.3 mit Hinweis).

Bei genanntem Bericht handelt es sich einerseits um die Einschätzung eines behandelnden Arztes. Zudem setzt sich dieser nicht mit den Schlussfolgerungen des psychiatrischen Experten im Gutachten vom 9. August 2018 (E. 3.3.4) auseinander. Schliesslich vermag er keine wichtigen, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringenden Aspekte aufzuzeigen, die eine andere Beurteilung überzeugender erscheinen lassen würden. Insbesondere belässt es Dr. C.\_\_\_\_ bei der pauschalen Feststellung, eine Aggravation liege « auf keine Weise » vor, ohne kritische Diskussion der gutachterlichen Ausführungen

unter Darlegung nachvollziehbarer medizinischer Zusammenhänge. Selbiges trifft auch auf die übrige medizinische Aktenlage zu, woraus sich keine Anhaltspunkte ergeben, welche eine abweichende Beurteilung aufdrängen. Dass das Z.\_\_\_\_-Gutachten auf objektiv fehlerhaften beziehungsweise fehlerhaft wie dargelegten Informationen basiert, macht schliesslich der Beschwerdeführer weder geltend noch ist solches ersichtlich. 4.4 Nach dem Gesagten ergeben sich somit aus den Akten erhebliche Hinweise dafür, dass die von Dr. C.\_\_\_\_ und den medizinischen Fachpersonen der E.\_\_\_\_ attestierten Leistungseinschränkungen nicht primär durch die von ihnen diagnostizierten psychischen Störungen, sondern durch Aggravation begründet sind. Eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 und Art. 7 ATSG ist vor diesem Hintergrund nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, was sich nach den Regeln über die materielle Beweislast zuungunsten des Beschwerdeführers auswirkt. Bei diesem Ergebnis sind keine

Anhaltspunkte gegeben, welche weitere Abklärungen als notwendig erscheinen lassen. Der relevante Gesichtspunkt, ob nunmehr ein anspruchserheblicher Gesundheitsschaden

vorliegt, lässt sich aufgrund der bestehenden Aktenlage verlässlich beurteilen, weshalb sich in antizipierter Beweiswürdigung keine weiteren Abklärungen aufdrängen (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen). Ebenso kann auch von einem nach BGE 143 V 418 bei psychischen Erkrankung grundsätzlich durchzuführenden strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden (E. 1.3.3).

Damit ist die Beschwerde abzuweisen. 5. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend sind die Kosten des Verfahrens auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Gräub  
Frischknecht

### **E. 1.3.1**

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

Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

### **E. 1.3.2**

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweismässiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und all fälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigegeben werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1). 1. 3.3

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9 C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine selbstständige, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2 ; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8 C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V

281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4).

### **E. 1.4**

).

Namentlich legten sie dar, dass weder die radiologischen noch neurologischen Befunde ein hinreichendes objektives Korrelat zur Erklärung der

dargebotenen Bewegungsstörung und eingeschränkter Mobilität belegen (E. 4.1) und aus psychiatrischer Sicht anamnestisch sowie gestützt auf die eigenen Befunde eine Beschwerdeaggravation festzustellen ist (E. 3.3.4). 4. 3 4.3.1

Was der Beschwerdeführer vorbringt, vermag die gutachterlichen Schlüsse nicht in Zweifel zu ziehen. Soweit er sich auf Anerkennung einer Leistungspflicht durch den Krankentaggeldversicherer beruft, ist entgegenzuhalten, dass die Anordnungen des Krankentaggeldversicherers für die Invalidenversicherung keine Bindungswirkung haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_953/2010 vom 29. April 2011 E. 7.3) und auch eine Arbeitsunfähigkeit durch die Beschwerdegegnerin unabhängig zu bewerten war.

Dies gilt vorliegend umso mehr, als die Gutachter die Einordnung der leistungspsychologischen Befunde der im Rahmen der versicherungsmedizinischen Evaluation des neuropsychiatrischen Funktionspotenzials vom 5. April 2017 (E. 3.1.2) getätigten Abklärungen in der medizinischen Gesamtschau per se dem Rechtsanwender überliessen (Urk. 7/52/16- 26 S. 6) . Da neuropsychologische Testungen zudem vornehmlich der Beschwerdevalidierung dienen (vgl. Jeger , Auswirkungen der neuen Rechtsprechung zu den psychosomatischen Krankheitsbildern auf die medizinische Begutachtung , HAVE, 2016, S. 100 ff.) ist der Schluss der Beschwerdegegnerin in dieser Hinsicht nicht zu beanstanden. Schliesslich hat das Bundesgericht bereits mehrfach und wiederholt im Zusammenhang mit angestregten Strafverfahren gegen Leiter medizinischer Abklärungsstellen festgehalten, dass ein solches Verfahren nicht dazu führen kann, nunmehr alle Gutachten pauschal als unglaubwürdig zu betrachten (Urteil 9C\_939/2012 vom 5. September 2013 E. 2.2.1). Auch im vorliegenden Fall ergeben sich keine konkreten Anhaltspunkte, die auf eine Verfälschung der Abklärungsergebnisse schliessen lassen . Damit sind die formellen Beanstandungen gegen die Expertise der Z.\_\_\_\_

AG nicht gerechtfertigt. 4.3.2

Alsdann steht fest – und wird auch nicht bestritten – , dass in somatischer Hinsicht keine Pathologien zur Erklärung der geklagten Beeinträchtigungen fest zustellen sind . In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass in Bezug auf Schmerzen naturgemäss Beweisschwierigkeiten bestehen, folglich die subjektiven Schmerzangaben der versicherten Person für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit allein nicht genügen, sondern die Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein müssen (BGE 143 V 124 E. 2.2.2) . Wie hiervor festgehalten, traf dies vorliegend gerade nicht zu. Vielmehr wiesen sowohl die medizinischen Fachpersonen im Rahmen der FOMA sowie der versicherungsmedizinischen Evaluation des neuropsychiatrischen Funktionspotenzials als auch die Gutachter der Z.\_\_\_\_

AG auf eine nicht plausible Präsentation der Schmerzen beziehungsweise psychische Überlagerung des somatischen Geschehens

und Selbstlimitierung hin, wobei insbesondere eine Diskrepanz zwischen Beschwerdeschilderung und Verhaltensbeobachtung notiert wurde ( E. 3.1, E. 3.3 ). So war dem Beschwerdeführer trotz beschriebener erheblicher multipler Beschwerden im Rückenbereich ein Bücken problemlos möglich und ebenfalls das Sitzen während einer zweistündigen Exploration (Urk. 7/52/ 16-26 S. 3 f.). Auch während der internistischen sowie neurologischen Untersuchung zeigte der Beschwerdeführer keine Schonhaltung, kein

Schonsitz oder Schon gang , das Aus ziehen gelang selbständig und geschickt, während das Ankleiden unter demonstrativem Klagen dreimal so lange dauerte und der Kopf konnte spontan frei in alle Richtungen bewegt werden

(Urk. 7/83/21-112 S. 26, S. 53) . Darüber hinaus erkannte n sowohl die neuropsychologische-verhaltensneurologische

Expertin im Rahmen der versicherungsmedizinischen Evaluation des neuropsychiatrischen Funktionspotenzials vom 5. April 2017 (E. 3).

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 8. Juli 2019 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung vom 5. Juni 2019 sei aufzuheben und die vorliegende Streitsache sei zu weiteren Abklärungen (insbesondere einer psychiatrischen Begutachtung) an die IV-Stelle zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 7.7 % Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin (S. 2). Die IV-Stelle schloss am 10. September 2019 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 11. September 2019 (Urk. 8) ordnete das Gericht einen zweiten Schriftenwechsel an.

Mit Replik vom 11. Oktober 2019 (Urk. 9) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Mit Eingabe vom 1. November 2019 (Urk. 11) teilte die Beschwerdegegnerin mit, dass sie auf das Einreichen einer Duplik verzichte, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 5. November 2019 (Urk. 12) zur Kenntnis gebracht wurde . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 5. Juni 2019 (Urk. 2) unter Hinweis auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 9. August 2018 (Urk. 7/83 /3 ff. ) zur Hauptsache, die im Gutachten festgestellten Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Somit bestehe keine IV-relevante gesundheitliche Einschränkung. Es bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2 S. 1).

In ihrer Beschwerdeantwort vom 10 . September 2019 (Urk. 6) wies die Beschwerdegegnerin ergänzend darauf hin, dass auch die beschwerdeweise erwähnten ärztlichen Berichte keinen Grund böten, an der gutachterlichen Beurteilung zu zweifeln (S. 1). Auch gingen aus den Berichten keinerlei Hinweise hervor, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Zeitpunkt der Begutachtung durch die Z.\_\_\_\_ verschlechtert hätte. Damit handle es sich bei der höher attestierten Arbeitsunfähigkeit lediglich um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhaltes (S. 2).

### **E. 2.2**

Dagegen wendet der Beschwerdeführer (Urk. 2) im Wesentlichen ein, indem die Beschwerdegegnerin auf die Z.\_\_\_\_ -Beurteilung und die Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) abgestellt habe, sei der Untersuchungsgrundsatz gemäss Art. 43 ATSG verletzt worden (S. 3). Dabei sei darauf hinzu weisen, dass insbesondere das psychiatrische Teilgutachten der Z.\_\_\_\_ weder schlüssig noch nachvollziehbar sei und zudem noch aktenwidrig erstellt worden sei. Während sich aus somatischer Sicht keine weiteren Abklärungen aufdrängten, sei vorliegend auch unter Berücksichtigung der neuen

Berichte nach dem Z. \_\_\_ -Gutachten ein neues psychiatrisches Gutachten zu erstellen (S. 7 ; vgl. auch Urk. 9 ). 3. 3.1

### 3.1.1

In ihrer Beurteilung im Rahmen einer Funktionsorientierten Medizinischen Abklärung (FOMA) für die Krankentaggeldversicherung vom 5. Dezember 2016 (Urk. 7/32 / 4-11) stellten die unterzeichnenden medizinischen Fachpersonen vom Zentrum A. \_\_\_ beim Beschwerdeführer zur Hauptsache folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 f.): - Zervikozephalisches und zervikobrachiales Schmerzsyndrom links - Lumbales Schmerzsyndrom bei linkskonvexer Skoliose - Dysfunktionelles Krankheitsverhalten mit Erweiterung der Schmerz - symptomatik - Schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei schwieriger Arbeitssituation (ICD-10 F43.21)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie (S. 2): - Labile Hypertonie - Diabetes mellitus - Hypercholesterinämie - Verdacht auf Raynaud-Erkrankung

Sie gelangten zum Schluss, objektiv stehe die Nackenproblematik sowie die Problematik im Lendenwirbelsäulenbereich mit der degenerativen Veränderung HWK

3/4 und 4/5 mit Bandscheibenprotrusion und degenerativen Veränderungen im Wirbelkörper HWK

4/5: Osteochondrose und Spondylarthrose im Vordergrund. Es könne auch zu intermittierender Reizung der 5. Halsnervenwurzel links kommen. Im Lendenbereich gehe es um einen Bandscheibenvorfall L4/5 mit möglichem Kontakt zur L5 -Wurzel und relativer Spinalkanalstenose. Im Vordergrund werde aber ein gemischtes Bild gesehen, wo orthopädisch-rheumatologische Beschwerden deutlich durch den psychischen Zustand und Verhaltensauffälligkeiten des Beschwerdeführers überlagert seien. Bei der Untersuchung sei der Beschwerdeführer deutlich muskulär verspannt, selbstlimitiert, zeige kaum Bewegung, sei ausgeprägt schmerzempfindlich. Schon bei der Erhebung der Anamnese zirkulierten seine Gedanken im Kreis und dadurch habe er eine Hyperhidrose und Tremor der Hände mit Anstieg des Blutdrucks bis 220/120 mmHG entwickelt. Nach Einnahme der mitgebrachten Baldriantabletten und einer Tablette Dafalgan sei innerhalb etwa einer halben Stunde eine deutliche Senkung des Blutdrucks auf 180/120 mmHG festgestellt worden. Aufgrund dieses Zustands des Beschwerdeführers mit erhöhtem Blutdruck, Selbstlimitierung, allgemeiner Verspannung und dysfunktionellem Krankheitsverhalten seien keine Tests durchgeführt worden. Vor allem der erhöhte Blutdruck sei Kontraindikation für die Durchführung solcher körperlicher Tests . Medizinisch-theoretisch aufgrund der Anamnese und den vorliegenden radiologischen Befunden könnte der Beschwerdeführer eine zumindest mittelschwere, angepasste Tätigkeit ganztags ausführen (S. 2 f.). 3.1.2

Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Evaluation des neuropsychiatrischen Funktionspotenzials vom 5. April 2017 (Bericht vom 8. Juni 2017; Urk. 7/52/16-26) zu Händen der Krankentaggeldversicherung stellten die unterzeichnenden Gutachter der Begutachtungsstelle B. \_\_\_

fest, die berufsbezogene neuropsychologische-verhaltensneurologische Abklärung ergebe im kognitiven Bereich unter Berücksichtigung eines prämorbid tiefen bis höchstens mittleren Leistungsprofils Diskrepanzen zwischen den Testleistungen sowie dem

beobachtbaren Verhalten und den Angaben zum Verlauf, die nicht mit dem zu erwartenden Leistungspotential über einstimmten und auf ein suboptimales Leistungsverhalten sowie eine bewusst seinsnahe Antwortverzerrung hinwiesen. So zeige der Beschwerdeführer bei zeit limitierten Aufgaben eine extrem betont langsame Vorgehensweise, ohne dass eine Antriebsminderung oder psychomotorische Verlangsamung vorliege. Zudem erreiche der Versicherte in Symptomvalidierungstests Resultate, die extrem weit unter den Normen lägen, die bei motivierter Mitarbeit zu erreichen seien und sogar von Patienten mit demenziellen Syndromen problemlos bearbeitet werden könnten. Auch bei der Prüfung der sonstigen kognitiven Domänen zeigte sich eine suboptimale Leistungsbereitschaft. Eine valide Beurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit sei daher nicht möglich. Unter Berücksichtigung der Verhaltensbeobachtung, den eigenen anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und dem in den Unterlagen aufgeführten Verlauf liessen sich aber keine relevanten kognitiven Einschränkungen an die im angestammten Beruf des Beschwerdeführers gestellten Anforderungen ableiten. Auch das Alltagsaktivitätsspektrum des Beschwerdeführers sei durch neurokognitive Symptome nicht limitiert. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund depressogener /affektpathologischer oder selbständiger neurokognitiver Defizite lasse sich zusammenfassend nicht begründen. Die für die Bemessung von Arbeitsfähigkeitsprozenten nach versicherungsmedizinischen Kriterien geforderte klinisch-objektive Schweregradbeurteilung impliziere aus psychiatrisch-psychopathologischer Sicht medizinisch-theoretisch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit; hingegen aus neuropsychologisch-leistungspsychologischer Sicht für die angestammte Tätigkeit als Lagerist sowie für jede andere bildungsadäquate Tätigkeit bei demonstriertem dysfunktionalem Krankheitsverhalten und suboptimaler Leistungsbereitschaft im Sinne einer forcierten Aggravation, entsprechend der Aktenlage mit Symptomausweitung, eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 6). 3.2

Der behandelnde Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 1. November 2017 (Urk. 7/54) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit phasenweise psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.2/F33.3) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Verdacht auf narzisstische, passiv-aggressive, impulsive und zwanghafte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.80, F60.81, F60.5)

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Status nach Phlegmone inguinal rechts Oktober 2017, eine arterielle Hypertonie und ein metabolisches Syndrom (S. 1).

Im Verlaufsbericht vom 15. Februar 2018 (Urk. 7/65) nannte Dr. C.\_\_\_\_ zusätzlich mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine sonstige dissoziative Störung (Konversionsstörung; ICD-10 F44.88) und wies darauf hin, dass keine veränderten Befunde seit dem letzten Bericht vom 1. November 2017 vorlägen. Vordergründig sei die depressive Symptomatik mit phasenweise psychotischen Elementen sowie die Schmerzproblematik. Es sei von einer Chronifizierung der Beschwerden auszugehen. Eine therapieresistente Form (nach bis jetzt verschiedenen Therapieversuchen) sei nicht auszuschliessen. Sowohl für die bisherige als auch für eine angepasste Tätigkeit sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 1). 3.3 3.3.1

Die für das polydisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_ AG vom 9. August 2018 (Urk. 7/83/3 ff.) verantwortlich zeichnenden Fachgutachter (siehe Urk. 7/83/2) stellten aus interdisziplinärer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/83/21-112 S. 5). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 5): - Mögliche vorangehende depressive Episode unklarer Ausprägung, remittiert (ICD-10 F32.8Z) - Arterielle Hypertonie - Adipositas Grad 1 - Dyslipidämie - Diabetes mellitus Typ 2 - Hämorrhoiden bei Obstipationsneigung 3.3.2

Der

internistische Gutachter

hielt fest, auf diesem Gebiet ergäben sich anhand der hiesigen objektiven Befunde keine erheblichen Beeinträchtigungen der Ressourcen. Aus internistischer Sicht sei für eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kein ausreichender Anhalt gegeben. Für die notwendige verbesserte Blutdruckeinstellung sollte ein Zeitraum von vier Wochen eingeräumt werden, im Anschluss sei eine Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 30 f.). 3.3.3

In neurologischer Hinsicht legte

der zuständige Experte dar, dass der hiesige Befund kein objektives Korrelat der reklamierten Lumbalgien objektiviert habe, die dargebotene Bewegungsstörung und eingeschränkte Mobilität lasse sich nicht anhand einer objektiven nervalen oder spinalen Pathologie erklären und folge auch keinem biologisch plausiblen Muster. Die angegebene Schmerzprojektion habe an eine Irritation oder Kompression von S1 denken lassen, der Kennreflex sei jedoch seitengleich erhalten gewesen, was eine erhebliche nervale Läsion unwahrscheinlich mache (der Kennreflex sei der sensibelste Parameter einer Wurzelkompression). Ein in ein Dermatom ausstrahlendes Nervendehnungszeichen (Lasègue) habe im hiesigen Befund ebenfalls nicht vorgelegen. Eine konsistente Schmerzbeeinträchtigung sei nicht zu erkennen gewesen (S. 57). Der hiesige Befund objektiviere keine ausreichende Erklärung der Beschwerden, die Präsentation habe demonstrativ gewirkt und auch aktenkundig sei eine nicht plausible Präsentation berichtet worden (Dr. D.\_\_\_\_), was Zweifel an der reklamierten Beeinträchtigung begründe. Eine erhebliche Limitierung der Ressourcen lasse sich aus dem hiesigen objektiven Befund nicht ableiten (S. 59). 3.3.4

Der psychiatrische Fachgutachter führte aus (S. 86 f.), im hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund seien die ICD-10-Achsenkriterien einer depressiven Episode (vitale Traurigkeit, Antriebs- und Freud-/Interessensverlust) nicht zu erkennen. Dieser Eindruck werde gestützt durch die Beschreibung der Alltagsaktivität (Spaziergänge, soziale Kontakte, Unterstützung bei der Hausarbeit) und die hiesige Verhaltensbeobachtung. Die seitens des behandelnden Psychiaters vorbeschriebene depressive Störung sei ausweislich des hiesigen Befunds nicht (zumindest nicht mehr) zu bestätigen. Die im Rahmen der Depression beschriebenen wahnhaften Wahrnehmungen (Beobachtung durch Arbeitskollegen) würden hier nicht mehr angegeben.

Aus den Akten und den Angaben des Beschwerdeführers gehe hervor, dass sich nach einer Konfliktsituation am Arbeitsplatz eine depressive Verstimmung eingestellt habe, die von Schlafstörungen, Reizbarkeit, kognitiven Störungen und Lustlosigkeit begleitet worden sei. Vor dem Hintergrund einer aktenkundig vorbeschriebenen und hier erneut festgestellten Beschwerdeaggravation sei das Ausmass einer vorangehenden depressiven Störung also

nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit zu bestimmen. Bei den aktenkundig vorbeschriebenen Diagnosen einer schweren oder mittelgradigen Depression sei eine verfälschte Beschwerdedarstellung nicht diskutiert worden. Der heutige Befund spreche unabhängig davon zumindest für eine weitgehende Remission einer gegebenenfalls reaktiven depressiven Störung (unklaren Schweregrades).

Die vom behandelnden Psychiater genannte Persönlichkeitsstörung könne aus hiesiger Sicht nicht bestätigt werden. Der unauffällige soziobiographische Längsschnitt (ungestörte Kindheit und Jugend, unauffällige Erwerbsbiographie, seit Jahrzehnten stabile Ehe) zeigten, dass die ICD-10-Diagnosekriterien einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt seien. Darüber hinaus erlaube die verfälschte Beschwerdedarstellung im Rahmen der auch aktenkundig nachgewiesenen Aggravation/Simulation gar keine Beurteilung der Persönlichkeitsmerkmale im Sinne einer definitiven Diagnose einer Persönlichkeitsstörung.

Die hier angegebenen chronischen Schmerzen im Bewegungsapparat seien nicht mit dem Krankheitsbild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vereinbar: Im hiesigen klinischen Eindruck und mit Blick auf die Alltagsaktivitäten finde sich kein andauernder starker und quälender Schmerz und ein adäquater zugrundeliegender, zeitlich assoziierter, schwerwiegender Konflikt sei nicht herauszuarbeiten. Die Kodierregeln des ICD-10 schlossen zudem eine parallele Kodierung einer somatoformen Schmerzstörung bei gleichzeitiger Diagnose einer affektiven (depressiven) Erkrankung aus, die aktenkundige parallele Diagnosestellung sei also nicht korrekt und allenfalls geeignet, den irreführenden Eindruck psychiatrischer Polymorbidität zu erwecken. Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei nach diesen Leitlinien ebenfalls nicht zu diagnostizieren, da Schmerzstörungen im Zusammenhang mit einer affektiven Störung (hier mögliche depressive Störung) und bei Hinweisen auf eine Aggravation nicht berücksichtigt würden.

Die vom Beschwerdeführer reklamierten kognitiven Störungen seien hier nicht nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer sei wach, attent und zeige keine fassbare Beeinträchtigung bei der Exploration und der Beschreibung der Alltagsaktivitäten. Die bei den Kurztests demonstrierten Defizite seien auch hier am ehesten auf eine bewusste Beschwerdeverdeutlichung zurückzuführen.

Zusammenfassend gelangte der Experte zum Schluss, es ergäben sich keine ausreichenden Hinweise für eine psychiatrisch begründbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine Arbeitsaufnahme sei auch aus therapeutischer Sicht zur Stabilisierung von Tagesstrukturierung, sozialer Teilhabe, Selbstwirksamkeits- und Selbstwerterleben sowie zum Abbau von Insuffizienzverhalten zu befürworten. 3.4

Unter Bestätigung der am 1. November 2017 (E. 3.2) gestellten Diagnosen berichtete Dr. C. \_\_\_ am 16. November 2018 (Urk. 3/3), die oben erwähnten Diagnosen seien seit mindestens Anfang 2016 vorhanden. Aus medizinischer Sicht liege eine psychosomatische Komorbidität vor. Trotz therapeutischen Massnahmen (stationär und ambulant) hätten die Beschwerden beziehungsweise Einschränkungen nicht wesentlich beeinflusst werden können. Eine therapieresistente Problematik aufgrund der psychosomatischen Komorbidität sei nicht auszu-schliessen. Zusammenfassend sei es seit der Behandlung bei ihm (seit 17. März 2016) zu keinem Zeitpunkt zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen. Es sei seither eher von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen. Persistierend bleibe die depressive Symptomatik mit emotionaler und

affektiver Instabilität (mit Fremdaggressivität und Kontrollverlust mit Drohungen mit Messer gegenüber seiner Ehefrau und Kindern sowie gegen sich selbst gerichtet beziehungsweise Suizidalität). Die chronische Schmerzproblematik bleibe trotz medizinischer Massnahmen und Therapien nicht beeinflusst. Eine Aggravation liege auf keine Weise vor und sei eine solche aus medizinischer Sicht auszuschliessen (S. 2). 3.5

Nach stationären Behandlungen vom 1. September bis 6. Oktober 2017, 10. Oktober bis 26. Oktober 2017 sowie vom 15. November bis 11. Dezember 2017

(vgl. Urk. 7/53 f., Urk. 7/62) begab sich der Beschwerdeführer laut dem Austrittsbericht der integrierten Psychiatrie E. \_\_\_ vom 31. Januar 2019 (Urk. 3/4 ) vom 17. Dezember 2018 bis 16. Januar 2019 erneut in stationäre Therapie. Die medizinischen Fachpersonen hielten fest, diagnostisch werde die bereits durch den Vorbehandler gestellte Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), bestätigt. Zusätzlich werde noch eine sonstige dissoziative Bewegungs- und Sensibilitätsstörung (ICD-10 F44.88) bezogen auf die wechselnd stark ausgeprägten Einschränkungen in der Bewegung und der Sinnesmodalitäten (Taubheitsgefühle, Kribbeln/Schmerzempfinden im Hinterkopf und Nacken) kodiert. Zur weiteren Stabilisierung werde die Fortführung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. C. \_\_\_ empfohlen. Die Medikation mit Quetiapin bei Unruhe oder Schlafstörungen schein erfolgreich und sei dem Beschwerdeführer empfohlen worden. Des Weiteren wäre längerfristig die Etablierung einer geeigneten Tagesstruktur sinnvoll (S. 4). 4. 4.1

Mit Blick auf die vorliegende Aktenlage ist grundsätzlich unbestritten (vgl. Urk. 1 S. 7, Urk. 2, E. 3.3.1), dass beim Beschwerdeführer infolge des somatischen Geschehens keine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit besteht. Namentlich gelangten die Gutachter der Z. \_\_\_ AG aus internistischer und neurologischer Sicht (E. 3.2.2 f.) in Übereinstimmung mit den Gutachtern im Rahmen der FOMA vom 5. Dezember 2016 (E. 3.1.1) aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht zum Schluss, dass weder die radiologischen noch neurologischen Befunde ein hinreichendes

objektives Korrelat zur Erklärung der

dargebotenen Bewegungsstörung und eingeschränkten Mobilität belegen. Da aktenbasiert ebenso keine Anhaltspunkte für eine abweichende Schlussfolgerung zu ersehen sind, ist auf diese Einschätzung abzustellen. Demnach ist dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht nach wie vor zumindest eine mittelschwere und somit die angestammte Tätigkeit als Lagerist zumutbar (E. 3.1.1, Urk. 7/24/1-6, Urk. 7/83/21-112 S. 59 f.). 4.2

#### 4.2.1

Uneinigkeit besteht freilich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht.

Während die Beschwerdegegnerin in Nachachtung des Z. \_\_\_ -Gutachtens eine relevante Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit verneinte (Urk. 7/84 S. 10), erachtet der Beschwerdeführer das genannte Gutachten als zur Beurteilung seiner psychischen Situation ungenügend, weshalb ein neues psychiatrisches Gutachten zu erstellen sei (Urk. 1 S. 7).

#### 4.2.2

Vorwegzuschicken ist, dass das Z.\_\_\_\_ -Gutachten auf den notwendigen Untersuchungen basiert und sich somit als für die strittigen Belange umfassend erweist. Die Gutachter setzten sich detailliert mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinander (Urk. 7/83/14-19 S. 2, Urk. 7/83/21-112 S. 22 f., S. 51, S. 76 f.) und nahmen ihre Beurteilung in Kenntnis der wesentlichen Vorakten vor (Urk. 7/83/3-13, Urk. 7/83/21-112 S. 11-21, S. 39-49, S. 65-75). Die medizinischen Zusammenhänge wurden einleuchtend dargelegt und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen überzeugen. Das Z.\_\_\_\_ -Gutachten entspricht somit den praxisgemässen Anforderungen an eine beweiswertige Expertise (E.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 9**

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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